



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม
ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม
ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม
ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ"
ของ บุญสิตา เอี่ยมละออ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์วดี พัฒนถาบุตร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ
ผู้วิจัย	บุญสิตา เอี่ยมละออ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์นาดี พัฒนภาพุตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและเพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป กลุ่มติดสังคม จำนวน 256 คน โดยการใช้การสุ่มแบบการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นนตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.60) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นนตอน พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ($\beta = 0.363$, $P < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.237$, $P < 0.001$) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย ($\beta = 0.211$, $P < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ($\beta = 0.182$, $P < 0.001$) และอายุ ($\beta = -0.184$, $P < 0.001$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ ร้อยละ 42.23

Title	FACTORS INFLUENCING HEALTH PROMOTION BEHAVIOR OF THE ELDERLY SOCIAL GROUP, CHONG LOM SUBDISTRICT, LAN KRABUE DISTRICT KAMPHEANG PHET PROVINCE.
Author	Boonsita Iamlaor
Advisor	Assistant Professor Pattanawadee Pattanathaburt, Ph.D.
Academic Paper	Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2024
Keywords	Elderly, Socially active elderly, Health promotion behavior

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to assess the level of health-promoting behaviors and identify factors influencing health-promoting behaviors among socially active elderly in Chong Lom Subdistrict, Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province. The study sample comprised 256 socially active elderly aged 60 years and above, selected using systematic random sampling. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed through descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that the majority of socially active elderly individuals exhibited a moderate level of health-promoting behaviors (83.60%). Stepwise multiple regression analysis indicated that social network support ($\beta = 0.363$, $p < 0.001$), knowledge of health-promoting behaviors ($\beta = 0.237$, $p < 0.001$), a supportive environment and policies for health promotion ($\beta = 0.211$, $p < 0.001$), perceived benefits of engaging in health-promoting behaviors ($\beta = 0.182$, $p < 0.001$), and age ($\beta = -0.184$, $p < 0.001$) were significant predictors of health-promoting behaviors. These variables collectively accounted for 42.23% of the variance in health-promoting behaviors among the socially active elderly.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒนาดี พัฒนธาตุร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็น ที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณา พิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพณ กิริติโรจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ วังวนสินธุ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี จากมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอลานกระบือ นายกเทศมนตรีตำบลช่องลม อำเภอ ลานกระบือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัด กำแพงเพชร ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดีรวมทั้งกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุข ศาสตร์ ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครูอาจารย์และเพื่อนนิสิตทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดียิ่งเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจาก วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

บุญสิตา เอี่ยมละออ

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศขอบคุณ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ค
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	7
ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	12
การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ และการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	14
แนวทางการประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะพฤติกรรม	
การส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพของวัยสูงอายุ.....	27
ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ.....	35
แนวคิดและแบบจำลอง PRECEDE FRAMEWORK PRECEDE MODEL.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	51

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	63
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิจัย	67
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง	70
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	80
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การได้รับปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง	81
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง	83
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	88
ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม.....	92
บทที่ 5 บทสรุป.....	96
สรุปผลการวิจัย	96
อภิปรายผล	101
ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม.....	109
ภาคผนวก	117
ประวัติผู้วิจัย	135

สารบัญตาราง

ตาราง 1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ใช้ในการศึกษา	54
ตาราง 2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	68
ตาราง 3	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ รายชื่อ (n = 256)	70
ตาราง 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ (n = 256)	72
ตาราง 5	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ รายชื่อ (n = 256)	72
ตาราง 6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ (n = 256)	74
ตาราง 7	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง รายชื่อ (n = 256)	74
ตาราง 8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของ ตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 256)	76
ตาราง 9	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง รายชื่อ (n = 256)	76
ตาราง 10	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 256)	77
ตาราง 11	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตาม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง รายชื่อ (n = 256)	78
ตาราง 12	แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (n = 256)	79
ตาราง 13	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตาม การได้รับปัจจัยเอื้อ รายชื่อ (n = 256)	80
ตาราง 14	แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การได้รับปัจจัยเอื้อ (n = 256)	81
ตาราง 15	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการได้รับ ปัจจัยเสริม รายชื่อ (n = 256)	81
ตาราง 16	แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับปัจจัยเสริม (n = 256)....	82

ตาราง 17	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับจำแนกตามพฤติกรรม การ ส่งเสริมสุขภาพ รายข้อ (n = 256).....	83
ตาราง 18	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพ รายด้าน (n = 256)	86
ตาราง 19	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพ (n = 256).....	87
ตาราง 20	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของ กลุ่มตัวอย่าง (n = 256).....	88
ตาราง 21	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม	89
ตาราง 22	แสดงการสร้างตัวแปรหุ่นจำแนกตามตัวแปรทำนายเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม.....	92
ตาราง 23	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (n = 256).....	93



สารบัญภาพ

ภาพ 1	แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของแพนเดอร์ (Pender, 1996).....	37
ภาพ 2	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	51



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากร เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระดับโลก ปัจจุบันแทบทุกประเทศในโลกกำลังได้รับผลกระทบกับการเติบโตของประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2565 โลกของ มีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.14 พันล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 14.22 ซึ่งโลกของเราได้กลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” และสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าภายใน พ.ศ. 2593 ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี มีประมาณ 2 พันล้านคน หรือหรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก และประชากรโลกยังคงมีแนวโน้มของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) นอกจากนี้ประชากรสูงอายุวัยปลาย หรือผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไปได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อ 10 ปีก่อน โลกของเรามีผู้สูงอายุ วัยปลายมีอยู่เพียง 100 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 1.5 แต่ใน ปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุวัยปลายมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 146 ล้านคน หรือ คิดเป็น ร้อยละ 1.9 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563)

ทวีปเอเชียมีประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มากถึง 607 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 57.8 ของผู้สูงอายุของโลก ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 146 ล้านคน พบว่าผู้สูงอายุชาวเอเชียมีจำนวนมากที่สุดเช่นกัน คือ 72 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 49.1 ส่วนประเทศในกลุ่มอาเซียน มีจำนวนประชากรรวมทั้งหมด 664 ล้านคน มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 73 ล้านคน อัตราผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 11.0 มีผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 1.1 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563)

โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศสมาชิกอาเซียนมากถึง 10 ประเทศ ได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ซึ่งประเทศสิงคโปร์ มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน (ร้อยละ 22.96) รองลงมาอันดับ 2 คือ ไทย (ร้อยละ 18.86) เวียดนาม (ร้อยละ 13.84) มาเลเซีย (ร้อยละ 11.43) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10.86) และเมียนมา (ร้อยละ 10.76) (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) และในอีก 20 ปีข้างหน้าคือ ปี ค.ศ. 2040 สหประชาชาติ ได้คาดประมาณว่าประชากรอาเซียนจะมีจำนวน 764 ล้านคน อาเซียนจะมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 143 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.7 มีประชากรสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 19.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.6 และในอีก 20 ปีข้างหน้า สิงคโปร์และไทย จะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา

ผู้สูงอายุไทย, 2563) กล่าวได้ว่าปรากฏการณ์การสูงวัยของประชากรที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงและการอยู่รอดที่เพิ่มขึ้นที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาของเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความก้าวหน้าทางสาธารณสุขและการแพทย์ ความก้าวหน้าเหล่านี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรเนื่องจากกลุ่มประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นและมีบุตรน้อยลง (United Nations, 2020)

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรรวม 66.5 ล้านคน โดยประชากรสูงอายุของประเทศไทย ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมาก ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 13.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อ พ.ศ.2548 และใช้เวลาประมาณ 20 ปี จึงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ใน ปี พ.ศ. 2567 นี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) และมีการคาดการณ์ประชากรสูงอายุไทยในอีก 20 ปีข้างหน้า หรือ ในปี พ.ศ.2583 ประชากรไทยจะมีจำนวนลดลงจาก 66.5 ล้านคน เหลือ 65.4 ล้านคน ประชากรเยาว์วัย (0-14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.9 เหลือร้อยละ 12.8 ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) ลดลงจากร้อยละ 65.0 เหลือร้อยละ 55.8 อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 ในปี พ.ศ. 2563 เป็น ร้อยละ 31.4 ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12 ล้านคนเป็น 20.5 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) และการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อสังคมที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือแก่ ผู้สูงอายุ เพราะร่างกายของผู้สูงอายุเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาที่สำคัญที่จะต้องเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุก็คือ ปัญหาทางด้านสุขภาพ (วนิดา คุณกิตติ, 2550) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่เป็น การเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบที่กำลังจะมาถึง การส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อชะลอการเสื่อมถอยนั้นจึงเป็นตัวเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ (นวรรตน์ ไชยมภู และคณะ, 2019) จากที่กล่าวมา จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย คิดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย โดยสัดส่วนนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ.2583 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า โดยที่มากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ปัจจุบันแม้ในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.8 ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป ถึง 1 ใน 5 พบว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ความเปราะบางของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นพร้อมกับสุขภาพที่ ถดถอยลง ลดทอนความสามารถในการทำงาน การมีรายได้และพึ่งพาตนเอง จากการเปลี่ยนแปลง ทางประชากรและสังคมที่คนอยู่เป็นโสดเพิ่มขึ้นและมีลูกน้อยลง การเกื้อหนุนจาก

ครอบครัว มีแนวโน้มลดลง ซึ่งจะเพิ่มความเปราะบางให้กับผู้สูงอายุในอนาคต (Thai Health Project, 2019)

การเข้าสู่สังคมสูงอายุ รัฐบาลไทยได้กำหนดเรื่องผู้สูงอายุให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอยู่ในลำดับสำคัญและได้รับความสนใจ อย่างต่อเนื่อง และขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุเพื่อกำหนดประเด็นเร่งด่วน การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) ตามเป้าหมายหลัก (GOAL) ที่มีแนวทางให้ “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” กระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ โดยแบ่งกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีการแบ่งกลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มติดเตียง คือ มีภาวะพึ่งพิงมากผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน 2) กลุ่มติดบ้าน คือ มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดสังคม คือเป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) ภาวะทุพพลภาพและความจำกัดในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ มีสาเหตุเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะหรือการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ทำให้การทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ เช่น ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อ ฯลฯ มีประสิทธิภาพลดลง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ผลการสำรวจด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Livings, ADL) ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.5 ถึง 20.2 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งต่อไปนี้ รับประทานอาหาร, ล้างหน้า, ลูกนั่งจากที่นอนหรือเตียง, การใช้ห้องน้ำ, การเคลื่อนที่ภายในบ้าน, การใส่เสื้อผ้า, การขึ้นลงบันได, การอาบน้ำ, กลั้นปัสสาวะ และกลั้นอุจจาระ และความชุกของภาวะที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน (การไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเองได้ ตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปหรือไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้) พบร้อยละ 20.7 และความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพที่ตามมาเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว การสำรวจภาวะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นภาระโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยจำแนกเป็นโรค ทางกายและจิต โรคทางกายที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น โดยโรคเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นปัญหาในวัยกลางคนต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุซึ่งมักเป็นหลายโรคพร้อม ๆ กัน ทำให้มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่อการอยู่ดีเป็นปกติของผู้สูงอายุ สำหรับสุขภาพจิตโรคที่พบบ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน โดยพบความชุกของ ภาวะซึมเศร้าในประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 2.3 และเมื่อพิจารณาโรคเรื้อรังที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โรคที่พบบ่อย คือ กลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยพบความชุก ดังนี้ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 เบาหวาน ร้อยละ 20.4 โรคอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ตร.ม.) ร้อยละ 38.4 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 และภาวะ Metabolic syndrome ร้อยละ 39.8 (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564)

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดเตียง) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญการดูแลผู้สูงอายุติดสังคมมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองได้ และนำความรู้ ที่ได้รับไปช่วยเหลือดูแลคนในครอบครัวได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เช่นเดียวกับผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป แม้จะมีโรคเรื้อรัง แต่ก็สามารถควบคุมโรคได้ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อคงสุขภาพดีไว้หรือชะลอการเสื่อมของร่างกายให้นานที่สุดรวมทั้งความสามารถในการพึ่งพาตนเองเช่นผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป จำเป็นต้องสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีทางด้านสุขภาพ ความรู้สึกลทางบวกและการสร้างกำลังใจ ให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสุขจากการมีสุขภาพกายดี รวมถึงสุขภาพจิตดีด้วย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ด้านงบประมาณของภาครัฐ ปัจจุบันภาครัฐใช้งบประมาณดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ทั้งงบประมาณสำหรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และงบประมาณด้านสุขภาพ โดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

ระดับการสูงวัยของประชากรของประเทศไทยในแต่ละพื้นที่มีความตามกันไปเมื่อพิจารณาผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือมีร้อยละของผู้สูงอายุสูงที่สุด (ร้อยละ 25.2) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.5) ส่วนภาคกลาง และภาคใต้มีร้อยละของ ผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 17.2 และ 16.6 ตามลำดับ) สัดส่วนประชากรสูงอายุของภาคเหนือเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เร็วกว่าระดับประเทศ โครงสร้างประชากรของภาคเหนือได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2562 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุร้อยละ 21.7 ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 17.5 ของสัดส่วนผู้สูงอายุระดับประเทศ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.5 ในปีพ.ศ. 2559 เป็นผลให้ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น จากประชากร วัยแรงงาน 3.3 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ในปีพ.ศ.2559 เป็นประชากรวัยแรงงาน 2.6 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ.2562 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564)

จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากรทั้งสิ้นปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2562 จำนวน 729,133 727,807 และ 725,867 คน ตามลำดับ และประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2562 จำนวน 116,213 121,316 และ 126,366 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดกำแพงเพชร มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.75 (สำนักงานสถิติจังหวัดกำแพงเพชร, 2564) จากการสำรวจและประเมินด้านสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า จังหวัดกำแพงเพชร ปี พ.ศ. 2562-พ.ศ. 2564 พบว่ามีแนวโน้มสัดส่วนร้อยละจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมากขึ้น ดังนี้ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านคิดเป็นร้อยละ 1.57, 1.56 และ 1.74 ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.42, 0.44 และ 0.43 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2564)

ตำบลช่องลม ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอลานกระบือ มีประชากรทั้งสิ้น ทั้งหมด 4,051 คน โดยประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) มีจำนวนทั้งหมด 829 คน คิดเป็นร้อยละ 20.46 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2565ข) จะเห็นได้ว่าตำบลช่องลม ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว จากการดำเนินงานแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) การคัดกรองประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่าพื้นที่ตำบลช่องลม มีสัดส่วนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีแนวโน้ม จากปี พ.ศ.2563-พ.ศ.2565 ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.49, 1.28, 3.06 ตามลำดับและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.52, 0.64, 0.49 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีความพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มสัดส่วนกลุ่มพึ่งพิงยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต และ จากการคัดกรองข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลช่องลม ปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหา การดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 70.84 เบาหวาน ระดับเสี่ยงขึ้นไป ร้อยละ 0.17 CVD (ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด) ระดับสูงมากถึงสูงอันตราย ร้อยละ 12.5 BMI ระดับอ้วนขึ้นไป ร้อยละ 4.40 เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2565ค)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งเป็นทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจจะไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัย ที่สำคัญที่มี การจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นคือปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึก ที่เฉพาะเจาะจงต่อ พฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมที่ปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพนั้นเป็นเป้าหมายสุดท้าย เมื่อผู้สูงอายุได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนกลายเป็นกิจวัตร ประจำวันในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต (Pender, 1996) นอกจากนี้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ นั้นต้องอาศัยปัจจัยประกอบกันหลายด้าน ๆ มา สนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยแนวคิดทฤษฎี PRECEDE MODEL (Green & Kreuter, 1991) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเกิด ขึ้นได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ ต้องมาจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยนำ(ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ) และปัจจัยเสริม(เครือข่ายสังคม) เป็นตัวแปรที่ร่วมกัน พยากรณ์พฤติกรรมผู้สูงอายุได้ (อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, 2563) การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ลักษณะ พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Chen & Hsieh (2021) ที่พบว่า การรับรู้ถึง ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญ และสอดคล้องกับ Oh (2020) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำและการสนับสนุนทางสังคมส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xie et al. (2022) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถด้านสุขภาพและ ประสบการณ์กิจกรรมสุขศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพในด้านต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุ ควรได้รับการแก้ไข หรือพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เพิ่ม มากขึ้น การที่จะทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรม สุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมของบุคคลให้ ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นได้นั้น ผู้สูงอายุต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อ การรับรู้ และการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องและเหมาะสม นำไปสู่ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ขึ้น (ชวนพิศ ศิริไพบุลย์ และคณะ 2564)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เนื่องจาก การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นปัจจัยสำคัญในการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวอย่างยั่งยืน เพราะผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ การที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกต้องเหมาะสมให้กลุ่มนี้ปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมให้ถูกต้อง จะต้องมีการบวนการหรือกิจกรรมใด ๆ ที่มีความเหมาะสม นำมาสู่การป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ หรือสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่กลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียงในอนาคต โดยผู้สูงอายุนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของงานวิจัย

ในการศึกษาวิจัยมีขอบเขตดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey Research) เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและ บ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE MODEL ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม การดำรงตำแหน่ง ในสังคม ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ปัจจัยเอื้อ

ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อาศัยอยู่ใน ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร รวมทั้งหมด 799 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร (Finite population mean) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 256 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน มิถุนายน พ.ศ.2567 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยจำแนกผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ผู้สูงอายุติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีคะแนน การประเมินความสามารถความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนนทั่วไป

ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สามารถอธิบายเพื่อปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

ทัศนคติการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เกี่ยวกับสิ่งกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การมีนโยบายสาธารณะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือ สังคม มีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การมีสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น สถานที่รักษาพยาบาล สถานที่ให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย และสถานที่ในการพักผ่อนหย่อนใจ

การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนและ การได้รับความช่วยเหลือดูแล จากบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. และเพื่อนในชุมชน เช่น เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ หรือเพื่อนบ้าน รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับสื่อทาง ด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย แผ่นพับ วิทยู โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต (LINE/FACEBOOK/YOUTUBE) เป็นต้น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพหรือการดำเนิน การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้าน การจัดการกับความเครียด

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม มุ่งมั่นหรือมีความตั้งใจที่จะศึกษาความรู้และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีหรือลดสิ่งที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การหลีกเลี่ยงของมีเมา และอบายมุข การรับประทานอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย เป็นต้น

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งแตกต่างกันไป ตามความสามารถของแต่ละบุคคลในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมที่ได้ใช้พลังงาน หรือการบริหารกล้ามเนื้อ โดยยึดหลักที่ว่าจะต้องมี การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ครั้งละ 20 - 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน หรือมากกว่า ตัวอย่างชนิดของการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน การบริหารร่างกาย เป็นต้น

ด้านโภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมใน การบริโภคอาหารอย่างถูกต้องในแต่ละวันและเหมาะสมกับวัยอาหารที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม รับประทานโดยรับประทานครบ 3 มื้อทุกวัน ได้รับสารอาหาร หลักครบ 5 หมู่ และควรหลีกเลี่ยง การรับประทานข้าว

ขนมปัง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง อาหาร รสเค็ม นม ขนมที่ทำด้วยแป้ง ขนมหวาน อาหารที่ทอดในน้ำมัน มาก ๆ ควรเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูงเช่น ผักและผลไม้ต่าง ๆ และต้องเป็นอาหารที่ สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อนหรือเชื้อโรค

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมใน การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ได้ดี เช่น การพบปะบุคคลภายนอก การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาร่างกาย อารมณ์ และ สติปัญญาของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เกิดการพัฒนาเป็นความสงบสุข การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็น ความรู้สึกถึงความไร้ภาวะของความทุกข์หรือการบีบคั้นทาง กาย จิต สังคม และปัญญา จนสามารถ แสดงความพึงพอใจ หรือชื่นชมในประสบการณ์ของตนและ มีความสุข ในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้ ตามปกติ เช่น การเสริมสร้างการเจริญทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา โดย การให้ทาน รักษาศีล การเจริญสติภาวนา การแผ่เมตตา การอธิษฐานจิต สวดมนต์ ทำให้เกิด ความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ ใจเป็นสุข เป็นต้น

ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคม ที่กระทำ เพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้น เพื่อป้องกัน หรือเพื่อหลีกเลี่ยง จากภาวะเศร้า โกรธ กลัว หรือกังวล อันเกิดจากวัยหรือเกิดจากความอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว หรือการถูก ทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวโดยการพบปะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ โดยการหาสาเหตุ ของความเครียด การระบาย ความเครียด การใช้หลักของศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การทำงานอดิเรกต่าง ๆ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ต่าง ๆ ของชุมชน เพื่อให้รู้สึกสบายทั้งร่างกาย และจิตใจ

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชรได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์เชิงนโยบาย

1. หน่วยงานระดับ รพ.สต./สสอ./สสจ./อปท./อบจ.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำ ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดทำแผน เพื่อกำหนดนโยบาย หรือกลยุทธ์ แนวทาง การดำเนินงาน ปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์ แผนงาน หรือแก้ไขปัญหาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประโยชน์เชิงวิชาการ

1. การนำข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการด้านวิชา การให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเครือข่ายอื่น ๆ บูรณาการร่วมกันการสร้างรูปแบบการสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2. การนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย เป็นข้อมูลสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ให้เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมทำในการดำเนินงานในเรื่องของผู้สูงอายุ และเป็น การสนับสนุนงานวิชาการให้ได้พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อที่จะนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลประเด็นสำคัญในการดำเนินงาน

3. การนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย ไปใช้ในการอ้างอิงหรือนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดอบรมหรือให้ความรู้ เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมให้กับเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่สนใจ ในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อความก้าวหน้า ทางวิชาการต่อไป

ประโยชน์เชิงการปฏิบัติ

1. ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแล หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ในดูแลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคหรือลดความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในพื้นที่ให้มีสุขภาพที่ดีดูแลตนเองได้ ไม่กลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต (ติดบ้านและติดเตียง)

2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้้นำเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้เกิดการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติจริง เช่น รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็นต้น

3. เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน มีการบูรณาการทำงานร่วมกันเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขที่มี ส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมและเพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ และการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
3. แนวทางการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพของวัยสูงอายุ
5. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
6. แนวคิดและแบบจำลอง PRECEDE Framework PRECEDE Model
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายคำว่า “ชรา” หมายถึงแก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม ซึ่งคำว่า “ชรา” ไม่เป็นที่นิยม เพราะเป็นคำที่ก่อให้เกิด ความรู้สึกหดหู่ใจ ท้อแท้ และความถดถอย สิ้นหวัง ซึ่งต่อมาได้มีการปรับใช้เป็น ผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 ได้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2559) ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2563) ได้ให้ความหมาย “ผู้สูงอายุ” หมายถึงผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และแบ่งเป็น ผู้สูงอายุวัยต้น หมายถึง ผู้มีอายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึง

ผู้มีอายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย หมายถึง ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป “ประชากรสูงอายุ” หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

“อัตราผู้สูงอายุ” หมายถึง ร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด คำว่า “สังคมสูงอายุ” และ “สังคมสูงวัย” มีความหมายเหมือนกัน และใช้แทนกันได้ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ได้อ้างถึงข้อเขียนของ สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ในหนังสือเรื่อง “สูงอายุเป็น ก็น่าเป็นผู้สูงอายุ” ที่กล่าวว่า “อายุ” เป็นภาษาบาลี หมายถึง “พลังส่งต่อหล่อเลี้ยงชีวิต” และ “วัย” หมายถึง “ความเสื่อม ความโหม” จึงเสนอให้ใช้คำว่า “สังคมสูงอายุ” เพื่อหมายถึง “สังคมที่สูงด้วยพลังส่งต่อหล่อเลี้ยงชีวิต” ไม่ใช่คำว่า “สังคมสูงวัย” เพราะมีความหมายสื่อไปในทางลบว่าเป็นสังคมที่สูงด้วยความเสื่อมโหม คำว่า “สังคมสูงอายุ” (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)

“สังคมสูงอายุนะดับสุดยอด” (Super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)

“สังคมสูงอายุ” (Ageing society) มีความหมายอีกอย่างหนึ่งคือ หมายถึง สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น สังเกตได้จาก อัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น เรื่อย ๆ

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสภัย ไข้เจ็บได้ง่ายสมควรที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และยังถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณทำงาน

สรุป

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีร่างกายเสื่อมถอยและเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแล

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2013) แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น คือ บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง และผู้สูงอายุตอนปลาย คือ บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง

Hall (1976) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและได้แบ่งการสูงอายุของคน ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทินโดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นและบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุเพิ่มขึ้น

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) จะมี การเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านสภาพและการทำงานของร่างกายที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) จะมี การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซวณปัญญาและลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) รวมถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงานของราชการสโมสรและอื่น ๆ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560) มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการ ได้รับการดูแล ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มติดสังคม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง สุขภาพดี อยู่ได้ตามลำพัง เป็นอิสระช่วยเหลือตนเองได้ ควรมีการจรรโลงสุขภาพที่ดีไว้

2. กลุ่มติดบ้าน คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่หากไม่มีโรคประจำตัวและดูแลสุขภาพดีก็ยังแข็งแรงแต่ต้องพึ่งพิง ควรได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ

3. กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต้องการดูแลด้านการแพทย์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามสาเหตุ ซึ่งอาจจะเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่ต้องการความต่อเนื่องของบริการที่มีลักษณะแบบบูรณาการ

การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ และการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของคนนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานภายในร่างกาย อยู่ 2 กระบวนการคือ กระบวนการเจริญเติบโต (growth or evolution) กับกระบวนการเสื่อมสลาย (atrophy or involution) 2 กระบวนการนี้เกิดขึ้นพร้อมกันตลอดเวลา ในวัยทารกถึงวัยหนุ่มสาว กระบวนการเจริญเติบโตจะมีมากกว่ากระบวนการเสื่อมสลาย คนในวัยนี้จึงเจริญ เติบโตอย่างมาก หลังจากนั้นกระบวนการเจริญเติบโตจะค่อย ๆ ลดลง ขณะเดียวกันกระบวนการเสื่อมสลายจะค่อย ๆ มีมากขึ้นและเมื่อบุคคลมีอายุประมาณ 20-40 ปี กระบวนการทั้งสอง จะเกิดในอัตราใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นกระบวนการเสื่อมสลายจะมีมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโต การเสื่อมสลายจะเริ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุระหว่าง 40-50 ปี และเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชรา เป็นผลให้เนื้อเยื่อและอวัยวะภายในของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม (Nigam et al., 2012) ดังนั้น เมื่อ

บุคคลมีอายุมากขึ้นและเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมี การเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่เท่ากันเซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เล็กลงจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น มีปริมาณน้ำภายนอกของเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อยจึงทำให้ปริมาณทั้งหมดภายในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้มีผลทำให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน แต่ละระบบของร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเซลล์ต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.1.1 ผม เป็นสิ่งแรกที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อที่หนังศีรษะจะเหี่ยวลง ประกอบกับการไหลเวียนของโลหิตไม่ดี เส้นผมได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทำให้เส้นผมเปลี่ยนสีจากสีเดิมเป็นสีขาวมีลักษณะแห้งเปราะและร่วงง่าย

1.1.2 ผิวหนัง เมื่อคนอายุสูงขึ้นเนื้อเยื่อต่าง ๆ จะขาดความตึงตัวไขมันใต้ผิวหนังจะลดน้อยลง เลือดจะมาเลี้ยงผิวหนังน้อยลง ผิวหนังจะแห้งและบาง ความยืดหยุ่นจะหายไปปรากฏรอยย่นและมีจุดสีเกิดขึ้น จำนวนต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังก็จะลดลงทำให้ความสามารถในการควบคุมระดับอุณหภูมิภายในร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการหนาวง่ายกว่าคนปกติ

1.1.3 กระดูก เนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างรอยต่อกระดูกสันหลังจะลดจำนวนลงประกอบกับการสลายของแคลเซียมในกระดูก จึงทำให้เกิดการโค้งงอของกระดูกสันหลัง กระดูกเปราะและแตกง่าย ข้อต่อต่าง ๆ จะเสียความยืดหยุ่นทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ขนาดและ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ ก็ลดลงด้วย

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบสัมผัสเฉพาะ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และประสาทสัมผัสที่ผิวหนังจะค่อย ๆ เสื่อมลง ในขณะที่คนมีอายุมากขึ้นเสื่อมของอวัยวะในระบบนี้ จะค่อย ๆ เสื่อมตามลำดับ ดังนี้

1.2.1 ตา เลนส์ของตาจะหนาขึ้น รูม่านตาจะแคบลง เรตินาจะเสื่อมและแยก หลุดออก การเปลี่ยนแปลงนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัด ลานสายตาคจะแคบลง บางรายอาจเป็นต้อกระจก หรือความดันในลูกตามากทำให้เจ็บปวดได้ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะรับคลื่นเสียง คือ เยื่อแก้วหูและกระดูกหูชั้นต่าง ๆ หรืออาจเกิดร่วมกัน

1.2.2 หู การได้ยินของผู้สูงอายุจะเสื่อมลง ความเสื่อมของการได้ยิน อาจเกิดกับความเสื่อมของประสาทหูซึ่งได้แก่ เซลล์ประสาทที่มีหน้าที่ในการแปลคลื่นเสียง ความเสื่อมดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น บางครั้งจะได้ยินเสียงแต่ไม่รู้เรื่องราว พูดอะไร

1.2.3 จมูกและลิ้น ความสามารถในการรับกลิ่นและรสชาติจะลดน้อยลงเพราะต่อมได้สมองที่ทำหน้าที่นี้เสื่อมลง การรับรสต่าง ๆ ที่ลิ้นก็จะค่อย ๆ เสื่อมและตายไป ในขณะที่คนอายุเพิ่มขึ้นประมาณกว่า 2 ใน 3 ของปุมรับรสดังกล่าวจะเสื่อมและตายไปเมื่อคนอายุได้ 70 ปี

1.2.4 ประสาทสัมผัส การเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ทั่วร่างกายทำให้ความตึงตัวและความยืดหยุ่นของผิวหนังเสียไป เป็นผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกผู้สูงอายุลดลง

1.3 การเปลี่ยนแปลงของหัวใจ ความสามารถในการทำงานของหัวใจ การเต้นและความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เลือดจึงไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อย โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลาย เช่น แขน ขา และเท้า

1.4 การเปลี่ยนแปลงของปอด สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทรวงอก กระดูกซี่โครงและสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกถูกจำกัด ประกอบกับความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ ปอด และหลอดลมจะลดลงทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็ม ปริมาณอากาศตกค้างในปอดมากขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนเข้าปอดลดลงด้วย เป็นผลทำให้ออกซิเจนในเลือดต่ำ ผู้สูงอายุจึงมักเกิดอาการ หอบเหนื่อยได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อขึ้นที่สูงหรืออยู่ในภาวะที่ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากกว่าปกติ

1.5 การเปลี่ยนแปลงของไต เซลล์ในไตจะเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนลงประกอบกับการไหลเวียนของเลือดในไตไม่ดีเป็นผลให้ไตของคนอายุ 70 ปี มีสมรรถภาพในการทำงานได้เพียงครึ่งหนึ่งของไตคนปกติที่มีอายุ 30 ปี ความสามารถในการทำงานของหน่วยกรองของไตในผู้สูงอายุจะลดลงร้อยละ 30-50 เมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ปริมาณของเสียในเลือดตกค้างในไตมากขึ้น กระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กมีความจุต่ำประมาณ 250 ซี.ซี. หรือครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อย บางครั้งอาจถ่ายไม่สะดวก เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อม เวลาไอหรือจามกล้ามเนื้อจะหดเกร็งทำให้ปัสสาวะไหลได้

1.6 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เมื่ออายุมากขึ้นการผลิตฮอร์โมนทางเพศจะลดลง ทั้งหญิงและชายในหญิงขนาดของเต้านมจะเล็กลง ความสามารถในการมีบุตรจะหมดไป เมื่อหญิงอายุประมาณ 50 ปี สำหรับเพศชายลูกอัณฑะและขนาดของอวัยวะเพศจะเหี่ยวเล็กลงสำหรับเพศชายความต้องการทางเพศยังคงมีอยู่หรืออาจลดลงทั้งชายและหญิง และต่อมต่าง ๆ เช่น ต่อมธัยรอยด์จะมีขนาดเล็กลงจากอายุ 50 ปีไปแล้ว ทำให้การผลิตฮอร์โมนลดลงเป็นผลให้เกิด การเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเป็นเบาหวานได้ง่าย

1.7 การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากความสามารถในการรับรู้กลิ่นและรสลดน้อยลง พบว่า เมื่อคนอายุ 70 ปี ความอยากอาหารลดลงร้อยละ 50 นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟันยังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่สะดวก เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด อาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์ ประกอบกับ การดูดซึมสารอาหารบางประเภทลดลง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุบางรายมีอาการท้องผูก เนื่องจากลำไส้เคลื่อนไหวตัวช้าลง ทำให้อาหารอยู่ในลำไส้นานขึ้นและมีโอกาส จับตัวเป็นก้อนแข็งในลำไส้ส่วนปลายได้มากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ ของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคต่อ การติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ สายพิณ ไชยนิรันดร์ (2561) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต้องพึ่งลูกหลาน นอนไม่หลับ กลัวถูกทอดทิ้ง ฯลฯ ความกังวลเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะไม่สบายใจและกาย เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ฯลฯ แนวทางแก้ไขคือ การเปลี่ยนความคิดของตนเอง และการพยายามมองในแง่ความเป็นจริงมากกว่าคิดไปล่วงหน้า

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับ ความสูญเสียได้บ่อย ผู้สูงอายุบางคนเป็นโรคซึมเศร้าอันเนื่องจากความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิด ระวัง เอาแต่ใจตนเอง ดังนั้น บุตรหลานควรดูแลผู้สูงอายุด้วยการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สูงอายุ หางานหรือกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำเพื่อ ความเพลิดเพลินและเกิดประโยชน์ ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ผู้สูงอายุมักจะคิดซ้ำซาก ลังเล ระวัง หงุดหงิด เรื่องของตัวเองและเรื่องในอดีต และคิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวถูกรังเกียจ แนวทางแก้ไข คือ บุตรหลานควรหมั่นเยี่ยมเยียนหรือติดต่อกับผู้สูงอายุเป็นประจำ

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ผู้สูงอายุมักเอาแต่ใจตัวเอง จู้จี้ บ่น ชอบยุ่งเรื่องคนอื่น หรืออาจมีปัญหาทางเพศ ในสังคมไทยมักไม่พูดถึงเรื่องเพศ ความเป็นจริงผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่ในเพศหญิงอาจไม่พบว่ามีความต้องการทางเพศ ทำให้เกิดปัญหาขึ้นระหว่างคู่สมรส แนวทางแก้ไขปัญหาคือ การเข้า พบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา

2.5 การเปลี่ยนแปลงของความจำ ผู้สูงอายุมักจำปัจจุบันไม่ค่อยได้และชอบย้าคำถามซ้ำ ๆ ทำให้คนที่คุยด้วยเกิดความเบื่อหน่าย บางรายจำผิดพลาด เป็นภาวะที่เรียกว่าสมองเสื่อมใน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสูญเสียความจำรุนแรงมากจนมีส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้ควรต้องพบแพทย์เพื่อหาแนวทาง การรักษา และต้องใช้สมุดบันทึกช่วยจำ บุตรหลานต้องเข้าใจ และให้ความดูแลและมีตระวังไม่ให้ออกจากบ้านคนเดียว มิเช่นนั้นผู้สูงอายุอาจหลงทางได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

นอกจากความเสื่อมของร่างกายและความเครียดทางจิตใจจะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมก็เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตตามมา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การเรียนรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความว้าเหว่ อ้างว้าง โดดเดี่ยวรู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ (Sudnongbua, 2011)

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลักลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกตนเองหมดความสำคัญ ปัจจุบันเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอายและคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.3 ความคับข้องใจทางสังคมการปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในการกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพในการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการยอมรับมากขึ้น

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่รับผิดชอบ งานที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวลดลง เปลี่ยนไปเป็นคนคอยรับยอมรับและการพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุขาดความเข้ากลุ่มและไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพถดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดจากภาวะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งทาง

ภาวะร่างกาย จิตใจ และสังคมดังกล่าว ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น และนำมาสู่การให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

4. ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) ดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงเพื่อป้องกันปัญหาอันอาจเกิดขึ้นและเพื่อเป็นการคงไว้หรือส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุตร หลาน ญาติ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

4.1 ความสำคัญในการดูแลด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะพบได้เร็วหรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ลักษณะต่าง ๆ ที่พบได้บ่อยและเห็นได้ชัดในผู้สูงอายุ คือ ผิวหนังย่น สายตาเปลี่ยน การเคลื่อนไหวช้าลง มวลกระดูกลดลง กระดูกหักง่าย สูญเสีย ความต้องการทางเพศ การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ท้องผูก ปวดและหัวใจทำงานน้อยลง ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายและที่สำคัญคือ ปัญหาความจำและภาวะหลงลืม จะเกิดขึ้นซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถบรรเทาและแก้ไขได้ หากได้รับการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคเรื้อรังและดำรงตนในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ จึงมีแนวทาง ในการดูแลทางด้านร่างกาย 8 กิจกรรมหลักดังต่อไปนี้

1. การได้อาหารที่มีพลังงานเพียงพอ (ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงหรือไม่ได้ออกจากบ้านควรได้รับแคลเซียม 1,500 มิลลิกรัม / วัน อาจร่วมกับวิตามินดี)
2. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์
3. ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตัวเกิน
4. ตรวจสอบการมองเห็นและการได้ยิน เนื่องจากเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ หรือจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
5. ตรวจสุขภาพปากและฟันสม่ำเสมอ
6. ออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากมีผลดีต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ยังช่วยให้อารมณ์และการเข้าสังคมดีขึ้น ช่วยให้นอนหลับป้องกันท้องผูก
7. หมั่นพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูงและผู้ใกล้ชิดสม่ำเสมอยามว่าง ทำจิตใจให้เป็นสุข และทำกิจกรรม หากมีอาการเจ็บป่วยควรพบแพทย์แต่เริ่มมีอาการ และเมื่อพบว่า

เป็นโรคเรื้อรังหรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดควรได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์

8. ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปี เพื่อประเมินสภาวะร่างกายและค้นหาโรคต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ

4.2 ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจ

อารมณ์และจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ อาจเกิดมาจากมีเวลาว่างมากเกินไปเพราะเกษียณอายุจากการทำงานแล้ว จึงรู้สึกที่ตัวเองถูกลดคุณค่าลง ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเริ่มมีน้อยลง ซึ่งอาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว และซึมเศร้า นอกจากนั้นยังอาจเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียงหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย การเสื่อมของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย ซึ้งหดหู่ ใจน้อย โกรธง่าย หากผู้สูงอายุมีขาดการดูแลด้านจิตใจเป็นระยะเวลายาวนาน อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและอาจฆ่าตัวตายได้ในที่สุด นอกจากนี้แล้วการให้การดูแลทางสังคมจิตใจ ด้วยการให้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคม จิตใจ ที่มี ผลต่อภาวะการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และยังช่วยเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการ ในการรองรับปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ประเทศไทยต้องเผชิญในทศวรรษนี้ ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางกายก็จะดีตาม ในการดูแลด้านจิตใจ มีการแบ่งตามกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ 3 กลุ่ม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีปัญหา ด้านจิตใจค่อนข้างน้อย ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจ คือการผลักดันให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสนใจ ทั้งนี้ภายในชมรมต้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทางกาย พัฒนาความคิด พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และกิจกรรมที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จากนั้นกิจกรรมในชุมชน ควรเป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เกิดความภาคภูมิใจ กลุ่มติดสังคมสามารถเปลี่ยนภาวะให้เป็นพลังของชุมชนได้ เช่น กิจกรรมการช่วยเหลือเด็ก กิจกรรมช่วยเหลือวัยรุ่น กิจกรรมการเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือชุมชน

2. กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อาจมีสุขภาพจิตได้ ถ้ามีปัญหาทางด้านจิตใจต้องให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องนั้น ๆ ก่อน จากนั้นค่อยถามสารทุกข์ สุขดิบ การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุรายนั้น ๆ และต้องเตรียมคำถามที่สามารถสร้างความมีคุณค่าและกระตุ้นให้เกิดความภาคภูมิใจในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เมื่อไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้บุคลากรสาธารณสุข ต้องเป็นฝ่ายฟังผู้สูงอายุระบายปัญหาแล้วจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา

3. กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มนี้นอกจากต้องรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุแล้วต้องเตรียมเรื่องที่ จะพูดคุยกับผู้สูงอายุ เมื่อไปถึงบ้านผู้สูงอายุ ถ้าพอจะนั่งเอนหลังได้ให้จัดทำนั่งให้กับผู้สูงอายุเพราะจะทำให้ การพูด สื่อสารเป็นไปได้ดีขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดคุย เล่าเรื่องมากกว่า ที่เป็นฝ่ายพูดเสียเอง ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยประสบความสำเร็จ ภาคภูมิใจในอดีตเพื่อ เป็นประเด็นการตั้งคำถามและให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องให้ฟัง นอกจากนี้ พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งแม้ว่าจะอาศัยอยู่ร่วมกับบุตร คือ การทะเลาะหรือมีปัญหาคัดแย้งกับบุตร และปัญหานี้นำไปสู่ การพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ดังนั้นแนวทางการลด ความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุ หลาน ญาติ หรือผู้ดูแล ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1 บุตร หลาน ญาติหรือผู้ดูแล ควรรับฟังผู้สูงอายุที่บ่นในช่วงแรกเพื่อเปิด โอกาสให้ได้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ ระบายความไม่สบายใจหรือความคับข้องใจ

3.2 บุตร หลาน ญาติหรือผู้ดูแล ควรเป็นฝ่ายชวนคุย หมั่นซักถามเพื่อให้ ผู้สูงอายุตอบคำถามและเล่าเรื่องต่าง ๆ ที่บ่น

3.3 บุคลากรสาธารณสุขต้องสอนเทคนิคการตั้งคำถามให้กับบุตร หลาน ญาติ หรือผู้ดูแล โดย คำถามที่ดีต้องเป็นคำถามที่ให้ผู้สูงอายุในบ้านคิดและตอบ คำถามที่ดี ต้องเป็นสิ่งที่ ลูกหลานหรือผู้ดูแลอยากรู้เพื่อนำไปเป็นประเด็นการคุย

3.4 บุตร หลาน ญาติหรือผู้ดูแล ควรชักชวนหรือหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำ ซึ่ง เป็นกิจกรรมที่ทำแล้วเพลิดเพลิน ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดเดิม ๆ อาจเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ ชื่นชอบ หรือกิจกรรม แปลกใหม่เพื่อสร้างประสบการณ์แปลกใหม่และดึงความสนใจออกจากเรื่อง ที่บ่น

3.5 บุตร หลาน ญาติหรือผู้ดูแล ไม่ชวนทะเลาะหรือเก็บเรื่องที่ผู้สูงอายุ บ่นมา เป็นอารมณ์ แต่พยายามทำความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุที่มีลักษณะย้ำคิดย้ำทำ และติดอยู่กับ อดีต ไม่ควรตอบโต้ด้วยอารมณ์ที่รุนแรง (Sudnongbua, 2011)

4.3 ความสำคัญในการดูแลด้านสังคม

เมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ คือ การเผชิญกับความสูญเสีย การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยมีบทบาท ตำแหน่ง และมีคนเคารพนับถือในสังคม เปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม การมีบทบาทลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสีย ความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม บางรายรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ต่อตนเองและอยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้ผู้สูงอายุ บางรายสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อเกษียณอายุ หรือเมื่อมีปัญหาด้าน สุขภาพจนทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการดำรงชีวิตเนื่องจากรายได้ ลดลงขณะที่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ปลีกตัวจากสังคมหรือขาดการเข้า

สังคม ดังนั้นในการดูแลด้านสังคมในผู้สูงอายุจึงเน้นที่ การสร้างคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำได้ เมื่อมีการเผชิญกับ ความสูญเสีย รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างรู้สึกมีคุณค่าและ มีความสำคัญในสังคม ซึ่งในการสร้างคุณค่าในตนเองนั้นแบ่งตามกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่มคือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

แนวทางการสร้างคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

1. ฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในเรื่องง่าย เช่น กิจวัตรประจำวัน งานบ้านเล็ก ๆ น้อยหรือการดูแลเด็ก ๆ เพื่อไม่ให้รู้สึกเป็นภาระกับคนอื่น
2. ให้ผู้สูงอายุใกล้ชิดกับเพื่อนผู้สูงอายุคนอื่น ๆ เพื่อฝึกให้เกิดการช่วยเหลือกันเอง เช่น การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน จัดอาสาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อทำตนให้เป็นประโยชน์และเสียสละเพื่อส่วนรวม (อาจเป็นแรงงานหรือทรัพย์ หรือความรู้ก็ได้)
3. ฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือผู้อื่น เช่น การตั้งชมรมต่าง ๆ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนและชุมชนควรจัดเวทีให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น หรือในประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้กระตุ้นสมอง ป้องกันภาวะสมองเสื่อม
4. ฝึกให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การปรึกษา/วิทยากร/นักจัดรายการวิทยุ ชุมชน ฯลฯ ให้ท้องถิ่นชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจและเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีพลังในการดำเนินชีวิต และป้องกันภาวะซึมเศร้า

แนวทางการสร้างคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ในกลุ่มนี้จะเน้นการเยี่ยมบ้านเป็นหลัก บุคลากรสาธารณสุขต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร ดังนี้

1. ให้ทักทาย พูดคุย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้กำลังใจโดยปกติผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะรู้สึกดีใจที่มีคนมาเยี่ยมอยากพูดคุย อยากทักทาย อยากเล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ผู้อื่นฟังอยู่แล้ว
2. ให้ถามความเห็นในเรื่องที่ผู้สูงอายุถนัด และให้เล่าเรื่องราวให้ฟัง พร้อมทั้งจดบันทึกให้ผู้สูงอายุเห็นว่าเรื่องที่เล่า มีคนสนใจ และสำคัญ
3. ให้ค้นหาศักยภาพ เพื่อประเมินความสามารถและส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ให้มากที่สุด เช่น “ในแต่ละวันคุณลุงมีกิจวัตรประจำวันอะไรบ้าง และกิจกรรมที่ชอบคืออะไร/อยากทำอะไร” “คิดว่าตัวเองเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลานเรื่องอะไรบ้าง”
4. ประเมินสิ่งที่ผู้สูงอายุบอกเล่าและทำให้เกิดการทำกิจกรรมตามที่เห็นสมควร เช่น อยากทำกิจกรรมดอกไม้ประดิษฐ์ ควรจัดหาอุปกรณ์ หรือประสานหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือ

5. แนะนำและอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรม/กลุ่ม ต่าง ๆ ในชุมชน โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการสร้างคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ในกลุ่มนี้จะเน้นการเยี่ยมบ้าน บุตร หลานหรือผู้ดูแลต้องเน้นการฟังและการให้กำลังใจเป็นหลัก

1. บุตร หลานหรือผู้ดูแล ต้องพักทาย สร้างสัมพันธภาพ โดยมักพบเสมอว่าผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงไม่ค่อยอยากพูดคุย ดังนั้นต้องพยายามให้ผู้สูงอายุพูดคุย เพื่อเล่าระบายความทุกข์ความ ไม่สบายกายไม่สบายใจ และควรรับฟังอย่างตั้งใจ

2. บุตร หลานหรือผู้ดูแลควรให้ผู้สูงอายุเล่าความภาคภูมิใจในอดีต เรื่องชื่นชม ให้กำลังใจพร้อมกับค้นหาสิ่งที่ดี ๆ ในเรื่องเล่า

3. บุตร หลานหรือผู้ดูแล ควรให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวของชุมชนในอดีตวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน บุคคลสำคัญในชุมชน

4. การใช้เครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เช่น อสม. หรือชมรมผู้สูงอายุ

5. บุคลากรทางสาธารณสุขต้องประเมินปัญหาสุขภาพจิต/ภาวะซึมเศร้า หากพบปัญหา ให้คำปรึกษาเบื้องต้นหรือส่งต่อ

5. การปรับตัวในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเกิดจากร่างกายที่มีความเสื่อมถอยตามอายุหรือโรคประจำตัว การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม อาทิเช่น การเกษียณการทำงาน การแยกครอบครัวของ ลูกหลาน การสูญเสียบุคคลในครอบครัว หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวหรือปรับตัว ไม่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก็อาจทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมได้ซึ่ง การปรับตัวเป็นกระบวนการที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อชีวิตในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในปัจจุบัที่มีผล ต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุ ความสามารถในการตัวของผู้สูงอายุแต่ละคนอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ พื้นฐานของ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ นิสัยดั้งเดิม สภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในตนเอง ความสามารถในการแก้ปัญหาในอดีตและการตอบสนองความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการการมีชีวิตยืนยาว ต้องการความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ต้องการการเอาใจใส่ดูแล ต้องการการยอมรับนับถือ จากลูกหลาน รวมทั้งต้องการการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยการมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมและทำประโยชน์ต่อสังคม ในรายที่สังคมและครอบครัวสามารถสนอง ความต้องการทางสังคมได้ โดยการให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ ยกย่องเคารพนับถือ ให้ความรัก และไม่ มีปัญหาทางเศรษฐกิจผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ง่าย ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงความสำเร็จ และความพร้อม ในชีวิตของผู้สูงอายุในทางตรงกันข้ามถ้าเศรษฐกิจ ไม่ดี ขาดคนดูแล ขาดที่พึ่ง ลูกหลานไม่ให้ความรัก

ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม จะทำให้การปรับตัวไม่ดีอาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจและเกิดโรคจิตได้

การปรับตัวในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมมีผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตได้มาก ผู้สูงอายุจึงควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมก่อนถึงวัยสูงอายุ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ได้ การปรับตัวในผู้สูงอายุที่สำคัญประกอบด้วย การปรับตัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

1. การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง
2. การปรับตัวให้เข้ากับสถานะที่ไม่ต้องทำงานและมีรายได้ลดลง
3. การปรับตัวให้ยอมรับการจากไปของคู่ครอง เพื่อนสนิทและสมาชิกในครอบครัว
4. การปรับตัวให้ยอมรับแบบแผนของสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน
5. การปรับตัวเพื่อสร้างความสุขและความพอใจให้แก่ตนเอง
6. การเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในผู้สูงอายุ พฤติกรรมของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกัน ในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว ความสำเร็จ และความสมหวังในชีวิตสามารถแยกออกได้เป็น 2 แบบ ดังนี้

1. พฤติกรรมที่ต้องการความเป็นอิสระ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม พวกที่มีพลังและกำลังใจ มีความสำเร็จและความสมหวังในชีวิต พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น ได้แก่ มีปัญญา มีวุฒิภาวะ สงบเยือกเย็น ควบคุมอารมณ์ได้ เป็นตัวของตัวเอง ยอมรับความจริง สนใจและทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมมากขึ้น สนใจตนเองมากขึ้น เข้าวัดถือศีลมากขึ้น มองอดีตไปในทางบวก โดยรู้สึกเป็นสุขเมื่อนึกถึงเรื่องต่าง ๆ ในอดีต มีคุณธรรม เสียสละ

2. พฤติกรรมที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ไม่ดี อาทิเช่น กลุ่มที่ไม่ยอมช่วยตนเอง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะร่ำรวยมาก ผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในสังคมที่ให้การยกย่อง และผู้สูงอายุที่เคยทำงานหนักเพื่อครอบครัวมาก่อน กลุ่มที่สิ้นหวังในชีวิต ขาดความสำเร็จและสูญเสียคุณค่าในสังคม มีความรู้สึกสิ้นหวัง เบื่อหน่าย มองชีวิตที่ผ่านมาในแง่ลบ พฤติกรรมซึ่งแสดงออกให้เห็น ได้แก่ การต่อต้าน ก้าวร้าว ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและสังคม พึ่งพาอาศัยผู้อื่น เห็นแก่ตัว ตระหนี่ ขุนเคือง ไม่มีความเพียงพอ และมักกลัวตาย

แนวทางการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (2563) การประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบประเมินการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คำจำกัดความ การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ ภาควิชาอายุรศาสตร์และ ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวม คะแนน ADL ตั้งแต่มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป

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

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

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้

ล่วงหน้า

2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมง ที่ผ่าน

มา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ

1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คน ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้

1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้อง เข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้

2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ ความสนใจแล เพื่อความปลอดภัย

3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลง ให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้

1. ต้องการคนช่วย

2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1. กลืนไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลืนได้เป็นปกติ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพของวัยสูงอายุ

1. ความหมายของพฤติกรรม

ฤกษ์ชัย คุณูปการ (2545) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ของมนุษย์ทั้งทางด้านจิตใจซึ่งไม่สามารถสังเกตได้ และด้านการแสดงออกซึ่งสามารถสังเกตได้ ซึ่งการกระทำทั้งสองชนิดเกิดจากการควบคุมหรือสั่งการของระบบประสาทส่วนกลางคือ สมองและไขสันหลัง

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2562) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง ทุก ๆ อาการแสดงออกของมนุษย์ทั้งในขณะที่รู้สึกตัว และไม่รู้สีกตัว ทั้งที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย และภายนอก ร่างกายทั้งที่สามารถสังเกตเห็น และไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง ต้องอาศัยเครื่องวัด และทั้งที่เกิดขึ้นอย่างสมัครใจและไม่สมัครใจโดยทุก ๆ อาการแสดงจะแปรผันไปตามบุคคล เวลา สถานที่

บุรฉัตร จันทรแดง (2562) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกของจิตใจทั้งภายในและภายนอก เป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตและ สามารถใช้เครื่องมือในการวัดหรือทดสอบได้

Cronbach (1963) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การเป็นผลของการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดมาตอบสนอง สิ่งเร้าในสถานการณ์ต่าง ๆ

Goldenson (1984) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง เป็นการกระทำ หรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคลและเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนอง สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ ที่เป็นไปอย่างมีจุดหมาย สังเกตเห็นได้ หรือเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ

Wade & Tavris (1999) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของคนเราที่สังเกตได้

Zimbardo & Gerrig (1999) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้

Fazio & Olson (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ หรืออาการที่ แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว หรือไม่ รู้ตัวก็ได้ และสามารถใช้อุปกรณ์ในการวัด หรือทดสอบได้

Dusenbery (2009) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงและกิริยาท่าทางซึ่งสิ่งมีชีวิต หรืออัตลักษณ์ประดิษฐ์ ที่เกิดร่วมกันกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมระบบอื่นหรือสิ่งมีชีวิตโดยรวมเช่นเดียวกับ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พฤติกรรมเป็นการตอบสนองของระบบหรือสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าหรือการรับเข้าทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก มีสติหรือไม่มีสติระลึกรู้ชัดเจนหรือแอบแฝง และโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ

สรุป พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติ การกระทำของมนุษย์ที่แสดงออกมา ซึ่งเป็นการกระทำที่เกิดจากภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล อาจจะทำโดยขณะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว ตั้งใจ หรือไม่ตั้งใจ ต้องอาศัยการวัดได้โดยใช้เครื่องมือหรือการทดสอบ โดยการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงตามสิ่งเร้าที่ได้รับ

2. ความหมายของสุขภาพ

ประเวศ วะสี (2541) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2562) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาพนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เพียงภาวะปราศจากโรคเท่านั้น แต่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องถึงภาวะแห่งความสุขของบุคคลและสังคม

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของโครงสร้างและการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อพัฒนาการในการดำเนินชีวิตถึง ชีตสุดของแต่ละบุคคล

Pender (1996) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง การบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิตของบุคคลผ่านการแสดงออกทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมั่นคงและสมดุล

สรุป สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ที่เป็นองค์รวม ไม่ใช่เพียงแต่การไม่เจ็บป่วยเป็นโรค โดยเป็นความสมบูรณ์ที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2538) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน ลักษณะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health

Behavior Modification) หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ การฝึกทักษะ การจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลครอบครัวและ ชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่งผลให้มีสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือ การปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือทอผลเสียต่อสุขภาพ
2. เป็นการไม่กระทำ (NON Action) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้น ไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

กองสุศึกษา (2556) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองที่เป็นผลมาจากปัจจัยด้านพุทธิสัย เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ด้านเจตพิสัย เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าทีความคิดเห็น และด้านทักษะพิสัย เช่น ความสามารถหรือความชำนาญ ในการกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใด ๆ โดยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยแลพการรักษาพยาบาล
2. พฤติกรรมป้องกันโรค
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของส่วนรวม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้น ทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึง การปฏิบัติที่สังเกต ได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายใน เป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้ง เป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือ บางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้พฤติกรรมเหล่านี้เป็น ปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบ ได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้ง ทางวาจา และการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออก ไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลใน การกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคมที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2562) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการงดเว้นการกระทำใด ๆ ทั้งที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งได้อธิพลมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ พุทธพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. พฤติกรรมการรักษาโรค
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ
5. พฤติกรรมการคุ้มครองสุขภาพ

Harris & Glute (1979 as cited in Pender, 1987) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ครอบคลุมไปถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

Twaddle (1981) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพเป็นปฏิกิริยาหรือ กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลมี ทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ในขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

Palank. (1991) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนา ของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการ ที่เพียงพอ มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบ สนับสนุนทางสังคม

สรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำใด ๆ ทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจ รู้ตัวและไม่รู้ตัว ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลอย่างองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ซึ่งการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

4. ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ ได้ถูกบัญญัติความหมายใน กฎบัตรรอตตาวา เมื่อปี ค.ศ. 1986 ว่าหมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุข

ภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งแสดงว่า บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถ บ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและ สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัย ต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ

World Health Organization (1986) ได้ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนให้ดีขึ้นใน การที่จะบรรลุสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ปัจเจกบุคคลหรือ กลุ่มบุคคลจะต้องมี ความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะสนอง ความต้องการ ต่าง ๆ ของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องสุขภาพ เป็นคนที่มีความหมายในทางบวก เน้นที่ความสำคัญของทรัพยากรบุคคล และสังคม เช่นเดียวกับ สมรรถภาพทางร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กร ในภาพ สุขภาพเพียงเท่านั้น หากเกินความนอกเหนือจากครองชีวิตที่มีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะ โดยรวม

Green & Kreuter (1991) ได้ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและการสนับสนุนทางด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผล ทางการกระทำหรือปฏิบัติและสภาพการณ์ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพ ที่สมบูรณ์ การกระทำหรือปฏิบัตินั้นอาจเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบายซึ่งกระทำปฏิบัติเหล่านั้นมี อิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชนและสังคมส่วนรวม

Glanz, Lewis, & Rimer (1997) ได้ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง วิทยาศาสตร์และศิลปะของการช่วยเหลือประชาชนให้เปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตไปสู่ การมี สุขภาพดี โดยพยายามส่งเสริมความตระหนักในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างสรรค์ สิ่งแวดล้อม เป็นการผสมผสานระหว่างสุขศึกษา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล กลุ่มและชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพดี ด้วยการปฏิบัติตนที่ดีทาง ด้านสุขภาพ

Pender, Murdaugh, & Parsons (2002) ได้ให้ความหมายของคำว่า การส่งเสริม สุขภาพ หมายถึง การประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และ บรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม นอกจากนี้องค์ประกอบที่สำคัญของวิถี ชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งสององค์ประกอบนี้มีพื้นฐาน ในการมุ่งสนใจและจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน

สรุป การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรม ต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นการผสมผสานระหว่างสุขศึกษา เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่

เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มศักยภาพหรือสนับสนุนให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของบุคคล กลุ่มคน และชุมชน เป็นผลมาจากการกระทำที่จะก่อให้เกิดความสมบูรณ์ของทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม

5. ลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Pender (1987) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อให้ความผาสุก (well-being) และควมมีคุณค่า ในตนเอง โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างแบบประเมินแบบแผนชีวิตและสุขนิสัย โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม 10 ด้าน ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ
3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน
4. รูปแบบการนอนหลับ
5. การจัดการความเครียด
6. การตระหนักและความภูมิใจในควมมีคุณค่าของตน
7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม
10. การใช้ระบบบริการสุขภาพ

Gochman (1988) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยมและการรับรู้องค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล รวมถึงความรู้สึกราวมดีและลักษณะเฉพาะของบุคคลโดยเฉพาะ ลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย

Walker, Sechrist, & Pender (1995) ได้ให้ความหมาย ลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยระบุว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม แนวคิดนี้ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มี สุขภาพดี มีการสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายและไปรับการตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติ ตลอดจนขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์หรือ พยาบาล เมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับสุขภาพ

2. โภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

3. การทำกิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย เช่น การเดินขึ้นลงบันได การทำงานบ้าน เป็นต้น

4. การจัดการความเครียด (stress management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับ ความเครียดของบุคคลในภาวะแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับ การผ่อนคลาย การกระทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการกระทำกิจกรรมที่ขจัดความเมื่อยล้าของร่างกาย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา

6. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความ เชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ

การที่ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุข ความมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนช่วยลดความ รุนแรงของโรคหรือป้องกันอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (วรวิศา จันทรงสิริวรกุล, 2553)

6. การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพของวัยสูงอายุ

วรวิศา จันทรงสิริวรกุล (2553) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยมุ่งสนใจการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นแบบแผนในการดำเนิน ชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และ การจัดการกับความเครียด

เนาวรัตน์ ช่างไม้ (2556) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลบางรักน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดนันทบุรี โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน

ชนากาน สิงห์หลง (2557) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด

ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ (2557) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชวามุสลิม ตามกรอบแนวคิด ของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ที่ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ 1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2. กิจกรรมและการออกกำลังกาย 3. โภชนาการ 4. สัมพันธภาพระหว่าง บุคคล 5. การเจริญทางจิตวิญญาณและ 6. การจัดการกับความเครียด

วาสนา สิทธิกัน และคณะ (2560) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน โดยประยุกต์หลักการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จาก Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) ของ Walker และคณะ

โดยประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

จรรยา ธัญน้อม (2562) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และ ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย

ศิริรัตน์ จำปีเรือง และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มสุรา และด้านป้องกันอุบัติเหตุ

อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์แท่น อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอารมณ์ และด้านงานอดิเรก

ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ (2564) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในอำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

จิตรีรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ (2564) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist

& Pender (1995) ในการศึกษา ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบ ต่อร่างกาย กิจกรรมทางกาย โภชนาการ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พัฒนาทางจิตวิญญาณ และ การจัดการกับความเครียด

Oh (2021) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีสูงอายุในเกาหลี โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาจาก แนวคิดของ Pender

สรุป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมาย แนวคิด และลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีหลากหลายแนวคิด และผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของ Pender มาประยุกต์ใช้ ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดของ Pender et al. (2002) นี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับประชากรทุกกลุ่มและบริบทที่หลากหลาย อีกทั้งยังมีการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลการวิจัยสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงจากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ครอบคลุมในทุกมิติดังกล่าวนั้น แนวคิดของ Pender นั้นครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ควรคำนึงเพื่อป้องกันปัญหาอันอาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ และเพื่อเป็นการคงไว้หรือส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender (1996) มาใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย องค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

Pender (1996) ได้เสนอทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย โดยอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้อย่างต่อเนื่องนั้นเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยการรับรู้และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และ อิทธิพลจากสถานการณ์ และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม และ ความต้องการและความพึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยปัจจัยดังกล่าวมี

ผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีนี้แบ่งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสุดท้ายในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เมื่อผู้สูงอายุได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender, 1996) นักทฤษฎีทางการพยาบาล เชื่อว่าแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปกป้องสุขภาพเกิดขึ้นจากแรงจูงใจของบุคคลที่พยายามหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือการได้รับการบาดเจ็บ ความเครียด สุขภาพ จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจของบุคคลที่จะยกระดับสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เน้นพฤติกรรม ที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัตินั้นไม่ได้เกิดจากความกลัวสิ่งที่จะเป็นอันตราย (threat) เพราะการปฏิบัติในลักษณะเช่นนี้บุคคลจะเลิกปฏิบัติเมื่อสิ่งคุกคามหมดไป เพนเดอร์จึงได้สร้างแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพเพนเดอร์ ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้น บุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต (life style) แบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมของเพนเดอร์นี้ ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ.1980 และได้รับการปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ.1996 ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของแพนเดอร์ (Pender, 1996)

แบบจำลองนี้ได้อธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่จำเพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ และผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ดังนี้

คุณลักษณะและประสบการณ์บุคคล

บุคคลแต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่บุคคลคล้อยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรมการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิม ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายามและไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้น อาจเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตามแนวคิดของ Bandura (1997) นั้นเชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะ

ของตนเองเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่หวังจากบุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะเก็บไว้ในความทรงจำ และต้องขจัดออกไป เพื่อให้ การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดร่วมด้วย จะบันทึกไว้เป็นความจำพฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ Pender (1996) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะ เช่น การรับรู้ว่าร่างกายแข็งแรงอาจมีพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหาร เป็นต้น

อารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ

ปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะนั้นเป็นแรงจูงใจและเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการจัดกระทำทางการพยาบาล ปัจจัยย่อย ๆ ในด้านนี้ ได้แก่

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action)

การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใด ขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมและยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ การที่บุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง แม้จะไม่เพียงพอที่จะนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จำเพาะเจาะจงนั้น ๆ การที่บุคคลรับรู้ ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของการรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การที่ทำให้บุคคลรู้สึกตื่นตัว และลด ความอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับการรับรู้ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับสิ่งตอบแทนอื่น ๆ เช่น การได้รับรางวัล หรือการได้เข้าร่วมกลุ่มจากสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่ การรับรู้ประโยชน์ภายในเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะช่วยให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers to action)

การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคมีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติพฤติกรรม อุปสรรคนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิด หรือเป็นสิ่งที่มียุ่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น เลิกสูบบุหรี่ เลิกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง แล้วหันมาดำเนินชีวิตตามวิถีทางเพื่อสุขภาพนับเป็นอุปสรรคสำคัญ การรับรู้อุปสรรค จะเป็นแรงผลักดันภายในให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อม และรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อยบุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้น การรับรู้อุปสรรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy)

การที่บุคคลรู้ทักษะหรือความสามารถของตนเองเนแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคล พัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน 1) ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น 2) ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการณ์ปฏิบัติของผู้อื่นแล้วมาเปรียบเทียบกับตนเอง 3) การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ซึ่งทำให้สามารถนำเอาความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปฏิบัติ และ 4) สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตน

ในแบบการจำลองการส่งเสริมสุขภาพนี้ การรับรู้สมรรถภาพของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้นึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ ยิ่งบุคคลมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรู้สมรรถนะมากขึ้น และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรค กล่าวคือ การที่บุคคลยิ่งรู้สมรรถนะ ในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็จะยิ่งรับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคละเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (active-related affect)

บุคคลที่เกิดความรู้สึกทั้งในขณะก่อน ระหว่าง หรือหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากพฤติกรรมนั้น ๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกอาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึก นึกคิด ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อมในขณะปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมนี้จะมีผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ หรือปฏิบัติพฤติกรรมอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ

ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยง ไม่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้น การประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็น

อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences)

เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคมกำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับ หรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบอย่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติ

อิทธิพลจากสถานการณ์ (situational influences)

การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงามตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งเห็นได้ชัด ในส่วนสุขภาพที่ผู้คนรวมกลุ่มออกกำลังกายกันมาก จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นการให้สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลโดยอ้อมจากเจตจำนงในการปฏิบัติ

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (commitment to a plan of action)

เจตจำนงในการปฏิบัติจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากมีความต้องการและความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำเว้นเสียแต่ความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมที่บุคคลอื่นชื่นชอบจนเปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการตามทางความคิด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลาสถานที่ที่กำหนดเอาไว้โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชื่นชอบ และการหากลวิธีที่จะกระทำ และ

เสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากกลวิธีที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เข้ามาอย่างกะทันหันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อยเนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานด่วนต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลังอำนาจผลักดันให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

แนวคิดและแบบจำลอง PRECEDE Framework PRECEDE Model

Green & Krueter (1999) เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรมพัฒนาโดยลอเรนซ์ กรีน มีวัตถุประสงค์เพื่อ นำมาใช้ในการประเมินผลโครงสร้างงานสุขศึกษาต่าง ๆ เนื่องจากงานด้าน สุขศึกษา ได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามาก วิธีการขั้นตอนในการดำเนินการวางแผนและ การประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ กรีนและผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ (John Hopkins University) ได้พัฒนา PRECEDE สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัยและประเมินผล โครงการสุขศึกษาและโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์โดยเริ่มจากเป้าหมายและสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง

หลังจากนั้น ในปี ค.ศ.1980 กรีนได้ร่วมกับมาร์เชลล์ครูเตอร์ (Marshall Krueter) ได้พัฒนา PROCEED เพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหาร เป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PRECEDE ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกล นอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษาหรือสุขศึกษาแล้วยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการและเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครอบครัว การดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกายจิตใจและสังคมมากยิ่งขึ้นหลังจากนั้นได้มีการพัฒนาปรับปรุง PRECEED-PROCEDE Model ต่อมาเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างกระชับและสมบูรณ์มากขึ้น

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วย ส่วน ประกอบ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Enabling and Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่สองเป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและการประเมินผลส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy, Regulatory, and Organization Constructs in Education and Environmental Development) โดยแบ่งเป็นรายละเอียดขั้นตอนที่เริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้าย ที่ต้องการให้เกิดขึ้นซึ่งตามทฤษฎี คือ คุณภาพชีวิต หรือการมีสุขภาพที่ดีมีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ การประเมินทางสังคม การประเมินทางระบาดวิทยา พฤติกรรม สภาพแวดล้อม การวิเคราะห์ ทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการบริหาร นโยบายและการปรับกำหนดแนวทาง การปฏิบัติงานตามแผนและการประเมินผล ซึ่งจะกล่าวโดยสรุป

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม (Phase 1: Social Assessment) เป็น การพิจารณา และประเมิน “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการประเมินโดย การประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่นผู้ป่วยนักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน เป็นต้น โดยสิ่งที่ประเมินได้จะต้องเป็นตัวชี้วัดและเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Assessment) เป็นการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกันรวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับพันธุกรรม ซึ่งถึงแม้ว่ายังไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าพันธุกรรมมีผลต่อภาวะสุขภาพ ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายของโรคการ วิเคราะห์ทางระบาดวิทยา จะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไปนอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางสุขภาพและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมโดยใช้ตัวเองได้แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือบุคคลอื่นอิทธิพลต่อองค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมมนุษย์โดยชี้ให้เห็นว่าแผนงานโครงการนี้เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์จำเป็นต้องพิจารณาสิ่งผลักดันต่าง ๆ ในสังคมที่จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือองค์กรที่เล็กลงมาก็ได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Educational and Ecological Assessment) ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคลเพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหาคอขวดด้วย 3 กลุ่มปัจจัยได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมา ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากระบบการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งมีผลทั้งการสนับสนุนและยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ แต่ละบุคคล อาทิ เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสภาพ ทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และขนาดของครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชนรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อาทิเช่น ราคาของบริการ ระยะทางเวลาที่ใช้ สิ่งสำคัญคือการหาง่าย (Availability) และความสามารถที่จะเข้าถึง (Accessibility) แหล่งทรัพยากรรวมทั้งทักษะใน การปฏิบัติพฤติกรรม และกฎหมายก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อเช่นกัน

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใดลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครูอาจารย์หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือนการให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับการเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดย อาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินทางการบริหารนโยบายและการปรับกำหนดแนวทาง (Phase 4: Administrative Policy Assessment and Intervention Alignment) ขั้นนี้เป็น การประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรรวมทั้งด้านการบริหารเพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผน อาจพบว่ามีความหลากหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนและดำเนินงาน เช่น การจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบายหรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะแก้ไขได้ โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปนอกจากนี้ในขั้นนี้จะเกี่ยวข้องกับการกำหนดกลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมโดยพิจารณา

ถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชนสถานที่ประกอบการโรงงาน โรงเรียน คลินิก สุขภาพหรือสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแผน (Phase 5: Implementation) เป็นการดำเนินงานตามกลวิธีวิธีการและกิจกรรม โดยระบุผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 6, 7, 8 การประเมินผล (Phase 6, 7, 8: Evaluation) ขั้นตอนนี้จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินและดัชนีชี้วัดไว้ อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลจะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับคือการประเมินโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน การประเมินผลกระทบของโครงการและท้ายสุดคือการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วาสนา สิทธิกัน และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง การมีเครือข่ายทางสังคม ในระดับปานกลาง และระดับสูง

จันทนา สารแสง (2561) ได้ทำการศึกษา เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษายังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอยางตลาด จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ยกเว้น ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในส่วนการศึกษา เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001, 0.002, \geq 0.0001$ และ 0.002 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการพัฒนา จิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = \geq 0.0001, 0.002, \geq 0.0001, 0.001, \geq 0.0001$ และ ≥ 0.0001 ตามลำดับ)

ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาตามมิติของการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ด้านจิตวิญญาณมีคะแนนเฉลี่ยสูง ขณะที่มิติด้าน การทำกิจกรรมออกกำลังกายและความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านสื่อหอกระจายข่าว โทรทัศน์ และวิทยุ

ชลธิชา ไพจิตร (2562) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษา พบว่า ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ภักจิรา ภูสมศรี และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลหนองซำซาก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ศิริรัตน์ จำปีเรือง และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมืองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ด้านนโยบาย การส่งเสริมสุขภาพ การมีและเข้าถึงทรัพยากรที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จรรยา ธัญน้อม (2562) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า 1. ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน โดยภาพรวมและรายปัจจัย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ 2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ด้านการปฏิบัติตนใน

ภาวะเจ็บป่วย ด้านการบริโภคอาหาร และ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
จังหวัดลำพูน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง

ลักขณา พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ (2562) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ลัดดา พลพุดธา และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านนากระต๊อบ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจิตวิญญาณ และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดี เรียงลำดับค่าคะแนนเฉลี่ย จากมาก ไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย

คุณสปรณ์ มัคคัปปหลานนท์ และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยคัดสรร ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.497, p < .01$) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.161, p < .05$) และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.180, p < .05$)

อักษร อยู่วัง และบัวทอง สว่างโสภาคกุล (2563) ได้ทำการศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การงูใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การงูใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การงูใจตนเอง มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์แท่น อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ระดับปานกลาง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ปัจจัยนำ (ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ) และปัจจัยเสริม (เครือข่ายสังคม) เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ ส่วนปัจจัยเอื้อ (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรวิกา พรหมจวง และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความดันโลหิตเฉลี่ย 145.95/85.67 มม.ปรอท พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 68.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.713$ และ $\beta = 0.140$; $R^2 = 0.685$, $p < 0.01$)

ธิดิรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรคประจำตัวไข่มโนในเลือด ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคประจำตัวโรคหัวใจ สถานภาพสมรส และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้

ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษา โรคประจำตัว และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง

บังอรศรี จินดาวงศ์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2563) ได้ทำการศึกษา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้สูงอายุ ได้รับ

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิราวัลย์ เहरา และวิจิตรา ปัญญาชัย (2565) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ในขณะที่ด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

Zhuori et al. (2019) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทของจีน (การวิเคราะห์เมตา) ผลการศึกษาพบว่า 1) การสนับสนุนแบบอัตนัยมากกว่าการสนับสนุนตามวัตถุประสงค์ มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างมิติอื่น ๆ ของการสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนตามวัตถุประสงค์ 2) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทใน กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับภาคตะวันตกมีความอ่อนไหวต่อการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาคตะวันตก 3) ในกลุ่มผู้สูงอายุในชนบท การสนับสนุน ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุชายสูงอายุมีแนวโน้มที่จะปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นกว่าสำหรับหญิงสูงอายุที่อายุน้อยกว่า และ 4) นอกจากนี้ ทั้งแหล่งข้อมูลและแบบจำลองทางเศรษฐมิติส่งผลกระทบอย่างมากต่อความแตกต่างของผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท

Chen & Hsieh (2021) ได้ทำการศึกษาการใช้รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพของ Pender เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน ผลการศึกษาพบว่า อายุ การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผลประโยชน์ที่ได้รับมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นที่สุดกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.305$; $p < 0.05$) ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลแก่การทำนายและตรวจหาปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชุมชนเป็นหลักกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบจำลองนี้เป็นกรอบงาน นักวิจัยสามารถออกแบบเฉพาะเจาะจงมากขึ้น การศึกษาที่มุ่งสู่การปรับปรุงวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีและ การตรวจสอบองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มอายุต่าง ๆ

Kim et al. (2020) ได้ทำการศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความโกรธที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้หญิงเกาหลี ที่มี ความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกาย มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ตามมาด้วยโดย ภาวะซึมเศร้า ลักษณะความโกรธ การควบคุมความโกรธ ศาสนา และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะความโกรธและการควบคุมความโกรธ คือละบุว่ามีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากการออกกำลังกาย ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ ศาสนา และการรับรู้ความสามารถของตนเองจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ การแทรกแซงทางการพยาบาลซึ่งให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านี้เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีสูงอายุในชุมชนเกาหลี

Oh (2020) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีสูงอายุในเกาหลี: แบบจำลองสมการ จุดประสงค์ของการศึกษานี้คือเพื่ออธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีสูงอายุในเกาหลีได้โดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาโดย เพนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำและ การสนับสนุนทางสังคมส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การแทรกแซง ควรมุ่งหมายเพื่อปรับปรุง การสนับสนุนทางสังคมโดยตรงและการรับรู้ถึงผลประโยชน์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Korkmaz Aslan et al. (2019) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการสูงวัย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในตุรกี ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการสูงวัย ระดับย่อยของการสูญเสียทางจิตสังคม และ การศึกษา เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติต่อการสูงวัยเป็นตัวทำนายที่ชัดเจนที่สุดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

Xie et al. (2022) ได้ทำการศึกษา การรับรู้ความสามารถด้านสุขภาพและประสบการณ์สุขศึกษาทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทของจีน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถด้านสุขภาพสูงกว่า ($\beta = 0.66$, $P < 0.001$), กิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.254$, $P < 0.001$), มีการตรวจร่างกาย ($\beta = 0.107$, $P < 0.001$) แต่งงานแล้ว ($\beta = 0.189$, $P < 0.001$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ($\beta = 0.189$, $P < 0.001$) และมีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนมากกว่า 1,000 เยน ($\beta = 0.085$, $P = 0.007$) มีระดับการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ในขณะที่ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวต่ำกว่าการใช้ชีวิตร่วมกับคู่สมรสหรือผู้อื่น ($\beta = -0.192$, $P < 0.001$) การรวมกันของตัวแปรข้างต้นคิดเป็น 69.1% ของความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทของจีนมีระดับต่ำ การรับรู้ความสามารถด้านสุขภาพ และประสบการณ์กิจกรรมสุขศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญ สองประการที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โครงการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่ มุ่งปรับปรุงการรับรู้ความสามารถด้านสุขภาพและการรู้หนังสือด้านสุขภาพผ่านกิจกรรมสุขศึกษาอาจเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาที่พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งปัจจัยภายใน ตัวบุคคลและภายนอกบุคคล ซึ่งกล่าวได้ว่าต้องอาศัยปัจจัยประกอบกันหลาย ๆ ด้าน มาสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE MODEL ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเกิดขึ้นได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ต้องมาจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ เพนเดอร์ ซึ่งเป็นทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญ ทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นเป้าหมายสุดท้าย เมื่อผู้สูงอายุได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน ในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดนำเสนอเป็นแผนภาพความสัมพันธ์ ดังภาพ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey Research) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อประเมินระดับพฤติกรรมและเพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กำหนดวิธีดำเนินงานวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำแนกตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) มีผลรวม คะแนน ADL ≥ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) สัญชาติไทย ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวนทั้งสิ้น 799 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2565ก)

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชากร กำหนดคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตร Wayne (1995) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 232 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากวิจัยระหว่างที่ศึกษา และการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % จึงได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 256 คน
สูตร Wayne (1995)

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n หมายถึง จำนวนขนาดตัวอย่าง

N หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลช่องลม

อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวนทั้งสิ้น 799 คน

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2565ก)

Z หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ $0.05 = 1.96$

σ หมายถึง ระดับความแปรปรวน (กำหนดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.38, SD = 0.46)

ใช้ค่า 0.46 (ลักษณะ พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ, 2562)

α หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง = 0.05

d หมายถึง สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ = 0.05
(ระดับความเชื่อมั่น 95%)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{799(0.37^2)(1.96^2 \frac{1-0.05}{2})}{(0.05^2)(799-1) + (0.46^2)(1.96^2 \frac{1-0.05}{2})}$$

$$n = 232$$

สำหรับการศึกษานี้ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 232 คน ทั้งนี้ กำหนด attrition rate ที่ร้อยละ 10

ผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการศึกษานี้จะทำการเก็บ ข้อมูล

กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 256 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ซึ่งเป็นสุ่มแบบ เท่าเทียมกัน จนได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 256 คน โดยการนำจำนวนประชากรผู้สูงอายุตำบลช่องลม จำนวน 8 หมู่บ้าน ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 799 คน คำนวณหาช่วงของการสุ่มดังนี้

$$\text{สูตร } K = N/n$$

เมื่อกำหนดให้

K คือ ช่วงของการสุ่ม

N คือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

n คือ ขนาดตัวอย่างที่ทำการศึกษา

แทนค่าในสูตร

$$K = 799/256$$

$$K = 3.1$$

ดังนั้น ช่วงของการสุ่ม เท่ากับ 3

เมื่อได้ช่วงของการสุ่มแล้ว นำรายชื่อประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร นำมาเรียงลำดับดังนี้

1. เรียงรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตามลำดับจากบ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ 1 ถึง บ้านเลขที่สุดท้ายของหมู่ที่ 8 ตามลำดับ
2. ใส่หมายเลขจากหมายเลขที่ 1 ถึง หมายเลขที่ 799 ตามลำดับรายชื่อที่ได้เรียงแล้วข้างต้น
3. ทำการสุ่มเลือกที่จะเริ่มต้นจากหมายเลขใด จาก 1 ถึง 3 เป็นหมายเลขแรกเมื่อได้หมายเลขเริ่มต้นแล้ว เริ่มสุ่มคนต่อไป โดยข้ามไปที่ละ 3 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างศึกษา (หากยังไม่ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างศึกษา ให้นำวนกลับมาอีกรอบเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างศึกษา เท่ากับ 256 คน)

จากการสุ่มหมายเลขเริ่มต้น ได้หมายเลข....3.....											
↓	↓	↓							↓		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
.....799 = 256											

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ใช้ในการศึกษา

ลำดับที่	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม (คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
1	1	ช่องลม	109	36
2	2	เกศกาสร	141	47
3	3	บึงกระดาน	43	14
4	4	ปรีอพนไถ	115	38
5	5	วังยาง	125	41
6	6	เพชรสุวรรณ	95	31
7	7	คลองเจริญ	116	38
8	8	บึงพระนางทอง	55	11
รวม			799	256

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร, 2565ก)

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป สัญชาติไทย
2. เป็นผู้สูงอายุที่คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) มีผลรวม คะแนน ADL ≥ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ในระบบ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
3. ไม่จำกัดเพศ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อาสาสมัคร ที่มีการบกพร่องทางการสื่อสาร เช่น เป็นใบ้ หูหนวก ตาบอด เป็นต้น
2. เสียชีวิตระหว่างการศึกษา
3. อาสาสมัคร ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
4. อาสาสมัครเกิดความเจ็บป่วยกะทันหัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม โดยให้ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัย จะเป็นผู้ชี้แจง ข้อคำถามให้ฟังและให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตอบคำถาม โดยแบบสอบถามสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

เป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม การดำรงตำแหน่งในสังคม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม โดยแบ่งออกเป็น

7 ส่วน

ปัจจัยนำ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 12 ข้อ โดยมีค่าของระดับคะแนนระหว่าง 0-12 ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์พิจารณาระดับความรู้

แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1968) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับคะแนน

ระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน

ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79) คะแนนอยู่ระหว่าง 8-9 คะแนน

ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80) คะแนนอยู่ระหว่าง 10-12 คะแนน

ส่วนที่ 2 ทักษะการส่งเสริมสุขภาพ

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด (เนาวรัตน์ ช่างไม้, 2556) ลักษณะคำถาม มี ทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน	4	1
เห็นด้วยมาก ให้คะแนน	3	2
เห็นด้วยน้อย ให้คะแนน	2	3
เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน	1	4

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายรายข้อและผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับทัศนคติรายข้อ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ทัศนคติระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ทัศนคติระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง ทัศนคติระดับสูง

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับทัศนคติผลรวม แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{48 - 12}{3} = 12$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 12-23 คะแนน คือ ทัศนคติ ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 24-35 คะแนน คือ ทัศนคติ ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 36- 48 คะแนน คือ ทัศนคติ ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวก

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน	4	1
เห็นด้วยมาก ให้คะแนน	3	2
เห็นด้วยน้อย ให้คะแนน	2	3
เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน	1	4

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายรายข้อและผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

รายข้อ แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับปาน

กลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับสูง

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลรวม

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{36 - 9}{3} = 9$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 9-17 คะแนน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-26 คะแนน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับ

ปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 27- 36 คะแนน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ

ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงลบ

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน	4	1
เห็นด้วยมาก ให้คะแนน	3	2
เห็นด้วยน้อย ให้คะแนน	2	3
เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน	1	4

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายรายชื่อและผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ รายข้อ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ระดับสูง

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ผลรวม

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{36 - 9}{3} = 9$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 9-17 คะแนน คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-26 คะแนน คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 27- 36 คะแนน คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ระดับสูง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ

ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ลักษณะคำถามเป็นคำถาม เชิงบวก

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน	4	1
เห็นด้วยมาก ให้คะแนน	3	2
เห็นด้วยน้อย ให้คะแนน	2	3
เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน	1	4

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายรายชื่อและผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ รายข้อ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ ระดับสูง

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ ผลรวม

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{48 - 12}{3} = 12$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 12-23 คะแนน คือ การรับรู้ประโยชน์ ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 24-35 คะแนน คือ การรับรู้ประโยชน์ ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 36- 48 คะแนน คือ การรับรู้ประโยชน์ ระดับสูง

ปัจจัยเอื้อ

ส่วนที่ 6 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย และได้รับน้อยที่สุด ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวก

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ได้รับมากที่สุด ให้คะแนน	4	1
ได้รับมาก ให้คะแนน	3	2
ได้รับน้อย ให้คะแนน	2	3
ได้รับน้อยที่สุด ให้คะแนน	1	4

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายรายชื่อและผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับปัจจัยเอื้อ รายข้อ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ปัจจัยเอื้อ ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ปัจจัยเอื้อ ปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง ปัจจัยเอื้อ ระดับสูง

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับปัจจัยเอื้อ ผลรวม

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{24 - 6}{3} = 6$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 6-11 คะแนน คือ การได้รับปัจจัยเอื้อ ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 12-17 คะแนน คือ การได้รับปัจจัยเอื้อ ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-24 คะแนน คือ การได้รับปัจจัยเอื้อ ระดับสูง

ปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 7 การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย และได้รับน้อยที่สุด ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวก

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ได้รับมากที่สุด ให้คะแนน	4	1
ได้รับมาก ให้คะแนน	3	2
ได้รับน้อย ให้คะแนน	2	3
ได้รับน้อยที่สุด ให้คะแนน	1	4

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายรายชื่อและผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับปัจจัยเสริม รายข้อ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ปัจจัยเสริม ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ปัจจัยเสริม ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง ปัจจัยเสริม ระดับสูง

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับปัจจัยเสริม ผลรวม

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{36 - 9}{3} = 9$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 9-17 คะแนน คือ ปังจัยเสริม ระดับต่ำ

ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-26 คะแนน คือ ปังจัยเสริม ระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 27- 36 คะแนน คือ ปังจัยเสริม ระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender (2011) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวก

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติมากที่สุด ให้คะแนน	4	1
ปฏิบัติมาก ให้คะแนน	3	2
ปฏิบัติน้อย ให้คะแนน	2	3
ปฏิบัติน้อยที่สุด ให้คะแนน	1	4

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายรายชื่อและผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์ การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายข้อ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำ
 ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง
 ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับสูง
 ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลรวม
 แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{72 - 18}{3} = 18$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-35 คะแนน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำ
 ระดับคะแนนเฉลี่ย 36-53 คะแนน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง
 ระดับคะแนนเฉลี่ย 54- 72 คะแนน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับสูง

การพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยร่างแบบสอบถาม
 เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (Index of Item-Objective Congruence:
 IOC) เพื่อขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา
 ครั้งนี้ และเมื่อได้ข้อเสนอแนะแล้วผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้ใน การเก็บ
 ข้อมูลในการศึกษาต่อไป โดยกำหนดเกณฑ์มากกว่า 0.5 ขึ้นไป หากข้อคำถามนั้นสามารถวัดได้ตรง
 ตามวัตถุประสงค์ และสามารถใช้อ้างอิงนั้นในการเก็บข้อมูลได้ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนน
 ดังนี้

คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับ
 วัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

$$\sum R$$

N
 เมื่อ IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

ซึ่งจากการตรวจสอบได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ภาพรวม เท่ากับ 0.67-1.00

2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไป ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบลพื้นที่ตำบลหนองหลวง อำเภอаланกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ดำเนินการศึกษา โดยทำการทดสอบแบบสอบถาม จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ ข้อมูลสำเร็จรูป ซึ่งค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จะต้องมีความเชื่อมั่น ไม่น้อยกว่า 0.7 โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความน่าเชื่อถือ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.842 และเมื่อแยกตามส่วนของแบบสอบถาม มีค่าความน่าเชื่อถือ (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

แบบสอบถามปัจจัยนำ มีค่าความน่าเชื่อถือ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.804

แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ มีค่าความน่าเชื่อถือ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.717

แบบสอบถามปัจจัยเสริม มีค่าความน่าเชื่อถือ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.812

แบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีค่าความน่าเชื่อถือ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.867

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ สามารถตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษานี้ได้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลและคำตอบทุกอย่างจะถือเป็นความลับจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์เท่านั้น และไม่มีการนำเสนอแบบรายบุคคลแต่นำเสนอในลักษณะภาพรวม ในการกรอกแบบสอบถามจะไม่มีการใส่ชื่อ – สกุล แต่จะมีเพียงรหัสเพื่อเป็น การรักษาสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ – สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข โครงการจริยธรรม P2-0038/2566 รับรองเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และมีขั้นตอน ในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงนายกเทศมนตรีตำบลช่องลม แลผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การศึกษาวิจัยและขออนุญาตให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุขของตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ เพื่อให้เป็น ผู้ช่วยนักวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตให้ความร่วมมือใน การเก็บ ข้อมูล โดยมีการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน มีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

2.2 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ

2.3 สามารถอ่านออก เขียนได้ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งสาธิต การเก็บข้อมูล

3. จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อผู้นำชุมชนของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และกำหนดวันเก็บข้อมูลร่วมกัน เพื่อให้ผู้นำชุมชนของแต่ละหมู่บ้านประสาน นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูล ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หรือ ศาลา เอนกประสงค์ของแต่ละหมู่บ้านตามที่ วันและเวลา ที่ได้มีการกำหนดไว้

5. จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อน การเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถปฏิเสธและยกเลิกการให้ข้อมูล ได้ตามความต้องการ และผู้วิจัยทำ การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป SPSS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัย เสริม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่

2.1 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) และการวิเคราะห์ Chi-square (Fisher's Exact test) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2.2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีการตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้น เกี่ยวกับค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์ (error or residual: e) ก่อน ซึ่งหากผลการทดสอบเป็นไปตามเงื่อนไขข้อตกลงจึงจะใช้สถิติ วิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณขั้นตอน ที่มีการเลือกตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ในแต่ละขั้น เริ่มจากขั้น ที่หนึ่งจนถึงขั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับ ตัวเกณฑ์มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มี ความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นน้อยที่สุดตามลำดับ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional studies) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมและเพื่อ บ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 256 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพ และ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 256)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	120	46.90
หญิง	136	53.10
รวม	256	100.00
อายุ (ปี)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	147	57.40
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	89	34.80
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)	20	7.80
$\bar{X} = 69.18$, S.D. = 6.35, Min = 60, Max = 86		
สถานภาพสมรส		
โสด	11	4.30
สมรส	182	71.10
หม้าย/หย่า/แยก	63	24.60
รวม	256	100.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	109	42.60
เกษตรกร	123	48.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	2.30
รับจ้าง	17	6.60
อื่น ๆ	1	0.40
รวม	256	100.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
600-12,950	252	98.40
12,951-25,301	3	1.20
37,253 ขึ้นไป	1	0.40
$\bar{X} = 2,321.33$, S.D. = 3,888.107, Min = 600, Max = 50,000		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 256)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	49	19.10
ประถมศึกษา	198	77.30
มัธยมศึกษา	7	2.70
ปริญญาตรี	2	0.80
รวม	256	100.00
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	107	41.80
มี	149	58.20
โรคหัวใจ	10	3.90
โรคความดันโลหิตสูง	122	47.70
โรคเบาหวาน	44	17.20
โรคปวดข้อและกระดูก	20	7.80
โรคเกี่ยวกับตา	6	2.30
อื่น ๆ	21	8.20
การเป็นสมาชิกชมรม		
เป็นสมาชิกชมรม	90	35.20
ไม่เป็นสมาชิกชมรม	166	64.80
รวม	256	100.00
การดำรงตำแหน่งในสังคม		
มี	23	9.00
ไม่มี	233	91.00
รวม	256	100.00

จากตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.10 และเพศชาย ร้อยละ 46.90 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 57.40 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 34.80 และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 7.80 ตามลำดับ

และมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 69.18 ปี ในส่วนถัดมาคือสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.10 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 24.60 และ โสด ร้อยละ 4.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.6 ถัดมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 6.60 ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 2.30 และ อื่น ๆ ร้อยละ 0.40 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 600-12,950 บาท ร้อยละ 98.40 และรายได้รวมเฉลี่ย 2,321.33 บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.30 รองลงมาคือ ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 19.10 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 2.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.20 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.70 และรองลงมา คือ เบาหวาน 17.2 ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 64.80 และไม่มีการดำรงตำแหน่งในสังคม ร้อยละ 91.00

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายข้อ (n = 256)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.
1. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วยป้องกันไม่ให้ท้องผูก	0.93	0.263
2. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3-4 แก้วเท่านั้น	0.55	0.498
3. การทำงานอดิเรกทำ เช่น การปลูกผัก รดน้ำต้นไม้ ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้	0.90	0.303
4. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ <u>ช่วยให้</u> กล้ามเนื้อปอดและหัวใจทำงานดีขึ้น	0.97	0.163
5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 20-30 นาที	0.90	0.297
6. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	0.84	0.371

ตาราง 3 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.
7. การปรึกษากับครอบครัว เช่น สามี ภรรยา และลูกหลาน จะทำให้ผ่อนคลายความทุกข์ใจได้	0.98	0.124
8. การเข้าวัด ประกอบพิธีทางศาสนา สามารถแก้ไขปัญหาดังจิตใจได้	0.94	0.235
9. การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ช่วยให้เกิดความปรองดอง เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น	0.97	0.174
10. การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่นย่อมนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดี	0.96	0.185
11. ความเจริญทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกที่เป็นสุข และพึงพอใจในชีวิต	0.91	0.292
12. การให้ทาน รักษาศีล การสวดมนต์ ทำให้เกิดความเมตตา กรุณา และเกิดการเจริญ ทางจิตวิญญาณ	0.89	0.308

จากตาราง 3 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 7. การปรึกษากับครอบครัว เช่น สามี ภรรยา และลูกหลาน จะทำให้ผ่อนคลายความทุกข์ใจได้ ($\bar{X} = 0.98$, S.D. = 0.124) รองลงมา คือ ข้อที่ 9. การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ช่วยให้เกิดความปรองดอง เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ ($\bar{X} = 0.97$, S.D. = 0.174) และข้อที่ 4. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ กล้ามเนื้อปอดและหัวใจทำงานดีขึ้น ($\bar{X} = 0.97$, S.D. = 0.163) ส่วนรายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 12. การให้ทาน รักษาศีล การสวดมนต์ ทำให้เกิดความเมตตา กรุณา และเกิดการเจริญ ทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 0.89$, S.D. = 0.308) รองลงมา คือ ข้อที่ 6.การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{X} = 0.84$, S.D. = 0.371) และข้อที่ 2. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3-4 แก้วเท่านั้น ($\bar{X} = 0.55$, S.D. = 0.498)

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ (n = 256)

ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	11	4.30
ปานกลาง	40	15.60
สูง	205	80.10

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.10 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.60 และ
ระดับต่ำ ร้อยละ 4.30

2. ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ รายข้อ (n = 256)

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านคิดว่าอาหารรสเค็มจัดไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้เกิดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพตามมาได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น	3.50	0.547	สูง
2. ท่านคิดว่า การไปตรวจสุขภาพประจำปี เป็นเรื่อง ยุ่งยากสำหรับท่าน	2.95	0.882	ปานกลาง
3. ท่านไม่สามารถกินเนื้อสัตว์ติดมันได้ เนื่องจาก เนื้อสัตว์ติดมันอร่อยกว่าเนื้อสัตว์ล้วน ๆ	2.57	0.737	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่า การหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง อาหารที่ทอดในน้ำมันมาก ๆ เป็นสิ่งที่เหมาะสม	2.88	0.925	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่า การออกกำลังกายช่วยให้ไม่เหงาและผ่อนคลาย ความเครียด	3.11	0.663	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
6. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3.04	0.685	สูง
7. ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาช่วยจัดการ กับความเครียดได้	3.13	0.671	สูง
8. ท่านคิดว่าการสวดมนต์ นั่งสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ	3.09	0.713	สูง
9. ท่านคิดว่าการได้พูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน บ้านช่วยเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	3.24	0.640	สูง
10. ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ทำให้เกิด ความสามัคคีและเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่นได้	3.09	0.566	สูง
11. ท่านคิดว่า การชื่นชมประสบการณ์ของตนเองทำให้ ท่านมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต	3.17	0.600	สูง
12. ท่านคิดว่าการให้ทาน รักษาศีล ทำให้เกิดความ เมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ ใจเป็นสุข	3.17	0.638	สูง

จากตาราง 5 พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติอยู่ใน ระดับสูง จำนวน 9 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 1. ท่านคิดว่าอาหาร รสเค็มจัดไม่เหมาะกับ ผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้เกิดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพตามมาได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.547) รองลงมา คือ ข้อที่ 9.ท่านคิดว่า การได้พูดคุยกับคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านช่วยเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ($\bar{X} = 3.24$, S.D. = 0.640) ข้อที่ 11. ท่านคิดว่า การชื่นชมประสบการณ์ของตนเองทำให้ท่านมีความสุขและ พึงพอใจในชีวิต ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.600) ข้อที่ 12. ท่านคิดว่าการให้ทาน รักษาศีล ทำให้เกิดความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ ใจเป็น สุข ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.638) และ ข้อที่ 7.ท่านคิดว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาช่วยจัดการกับ ความเครียดได้ ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 0.671) ส่วนรายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2. ท่านคิดว่าการไป ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.882) รองลงมา คือ ข้อที่ 4. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ทอดในน้ำมันมาก ๆ เป็นสิ่งที่

เหมาะสม ($\bar{X} = 2.88$, S.D. = 0.925) และข้อที่ 3. ท่าน ไม่สามารถงดกินเนื้อสัตว์ติดมันได้ เนื่องจากเนื้อสัตว์ติดมันอร่อยกว่าเนื้อสัตว์ล้วน ๆ ($\bar{X} = 2.57$, S.D. = 0.737)

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ (n = 256)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	1	0.4
ปานกลาง	98	38.3
สูง	157	61.3

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนทัศนคติพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่าง

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ของกลุ่มตัวอย่าง รายข้อ (n = 256)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้	3.22	0.763	สูง
2.ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานผัก และผลไม้ได้เป็น ประจำวัน	3.19	0.656	สูง
3.ท่านมั่นใจว่าสามารถดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังระหว่างวันได้	2.68	0.718	ปานกลาง
4.ท่านมั่นใจว่าสามารถเลือกกินอาหาร ที่ ปรุงสุกและ สะอาด	3.44	0.535	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
5. ท่านเลือกการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน	2.99	0.623	ปานกลาง
6. ท่านสามารถปรึกษากับผู้ใกล้ชิดได้ เมื่อท่านมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจ	3.04	0.569	สูง
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้อื่นได้ดี	3.14	0.633	สูง
8. ท่านสังเกตร่างกายที่ผิดปกติได้ด้วยตนเอง	3.05	0.592	สูง
9. ท่านมีวิธีดูแลจิตใจให้เป็นสุข ทุกวัน ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือทำงานอดิเรก	3.10	0.628	สูง

จากตาราง 7 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อ พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ อยู่ในระดับสูง จำนวน 7 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 4. ท่านมั่นใจว่าสามารถเลือกกินอาหารที่ปรุงสุกและสะอาด ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.535) รองลงมาคือข้อที่ 1.ท่านมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.763) และข้อที่ 2. ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานผัก และผลไม้ได้เป็นประจำทุกวัน ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.656) ส่วนรายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 6.ท่านสามารถปรึกษากับผู้ใกล้ชิดได้ เมื่อท่านมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจ ($\bar{X} = 3.04$, S.D. = 0.569) รองลงมา คือข้อที่ 5. ท่านเลือกการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ของท่าน ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 0.623) และข้อที่ 3. ท่านมั่นใจว่าสามารถดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังระหว่างวันได้ ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = 0.718)

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (n = 256)

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	1	0.8
ปานกลาง	95	37.1
สูง	156	62.1

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.1

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง รายข้อ (n = 256)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านงดกินอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด เปรี้ยวจัดไม่ได้ เนื่องจากความเคยชิน	2.40	0.760	ปานกลาง
2. ท่านไม่สามารถดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังได้ เพราะเครื่องดื่มเหล่านี้ทำให้สดชื่นและหายอ่อนเพลีย	2.57	0.870	ปานกลาง
3. ท่านไม่ออกกำลังกายกลางแจ้ง เพราะทำให้ท่านเสียเวลาการทำงานในชีวิตประจำวัน	3.05	0.615	สูง
4. ท่านไม่ออกกำลังกายกลางแจ้ง เพราะกิจวัตรประจำวันและงานทำให้ ท่านเหนื่อยเกินกว่าจะออกกำลังกาย	3.04	0.694	สูง
5. ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะไม่มีสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย	3.01	0.694	สูง
6. การไปตรวจสุขภาพ ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย	3.18	0.656	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
7. การไปตรวจสุขภาพ เป็นเรื่องยากเพราะไม่มี คนพา ท่านไป	3.16	0.650	สูง
8. ท่านไม่ยอมทำกิจกรรมของชุมชนเพราะว่า รู้สึก เสียเวลา	3.28	0.598	สูง
9. การที่ท่านไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำบุญ ไหว้พระ ทำให้ท่านเสียเวลาและสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย	3.27	0.647	สูง

จากตาราง 9 พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง จำนวน 7 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 8. ท่านไม่ยอมทำกิจกรรมของชุมชนเพราะว่ารู้สึกเสียเวลา ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.598) รองลงมา คือ ข้อที่ 9. การที่ท่านไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำบุญ ไหว้พระ ทำให้ท่านเสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ($\bar{X} = 3.27$, S.D. = 0.647) และข้อที่ 6. การไปตรวจสุขภาพ ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 0.656) ส่วนรายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 5. ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะไม่มีสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.57$, S.D. = 0.870) และข้อที่ 1. ท่านงดกินอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด เปรี้ยวจัดไม่ได้ เนื่องจากความเคยชิน ($\bar{X} = 2.40$, S.D. = 0.760)

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 256)

ระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	3	1.20
ปานกลาง	116	45.30
สูง	137	53.50

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.30

5. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตาม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง รายข้อ (n = 256)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การกินอาหาร ครบ 5 หมู่ (โปรตีน, คาร์โบไฮเดรต, วิตามิน,เกลือแร่,ไขมัน) และเพียงพอเป็นผลดีต่อสุขภาพ	3.47	0.538	สูง
2. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมัน ช่วยลดภาวะเสี่ยงของ การเกิดโรคอ้วนและไขมันในเส้นเลือดสูง	3.32	0.553	สูง
3. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน จะช่วยให้ท้องไม่ผูก และขับถ่ายเป็นปกติ	3.37	0.499	สูง
4. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีรสจัด หวานจัด เค็มจัด ช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้	3.17	0.652	สูง
5. การตรวจสุขภาพประจำปี ช่วยประเมินความเสี่ยง และลดความรุนแรง ในการเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้	3.31	0.557	สูง
6. การนอนหลับพักผ่อน 6-8 ชม.จะทำให้ร่างกายสดชื่น	3.45	0.521	สูง
7. การนั่งสมาธิช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล	3.12	0.618	สูง
8. การที่ท่านได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อน ที่โรงเรียนผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่เหงาและช่วยผ่อนคลายความเครียดได้	3.16	0.691	สูง
9. การที่ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ดี ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	3.18	0.648	สูง

ตาราง 11 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
10. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 – 30 นาที ต่อเนื่องกันทำให้ร่างกายแข็งแรง	3.06	0.686	สูง
11. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายจะช่วยลดอาการบาดเจ็บได้	3.02	0.722	สูง
12. การทำงานอดิเรก เช่น ปลุกต้นไม้ ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด	3.19	0.619	สูง

จากตาราง 11 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 1. การกินอาหาร ครบ 5 หมู่ (โปรตีน, คาร์โบไฮเดรต, ไขมัน, วิตามิน, แร่ธาตุ) และเพียงพอเป็นผลดีต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.538) รองลงมาคือ ข้อที่ 6. การนอนหลับพักผ่อน 6-8 ชม. จะทำให้ร่างกายสดชื่น ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.521) และ ข้อที่ 3. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน จะช่วยทำให้ท้องไม่ผูก และขับถ่ายเป็นปกติ ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.499) ส่วนรายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 7. การนั่งสมาธิช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ($\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.618) รองลงมาคือ ข้อที่ 10. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 – 30 นาที ต่อเนื่องกันทำให้ร่างกายแข็งแรง ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.686) และข้อที่ 11. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายจะช่วยลดอาการบาดเจ็บได้ ($\bar{X} = 3.02$, S.D. = 0.722)

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (n = 256)

ระดับการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปานกลาง	48	18.8
สูง	208	81.2

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.8

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตาม การได้รับปัจจัยเอื้อ รายข้อ (n = 256)

การได้รับปัจจัยเอื้อ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ในชุมชนของท่านมีสถานที่ออกกำลังกาย	1.94	0.689	ต่ำ
2. ในชุมชนของท่านมีสถานที่พักผ่อน เช่น สวนสาธารณะ	1.83	0.708	ต่ำ
3. ในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ที่ทำให้ท่านสะดวกในการไปรับบริการ	3.17	0.682	สูง
4. ในชุมชนมีกิจกรรมทางศาสนาที่ท่าน สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้	2.81	0.617	ปานกลาง
5. ในชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุที่ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้	2.67	0.670	ปานกลาง
6. ท่านได้รับประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือการได้ประโยชน์จากโครงการหรือกิจกรรม ที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	2.77	0.759	ปานกลาง

จากตาราง 13 พบว่า การได้รับปัจจัยเอื้อ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อ พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 3.ในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่ทำให้ท่านสะดวกในการไปรับบริการ ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 0.682) รองลงมา คือ ข้อที่ 4. ในชุมชนมีกิจกรรมทางศาสนาที่ท่าน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ($\bar{x} = 2.81$, S.D. = 0.617) และข้อที่ 6. ท่านได้รับประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือการได้ประโยชน์จากโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 2.77$, S.D. = 0.759)

ส่วนรายชื่อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 5. ในชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุที่ท่าน สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.670) รองลงมา คือ ข้อที่ 1. ในชุมชนของท่านมีสถานที่ออกกำลังกาย ($\bar{X} = 1.94$, S.D. = 0.689) และข้อที่ 2. ในชุมชนของท่านมีสถานที่พักผ่อน เช่น สวนสาธารณะ ($\bar{X} = 1.83$, S.D. = 0.708)

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การได้รับปัจจัยเอื้อ (n = 256)

ระดับการได้รับปัจจัยเอื้อ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	12	4.70
ปานกลาง	216	84.4
สูง	28	10.9

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเอื้อ อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 84.4 รองลงมา คือ ได้รับระดับสูง ร้อยละ 10.9 และได้รับระดับต่ำ ร้อยละ 4.70

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การได้รับปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเครือข่ายทาง สังคม ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการได้รับ ปัจจัยเสริม รายข้อ (n = 256)

การได้รับปัจจัยเสริม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. บุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือในการจัดที่อยู่อาศัย ให้มีความสะดวก แก่ท่าน	3.23	0.535	สูง
2. ท่านได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.17	0.470	สูง
3. บุคคลในครอบครัวของท่านพาท่านไปออกกำลังกาย ที่สนามหรือสถานที่ออกกำลังกาย	2.37	0.825	ปานกลาง
4. บุคคลในครอบครัวของท่านให้กำลังใจเมื่อท่านเกิด ความท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวและปัญหาการเจ็บป่วย	3.06	0.636	สูง

ตาราง 15 (ต่อ)

การได้รับปัจจัยเสริม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเสียงตามวิทยุ หรือ แผ่นพับ	2.79	0.660	ปานกลาง
6. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากโทรทัศน์ หรือ อินเทอร์เน็ต (LINE/FACEBOOK/YOUTUBE)	2.74	0.769	ปานกลาง
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำช่วยเหลือท่านในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ	3.09	0.481	สูง
8. เพื่อนของท่านชักชวนท่านออกกำลังกาย	2.34	0.584	ปานกลาง
9. เพื่อนของท่านได้ชวนท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานบุญประจำปี ในหมู่บ้าน	2.85	0.630	ปานกลาง

จากตาราง 15 พบว่า การได้รับปัจจัยเสริม ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 1.บุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือในการจัดที่อยู่อาศัยให้มีความสะดวกแก่ท่าน ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.535) รองลงมาคือ ข้อที่ 2.ท่านได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.470) และข้อที่ 7.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำช่วยเหลือท่านในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.481) ส่วนรายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 6.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากโทรทัศน์หรืออินเทอร์เน็ต (LINE/FACEBOOK/YOUTUBE) ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.769) รองลงมา คือ ข้อที่ 3. บุคคลในครอบครัวของท่านพาท่านไปออกกำลังกายที่สนามหรือสถานที่ออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.37$, S.D. = 0.825) และข้อที่ 8. เพื่อนของท่านชักชวนท่านออกกำลังกาย($\bar{X} = 2.34$, S.D.= 0.584)

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับปัจจัยเสริม (n = 256)

ระดับปัจจัยเสริม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	1	0.40
ปานกลาง	155	60.90
สูง	100	39.06

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเสริม อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 60.90 รองลงมา คือ ได้รับระดับสูง ร้อยละ 39.06

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 17 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับจำแนกตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รายข้อ (n = 256)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	11.45	1.917	ปานกลาง
1.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติใด ๆ ท่านรายงาน ให้แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทราบ	2.93	0.613	ปานกลาง
2.ท่านไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	2.80	0.690	ปานกลาง
3.ท่านอ่านหนังสือหรือดูรายการทีวีเกี่ยวกับความรู้ ในการดูแลสุขภาพตนเอง	2.80	0.754	ปานกลาง
4.ท่านประเมินสุขภาพของตนเอง เช่น สักร่างกายของ ตนเพื่อดูความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย	2.92	0.589	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	10.59	2.116	ปานกลาง
5.ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที	2.39	0.660	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย			
6.ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือออกกำลังกายโดย การเดินเล่น วิ่งเหยาะ ๆ เป็นต้น	2.61	0.677	ปานกลาง
7.ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ปลูก ต้นไม้ ทำงานบ้าน เป็นต้น	2.84	0.687	ปานกลาง
8.ท่านเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและโรค ของตนเอง	2.74	0.677	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	10.27	1.558	ปานกลาง
9.ท่านรับประทานอาหาร เช่น เค็มจัด เผ็ดจัด หวานจัด เปรี้ยวจัด ไขมันสูง เป็นต้น	2.08	0.672	ปานกลาง
10.ท่านดื่มเครื่องดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องดื่ม ชูกำลัง	2.02	0.741	ปานกลาง

ตาราง 17 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11.ท่านรับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น)	3.34	0.592	สูง
12.ท่านรับประทานอาหาร 3-5 ส่วนต่อวัน หรือ ประมาณ 400 กรัมต่อวัน	2.83	0.602	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	5.35	1.110	ปานกลาง
13.ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร เที่ยวต่างจังหวัด เป็นต้น	2.69	0.769	ปานกลาง
14.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนในชมรม เช่น ออกกำลังกาย เข้าวัดทำบุญ เป็นต้น	2.66	0.619	ปานกลาง
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	5.59	1.070	ปานกลาง
15.ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ การให้ทาน รักษาศีล นั่งสมาธิ เป็นต้น	2.67	0.687	ปานกลาง
16.ท่านเป็นที่ปรึกษาแก่บุคคลในครอบครัว	2.92	0.547	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	5.44	0.976	ปานกลาง
17.ท่านพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้ที่ท่านไว้วางใจ เมื่อมีความเครียด	2.77	0.567	ปานกลาง
18. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น	2.67	0.676	ปานกลาง

จากตาราง 17 พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.45$, S.D. = 0.592) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1. เมื่อท่าน มีอาการผิดปกติใด ๆ ท่านรายงาน ให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบ ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.613) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 2. ท่านไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อย ปีละ1ครั้ง ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.690) และข้อที่ 3. ท่านอ่านหนังสือหรือดูรายการทีวีเกี่ยวกับความรู้ ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.754)

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.59$, S.D. = 2.116) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 7. ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้ เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน เป็นต้น ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 0.687) ส่วนรายข้อ ที่มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5.ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.660)

ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.27$, S.D. = 1.558) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 11.ท่านรับประทานอาหารเช้าหลักวันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.592) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 10.ท่านดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลผสม ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ($\bar{X} = 2.02$, S.D. = 0.741)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.35$, S.D. = 1.110) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 13.ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร เที่ยวต่างจังหวัด เป็นต้น ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.769) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 14.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนในชมรม เช่น ออกกำลังกาย เข้าวัดทำบุญ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.66$, S.D. = 0.619)

ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.59$, S.D. = 1.070) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 16.ท่านเป็นที่ปรึกษาแก่บุคคลในครอบครัว ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = 0.547) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 15.ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ การให้ทาน รักษาศีล นั่งสมาธิ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.687)

ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.44$, S.D. = 0.976) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 17.ท่านพูดคุยปรับทุกข์กับผู้ที่ท่านไว้วางใจ เมื่อมีความเครียด ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.567) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 18. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.676)

และเมื่อพิจารณาภาพรวมทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 1 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 17 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 11.ท่านรับประทานอาหารเช้าหลัก วันละ 3 มื้อ(เช้า กลางวัน เย็น) ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.592) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อที่ 10.ท่านดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลผสม ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ($\bar{X} = 2.02$, S.D. = 0.741)

ตาราง 18 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ รายด้าน (n = 256)

ระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ		
ต่ำ	7	2.80
ปานกลาง	119	46.50
สูง	130	50.70
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย		
ต่ำ	10	3.90
ปานกลาง	154	60.16
สูง	92	35.94
ด้านโภชนาการ		
ปานกลาง	190	74.22
สูง	66	25.78
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล		
ต่ำ	10	3.90
ปานกลาง	120	46.88
สูง	126	49.22
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ		
ต่ำ	6	2.34
ปานกลาง	91	35.55
สูง	159	62.11
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ต่ำ	8	3.13
ปานกลาง	103	40.23
สูง	145	56.64

จากตาราง 18 พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณา
รายด้านพบว่า

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 50.70 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.50 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.80

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 60.16 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 35.94 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.90

ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
74.22 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 25.78

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 62.11 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.88 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.90

ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 62.11 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.55 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.34

ด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 56.64 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.23 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.13

**ตาราง 19 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของพฤติกรรม การส่งเสริม
สุขภาพ (n = 256)**

ระดับของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	3	1.20
ปานกลาง	214	83.60
สูง	39	15.2

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.60 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 15.2 และระดับต่ำ
ร้อยละ 1.20

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ
กลุ่มติดสังคม

ตาราง 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพ ของ
กลุ่มตัวอย่าง (n = 256)

ปัจจัย	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่าง	
	r	p-value
อายุ	-0.153	0.015**
รายได้	0.025	0.688
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	0.241	<0.001***
ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	0.335	<0.001***
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.317	<0.001***
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	0.269	<0.001***
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	0.345	<0.001***
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย	0.467	<0.001***
การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม	0.484	<0.001***

** p-value < 0.05, ***p-value < 0.001

จากตาราง 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (r = -0.153, p-value = 0.015)

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (r = 0.025, p-value = 0.688)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (r = 0.335, p-value < 0.001)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (r = 0.317, p-value < 0.001)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.269$, $p\text{-value} < 0.001$)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.345$, $p\text{-value} < 0.001$)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับ
ต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r=0.467$, $p\text{-value} < 0.001$)

การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.484$, $p\text{-value} < 0.001$)

**ตาราง 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม**

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ			Fisher's Exact test	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				7.415	0.012**
ชาย	0	108(42.20)	12(4.70)		
หญิง	3(1.20)	106(41.4)	27(10.5)		
สถานภาพสมรส				14.020	0.004**
โสด	0	10(3.90)	1 (0.4)		
สมรส	1(0.4)	161(62.9)	20 (7.80)		
หม้าย/หย่า/แยก	2(0.80)	43(16.8)	18(7.00)		
อาชีพ				4.537	0.082
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3(1.20)	87(34.00)	19(7.40)		
ประกอบอาชีพ	0	127(49.60)	20(7.80)		
ระดับการศึกษา				28.013	<0.001***
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2(0.80)	30(11.70)	17(6.60)		
ประถมศึกษา	1(0.40)	178(69.5)	19(7.40)		
มัธยมศึกษา	0	5(2.00)	2(0.80)		
ปริญญาตรี	0	1(0.40)	1(0.40)		
โรคประจำตัว				1.095	0.612
ไม่มี	1(0.40)	87(34.0)	19(7.40)		
มี	2(0.80)	127(49.60)	20(7.80)		

ตาราง 21 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ			Fisher's Exact test	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
การเป็นสมาชิกชมรม				4.601	0.090
เป็นสมาชิก	0	71(27.70)	19 (7.40)		
ไม่เป็นสมาชิก	3(1.20)	143(55.9)	20(7.80)		
การดำรงตำแหน่ง ในสังคม				1.136	0.524
มี	0	18(7.00)	5(2.00)		
ไม่มี	3(1.20)	196(76.60)	34(13.30)		

** p-value < 0.05 , ***p-value < 0.001

จากตาราง 21 แสดงผลการวิเคราะห์ผลการวัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่า เพศชาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.20 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 4.70 ตามลำดับ และเพศหญิง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 10.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Fisher's Exact test =7.415, p-value =0.012)

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพ โสด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.90 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 7.80 ตามลำดับ และกลุ่มที่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.8 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า สถานะภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Fisher's Exact test =14.020, p-value =0.004)

อาชีพ พบว่า กลุ่มที่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.00 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 7.40 ตามลำดับ ในส่วนของกลุ่มที่ประกอบอาชีพ (เกษตรกร/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/

อื่น ๆ) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.60 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 7.80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Fisher's Exact test = 4.537, p-value = 0.082)

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.70 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 6.6ตามลำดับ กลุ่ม ประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.5 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 7.40 ตามลำดับ และกลุ่มมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.00 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 0.80 ตามลำดับ และกลุ่มปริญญา ตรี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 0.40 และ ระดับสูง ร้อยละ 0.40 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Fisher's Exact test = 28.013, p-value = <0.001)

โรคประจำตัว พบว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 7.40 ตามลำดับ และกลุ่มมีโรค ประจำตัว ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.60 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 7.80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Fisher's Exact test = 1.095, p-value = 0.612)

การเป็นสมาชิกชมรม พบว่า กลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.70 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 7.40 ตามลำดับ และ กลุ่มที่ไม่เป็นสมาชิก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.90 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 7.80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า การเป็นสมาชิก ชมรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Fisher's Exact test = 4.601, p-value = 0.090)

การดำรงตำแหน่งในสังคม พบว่า กลุ่มที่ไม่การดำรงตำแหน่งในสังคม ส่วนใหญ่มี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.60 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 13.30 ตามลำดับ และ กลุ่มที่มีการดำรงตำแหน่งในสังคม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.00 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 2.00 ตามลำดับ เมื่อพิจารณา ความสัมพันธ์ พบว่า การดำรงตำแหน่งในสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ (Fisher's Exact test = 1.136, p-value = 0.524)

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เนื่องจากตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีตัวแปรทำนายที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม และการดำรงตำแหน่งในสังคม ผู้วิจัยจึงต้องแปลงตัวแปร เชิงกลุ่มดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนนำมาใช้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังตาราง 22

ตาราง 22 แสดงการสร้างตัวแปรหุ่นจำแนกตามตัวแปรทำนายเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม

ตัวแปร	ระดับการวัด	ระดับการวัดตัวแปร สร้างเป็นตัวแปรหุ่นโดยกำหนด
เพศ	นามบัญญัติ	เพศหญิง=1 เพศชาย=0 (กลุ่มอ้างอิง)
ระดับการศึกษา	นามบัญญัติ	เรียนหนังสือ=1 ไม่ได้เรียนหนังสือ=0 (กลุ่มอ้างอิง)
สถานภาพ	นามบัญญัติ	สมรส=1 โสด/หม้าย/หย่า/ร้าง=0 (กลุ่มอ้างอิง)
อาชีพ	นามบัญญัติ	ประกอบอาชีพ=1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ=0 (กลุ่มอ้างอิง)
โรคประจำตัว	นามบัญญัติ	มีโรคประจำตัว=1 ไม่มีโรคประจำตัว=0 (กลุ่มอ้างอิง)
การเป็นสมาชิกชมรม	นามบัญญัติ	เป็นสมาชิก=1 ไม่เป็นสมาชิก=0 (กลุ่มอ้างอิง)
การดำรงตำแหน่งในสังคม	นามบัญญัติ	มีตำแหน่งในสังคม=1 ไม่มีตำแหน่งในสังคม=0 (กลุ่มอ้างอิง)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้น เกี่ยวกับค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์ (error or residual: e) จำนวน 5 ข้อ พบว่า

1. การตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อน จากการพล็อตกราฟ Normal P-P plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน พบว่า มีแนวโน้มเป็นเส้นตรง แสดงว่า มีการแจกแจงแบบปกติ

2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายอยู่บริเวณค่าศูนย์ แสดงว่า ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวที่ค่าคงที่

3. การตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson (d) พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.635 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 2 (มีช่วงระหว่าง 1.5-2.5) แสดงว่า ค่าความคลาดระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e)=0$)

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า Tolerance VIF (Variance Inflation Factor) และค่า VIF (Variance Inflation Factor) พบว่าค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.705 ซึ่งมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.20 และมีค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.418 ไม่เกิน 10 แสดงว่า ค่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองมากเกินไป หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

สรุปได้ว่า ผลการตรวจสอบเงื่อนไขเบื้องต้น ทั้ง 5 ข้อ ผ่านเกณฑ์พิจารณา ดังนั้นจึงสามารถวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้

**ตาราง 23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ตัวแปรทำนายพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (n = 256)**

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value
การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม	0.707	0.363	6.351	<0.001**
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย	0.469	0.211	3.712	<0.001**
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.758	0.237	4.472	<0.001**
อายุ	-0.163	-0.184	-3.058	<0.001**
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	0.187	0.182	3.405	<0.001*

Constant (a) = 19.299 R square = 0.423 Adjusted R square = 0.411

F = 36.585 p-value < 0.001

* p-value < 0.05 , ** p-value < 0.001

จากตาราง 23 เมื่อการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพหุคูณแบบการคัดเลือกตัวแปร โดยวิธีการเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้น (multiple linear regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการคัดเลือกตัวแปร ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าตัวแปร ที่สามารถอธิบาย ความผันแปรของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ มี 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม 2) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย 3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ 4) อายุ และ 5) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ร้อยละ 42.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการสร้างสมการของปัจจัยที่มีผล พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของตัวที่ถูกเลือกไปวิเคราะห์ คือ 1) การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม 2) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย 3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ 4) อายุ และ 5) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ โดยมีค่าคงที่ (a) เท่ากับ 19.299 จากการวิเคราะห์ถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y \text{ (พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม)} = 19.299 + (0.707) \text{ (การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม)} + (0.758) \text{ (ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ)} + (0.469) \text{ (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย)} + (0.187) \text{ (การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ)} + (-0.163) \text{ (อายุ)}$$

จากสมการ แสดงว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.707 หมายความว่า เมื่อ ตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.707 หน่วย

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.758 หมายความว่า เมื่อ ตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.758 หน่วย

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.469 หมายความว่า เมื่อ ตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริม

สุขภาพและนโยบาย เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.469 หน่วย

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.187 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.187 หน่วย

อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย -0.163 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนน อายุ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม จะลดลงเท่ากับ -0.163 หน่วย



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมและเพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 256 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) ค่าไคสแควร์ (Fisher's Exact test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.10 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 57.40 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสร้อยละ 71.10 ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุด ร้อยละ 48.00 มีรายได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 600-12,950 บาท ร้อยละ 98.40 และรายได้รวมเฉลี่ย 2,321.33 บาท/เดือน ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.30 และพบว่าส่วนใหญ่มี โรคประจำตัว ร้อยละ 58.20 ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิก ร้อยละ 64.80 และส่วนใหญ่ไม่มีการดำรงตำแหน่งในสังคม ร้อยละ 91.00

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ทักษะการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1. คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.10 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.60 และระดับน้อย ร้อยละ 14.13

2. คะแนนทักษะการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนทักษะการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.30 และระดับ ปานกลาง ร้อยละ 38.30

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.10 และระดับ ปานกลาง ร้อยละ 37.10

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.50 และระดับ ปานกลาง ร้อยละ 45.30

5. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.20 และระดับ ปานกลาง ร้อยละ 18.80

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับ อยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ย มากที่สุด คือข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 3.ในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีสถานบริการสาธารณสุข ใกล้บ้านที่ทำให้ท่านสะดวกในการไปรับบริการ ($\bar{X}$ = 3.17, S.D. = 0.682) ส่วนรายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2.ในชุมชนของท่านมีสถานที่พักผ่อน เช่น สวนสาธารณะ ($\bar{X}$ = 1.83, S.D. = 0.708)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเครือข่าย ทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง

การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับอยู่ใน ระดับปาน กลาง ร้อยละ 60.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อที่ 1.บุคคลใน ครอบครัวดูแลช่วยเหลือในการจัดที่อยู่อาศัยให้มีความสะดวกแก่ท่าน ($\bar{X}$ = 3.23, S.D. = 0.535) ส่วน รายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 8.เพื่อนของท่านชักชวนท่านออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 2.34, S.D. = 0.584)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.60 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 15.2 และ ระดับต่ำร้อยละ 1.20

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 11.45, S.D. = 0.592) เมื่อพิจารณา เป็น รายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติใด ๆ ท่านรายงาน ให้ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบ ($\bar{X}$ = 2.93, S.D. = 0.613) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือข้อ 2.ท่าน ไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = 0.690) และข้อที่ 3. ท่านอ่านหนังสือหรือดูรายการทีวีเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = 0.754)

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 10.59, S.D. = 2.116) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 7.ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้

เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน เป็นต้น ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 0.687) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5.ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.660)

ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.27$, S.D. = 1.558) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 11.ท่านรับประทานอาหารเช้าหลักวันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.592) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 10.ท่านดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลม ชากาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ($\bar{X} = 2.02$, S.D. = 0.741)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.35$, S.D. = 1.110) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 13.ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร เที่ยวต่างจังหวัด เป็นต้น ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.769) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 14.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนในชมรม เช่น ออกกำลังกาย เข้าวัดทำบุญ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.66$, S.D. = 0.619)

ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.59$, S.D. = 1.070) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 16.ท่านเป็นที่ปรึกษาแก่บุคคลในครอบครัว ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = 0.547) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 15.ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ การให้ทาน รักษาศีล นั่งสมาธิ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.687)

ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.44$, S.D. = 0.976) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 17.ท่านพูดคุยปรับทุกข์กับผู้ที่ท่านไว้วางใจ เมื่อมีความเครียด ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.567) ส่วนรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 18. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.676)

และเมื่อพิจารณาภาพรวมทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 1 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 17 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 11.ท่านรับประทานอาหารเช้าหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.592) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อที่ 10.ท่านดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลม ชากาแฟ เครื่องดื่ม ชูกำลัง ($\bar{X} = 2.02$, S.D. = 0.741)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม ได้แก่

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = -0.153$, $p\text{-value} = 0.015$)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.241$, $p\text{-value} < 0.001$)

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.335$, $p\text{-value} < 0.001$)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.317$, $p\text{-value} < 0.001$)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.269$, $p\text{-value} < 0.001$)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.345$, $p\text{-value} < 0.001$)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.467$, $p\text{-value} < 0.001$)

การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.484$, $p\text{-value} < 0.001$)

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Fisher's Exact test = 7.415, $p\text{-value} = 0.012$)

สถานะภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม (Fisher's Exact test = 14.020, $p\text{-value} = 0.004$)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม (Fisher's Exact test = 28.013, $p\text{-value} < 0.001$)

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพหุคูณแบบการคัดเลือกตัวแปร ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพ และนโยบาย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อายุ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ร้อยละ 42.23 และสามารถสร้างสมการ เพื่อการหาปัจจัยที่มีผลต่อ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม = $19.299 + (0.707)$ (การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม) + (0.758) (ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ) + (0.469) (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย) + (0.187) (การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ) + (-0.163) (อายุ)

จากสมการ แสดงว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมี ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.707 หมายความว่า เมื่อ ตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการสนับสนุน จากเครือข่ายทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.707 หน่วย

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.758 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.758 หน่วย

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.469 หมายความว่า เมื่อ ตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.469 หน่วย

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.187 หมายความว่า เมื่อ ตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.187 หน่วย

อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย -0.163 หมายความว่า เมื่อ ตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนน อายุ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จะลดลงเท่ากับ -0.163 หน่วย

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคมดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลักษณะ พงษ์ภุมมา และจิตติพร ยอดประเสริฐ (2562) สอดคล้องกับ ศิริรัตน์ จำปีเรือง และคณะ (2562) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับ นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่เป็น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ เนาวรัตน์ ช่างไม้ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษา พบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีวิธีปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้าน ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง สามารถ อภิปราย ได้ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.70 และมีค่าเฉลี่ยรายด้านสูงที่สุด เมื่อพิจารณารายละเอียด อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่ พบว่าเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69ปี) มีอายุเฉลี่ย 69.18 ปี เป็นช่วงเริ่มต้นของการก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ส่งผลให้มีความตระหนัก ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตน เช่น การไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติ การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ เป็นต้น เพื่อให้ตนเองคงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพดี หลีกเสี่ยง หรือลด สิ่งที่จะทำให้ตนเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.16 และมีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ทำให้อาจเกิดข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ระดับการได้รับปัจจัยเอื้อ ของผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านสถานที่ออกกำลังกาย และสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ที่มีการได้รับอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงชุมชนยังขาดพื้นที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่

ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรม และ การออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

ด้านโภชนาการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.22 และมีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า การดื่มเครื่องดื่ม น้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และค่าเฉลี่ยต่ำรองลงมาคือ การรับประทานอาหาร เช่น เค็มจัด เผ็ดจัด หวานจัด เปรี้ยวจัด ไขมันสูง เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จึงหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหาร รสเค็ม นม ขนมที่ทำด้วยแป้ง ขนมหวาน อาหารที่ทอดในน้ำมันมาก ๆ และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผักและผลไม้ต่าง ๆ และอาหารที่สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อนหรือเชื้อโรค ที่ไม่ส่งผลต่อโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอื่นที่อาจเกิดแทรกซ้อนตามมาได้

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.11 และมีค่าเฉลี่ยรายด้านต่ำสุด เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนในชมรม เช่น ออกกำลังกาย เข้าวัดทำบุญ เป็นต้นของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า พื้นที่ตำบลช่องลมเป็นพื้นที่ชนบท มีชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ได้แก่ ภูไท ไททรงดำ ไทยอีสาน และไทยเดิม ที่มีวัฒนธรรมหลากหลายมาร่วมกัน และประชาชนมีการอพยพมาจากภาคอีสาน ส่วนใหญ่ประชาชนในพื้นที่ตำบลช่องลมวัยทำงานจะเข้าทำงานในเมืองและให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้าน เป็นผู้ดูแลเลี้ยงลูกหลาน และส่วนใหญ่พบอีกว่า ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพเกษตรกร และรองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยจะอยู่บ้านเลี้ยงลูกหลาน เพราะฉะนั้นการไปมาหาสู่กับบุคคลภายนอกบ้านจึงยังมีความสัมพันธ์ต่อกันน้อย เพราะเวลาส่วนใหญ่จะใช้ไปกับการเลี้ยงดูลูกหลาน และทำงาน หาเลี้ยงชีพ มากกว่าการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.11และมีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ การให้ทาน รักษาศีล นั่งสมาธิ เป็นต้น เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุตำบลช่องลม ส่วนใหญ่มีกิจกรรมด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ แต่ส่วนใหญ่ลักษณะกิจกรรมการรวมกลุ่มประจำปี มากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ทำด้วยตนเองเพียงคนเดียว โดยพื้นที่ตำบลช่องลมเป็นพื้นที่ชนบท ประกอบด้วย 4 ชาติพันธุ์ ได้แก่ ภูไท ไททรงดำ ไทยอีสาน และไทยเดิม ที่มีวัฒนธรรมหลากหลายร่วมกัน และจะมีประเพณีที่เป็นเอกลักษณ์ประจำปีที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคนตำบลช่องลม ที่เรียกว่า บุญกุ่มข้าวใหญ่ และบุญทอดเทียนโฮม ซึ่งเป็นประเพณีที่ผู้นำหมู่บ้านและผู้อาวุโสที่ชาวบ้านนับถือ ได้ร่วมกันก่อตั้งและ

ดำเนินกิจกรรมขึ้นมาเกิดเป็นเสริมสร้างการเจริญทางจิตวิญญาณของคนในชุมชนตำบลช่องลม ตามประเพณีของชาวอีสานผู้สูงอายุในชุมชนตามกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละกลุ่ม จะมาร่วมกิจกรรมประเพณีร่วมกันกับเยาวชนในหมู่บ้าน และมี การถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณีดังกล่าว สู่ลูกหลานในชุมชน ถือว่าเป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพโดยการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น ทำให้เกิดความรัก ความสามัคคีของคนในชุมชน เกิดเป็นการเสริมสร้างการเจริญทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนาเช่นกัน

ด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.64 และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า การผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น และจะมีประสบการณ์ชีวิตมาหลายรูปแบบทำให้สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ ทำให้การทำกิจกรรม เช่น การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ จึงยังมีการปฏิบัติน้อย และอาจเนื่องด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมบางส่วน เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ และเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการพบปะพูดคุย ฟังพา ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลายร่วมกัน และช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ส่งผลต่อการจัดการความเครียด และสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ในระดับหนึ่ง เพราะฉะนั้น การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ถือว่าเป็นการให้คุณค่าและทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีได้

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมตำบลช่องลม อำเภอวานรนิวาส จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

การส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อายุ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ได้ร้อยละ 42.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็น ว่าพฤติกรรมนั้นมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors) สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model ที่กล่าวว่า พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลเป็นอิทธิพลร่วมกันของปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล (ลักษณะส่วนบุคคล) ที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (ลักษณะส่วนบุคคล)

อายุ

มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.153$, $p\text{-value} = 0.015$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ($\beta=-0.184$, $P = <0.001$) สอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ สอดคล้องกับกุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ (2562) พบว่า อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อ การรับรู้การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล อายุ มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล สอดคล้องกับ คุณัสปกรณณ์ มัคคัปปผลานนท์ และคณะ (2563) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.161$, $p < .05$) และสอดคล้องกับ Chen & Hsieh (2021) ที่พบว่า อายุ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นและเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงมีการเปลี่ยนแปลง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง และความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลดลง แต่อายุก็ยังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ($r=0.241$, $p\text{-value} < 0.001$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ($\beta = 0.237$, $P = < 0.001$) สอดคล้องกับ วาสนา สิทธิกัน และคณะ (2560) ที่พบว่า ความรู้ มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และ คณะ (2562) พบว่า ความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ จะทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องตามช่วงวัย และการมีความรู้ เป็นตัวแปรที่จะช่วยปรับปรุงสุขภาพ และรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ (2563) พบว่า ความรู้ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และเมื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($r=0.345$, $p\text{-value}<0.001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($\beta = 0.182$, $P=<0.001$) สอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใดนั้น ขึ้นอยู่กับการคาดหวังผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมและยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ การที่บุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับ ลักษณะ พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ (2562) พบว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ศิราวัลย์ เถรา และวิจิตร ชาญชัย (2567) พบว่าการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Chen & Hsieh (2021) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Oh (2021) ที่ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ การปฏิบัติ ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม มีความเชื่อและความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากการปฏิบัติ พฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ว่า พฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ออกมา ในขณะที่เดียวกันการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

และเมื่อพิจารณารายละเอียด ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พบว่า ระดับความรู้และระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่ผลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมนั้น มีความรู้และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติระดับสูง แต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่จบชั้น ประถมศึกษา และรองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ อาจทำให้ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อาศัยความจำ มากกว่าความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ที่จะทำให้ตนเองสามารถตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อาจทำให้การปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนนั้นยังไม่ดีหรือเหมาะสมเท่าที่ควร

ปัจจัยเอื้อ

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($r=0.467$, $p\text{-value}<0.001$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($\beta = 0.211$, $P = <0.001$) สอดคล้อง Green & Krueter (1999) ที่กล่าวว่า ปัจจัยเอื้อ คือ สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ สอดคล้องกับ ศิริรัตน์ จำปีเรือง และคณะ (2562) พบว่า นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การมีและเข้าถึงทรัพยากรที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

อธิบายได้ว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย เป็นสิ่งที่เอื้อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมนั้น เกิดพฤติกรรมหรือเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ ของตนเองออกมา เพราะการมีและการเข้าถึงต่าง ๆ จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การมีนโยบายสาธารณะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือ สังคม มีข้อตกลงทางสังคมร่วมกันการมีสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น สถานที่ รักษาพยาบาล สถานที่ให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย และสถานที่ในการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น และเมื่อพิจารณารายละเอียด สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย พบว่าระดับ การได้รับปัจจัยเอื้อของผู้สูงอายุนั้น อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านสถานที่ออกกำลังกาย และสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่การได้รับอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงว่าพื้นที่ของตำบลช่องลมยังมีพื้นที่ หรืออุปกรณ์ ยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอต่อความต้องการ หรือการเข้าถึงที่จะเอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ปัจจัยเสริม

การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($r = 0.484$, $p\text{-value} < 0.001$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($\beta = 0.363$, $P = <0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคล มีผลโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านแรงกดดันทางสังคม และกลุ่ม หรือกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติตน สอดคล้องกับ House, Umberson, & Landis (1988) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือหรือพึ่งพาอาศัยทางสังคมจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการเอาใจใส่และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การช่วยเหลือกัน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นดีขึ้น สอดคล้องกับ Oh (2021) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีสูงอายุ สอดคล้องกับ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ (2563) พบว่า เครือข่ายสังคม เป็นปัจจัยที่นำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ วาสนา สิทธิกัน และคณะ (2560) พบว่า เครือข่ายทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับเครือข่ายทางสังคมสูงและปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี มากกว่า ผู้ที่มีระดับเครือข่ายทางสังคมต่ำ และสอดคล้องกับ อธิติรัตน์ ราศรี และอาจินต์ สงทับ (2564) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับ บังอรศรี จินดาวงค์ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2563) ที่พบว่า หลังจากผู้สูงอายุ ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

อธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสังคม (บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้นำ หรืออาสาสมัครต่าง ๆ) ทำให้เกิดการมีสัมพันธภาพทางสังคมร่วมกัน ร่วมมือพบปะในการดูแล และให้ความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็น การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ความหวังใจ กำลังใจ วัตถุสิ่งของ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เกิดความรู้สึกผูกพัน อบอุ่น ปลอดภัย มองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าได้รับการใส่ใจจากบุคคลรอบข้าง ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะช่วยส่งเสริมการใช้ความสามารถหรือเพิ่มความสามารถใน การดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนที่ดี ถูกต้อง และเหมาะสม เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ระดับการได้รับปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง โดยบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และมีลูกหลาน ซึ่งจะคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากบุคคลในครอบครัว และเป็นพื้นที่ที่มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยได้รับการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานเทศบาล กลุ่มแกนนำในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมหรือการจัดสวัสดิการและบริการแก่ผู้สูงอายุ อีกด้วย และเมื่อพิจารณา รายข้อที่เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การชักชวนออกกำลังกายจากกลุ่มเพื่อน แสดงให้เห็นว่า การชักชวนหรือการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมในระดับน้อย ก็ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลงเช่นเดียวกัน เพราะฉะนั้นการได้รับ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมุ่งเน้นความเข้าใจและความสามารถในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี ถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น เช่น พัฒนาทักษะความรู้ และ การสร้างแรงจูงใจถึงประโยชน์ ในการปฏิบัติ
2. การพัฒนารูปแบบกิจกรรม/โครงการ/สื่อต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยพัฒนาทักษะความรู้ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้เหมาะสม
3. ควรเพิ่มพื้นที่สาธารณะในชุมชน หรือพื้นที่การทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย เพิ่มพื้นที่การเข้าถึงที่ความสะดวก รวมถึง นโยบาย และสิ่งของหรืออุปกรณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับเพียงพอ เข้าถึง และครอบคลุม
4. ควรส่งเสริมการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม ในการพัฒนาบูรณาการ สร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้ครอบคลุมมากขึ้น หากพื้นที่ให้ความตระหนักและความสำคัญ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสม ไม่กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในอนาคต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยมาพัฒนาให้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่มีความละเอียดมากขึ้น เนื่องจาก ผลการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE MODEL ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเกิดขึ้นได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ต้องมาจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ (ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ) ปัจจัยเอื้อ (สิ่งแวดล้อมและนโยบาย) และปัจจัยเสริม (การสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม) ที่มีผลต่อการเกิด การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และนำมาถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาเป็นระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559*. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. <https://www.dop.go.th/th/know/5/155>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่น จำกัด (มหาชน).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC) (พิมพ์ครั้งที่2)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. <https://hed.go.th/wpcontent/uploads/2024/06/กลยุทธ์การสร้างเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.pdf>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614750485-411_0.pdf
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1236>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย พ.ศ.2553-2556*. <https://backenddc.anamai.moph.go.th/coverpage/d8f65b6494c179e1815c66ca87eb2ac0.pdf>
- กรวิกา พรหมจวง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว, และสิดานันท์ จันทรโต. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 233-246.

กองสุศึกษา. (2556). แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด.

<https://hed.go.th/wpcontent/uploads/2024/06/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7>

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563.

<https://ddc.moph.go.th/dncd/ncdstrategy/public/home/media/142>

คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์, วรพนิต ศุกระแพทย์, จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์, ปุณทรี พิภุณ, และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน, *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(2), 121-147.

จรรยา ธัญน้อม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 9 (1), 34-46.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่3) มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จันทนา สารแสง. (2561). คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอยางตลาด จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ). CMRUIR. <http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/2152>

ชนากาน สิงห์ทอง. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ThaiLIS. https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php

ชลธิชา ไผจิตต์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 2(1), 85-102.

ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, กันธิมา ศรีหมากสุก, ศรีสุรางค์ เคหะนาค, และอังคณา บุญครอง. (2564). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(2), 94-107.

ธนวรรณ อิมสมบุญ. (2538). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินงานสาธารณสุข, เอกสารวิชาการประกอบการบรรยายในการประชุมพัฒนาวิชาการสาธารณสุขทั่วประเทศ ประจำปีงบประมาณ 2538. กระทรวงสาธารณสุข.

- ธิดินันท์ หงส์ลอยลม, สิริพร บุญลาด, และปิยภรณ์ ยงยืน. (2562). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านนากระต๊อบ ตำบลท่าม่วง อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(2), 37-46
- ธิดิรัตน์ ราศิริ, และอาจินต์ สงทับ. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 127-139.
- นวรรตน์ ไชยภูมิ, รัตติภรณ์ บุญทัศน์, และนภชา สิงห์วีธรรม. (2019). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 262-269.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63-74.
- เนาวรัตน์ ช่างไม้. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลบางรักน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดนบพิตำ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์). http://thesis.rru.ac.th/files/pdf/684_2018_11_14_094758.pdf
- บังอรศรี จินดาวงค์, และปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(1), 229-241.
- บุรฉัตร จันทร์แดง. (2562). กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพฤติกรรมศาสตร์. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 49-60.
- ประเวศ วะสี. (2541). *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริม สุขภาพ: อกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม*. หมอชาวบ้าน.
- ปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนศิริ, บังอรศรี จินดาวงค์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ, และชลทิพย์ สุภาพินิจ. (2561). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(2), 153-160.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (19 มีนาคม 2550). *ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา*, เล่ม 124, ตอนที่ 16 ก, หน้า 1-18.
- ภักจิรา ภูสมศรี, ดวงรัตน์ สว่างธัม, และสุนิสา ลิเครือ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลหนองซำซาก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *วารสารอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(2), 228-238.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. <https://thaitgri.org/?p=39772>

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน.พ.ศ. 2542*. อักษรเจริญทัศน์
การพิมพ์.
- ฤกษ์ชัย คุณูปการ. (2545). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว*.
สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ลักษณา พงษ์ภุมมา, และฐิติพร ยอดประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชน
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28 (2), 236-243.
- ลัดดา พลพุทธา, บุญยดา วงศ์พิมล, อรทัย พงษ์แก้ว, กฤษฎา เชื้อนโยธา, กัญญารัตน์ มูลทา, จิราพร
ตันกุล, ธิติพันธ์ หงส์ลอยลม, สิริพร บุญลาด, และปิยภรณ์ ยงยืน. (2562). พฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนานากระดืบ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.
วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 23(2), 37-46.
- วนิดา คุณกิตติ. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง
จังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์). ThaiLIS.
https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- วริศา จันทรังสีวรกุล. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถาน
สงเคราะห์คนชราจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(4), 12-20.
- วาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพชร, และสามารถ ใจเดียว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. *ลำปางเวชสาร*,
38(2), 49-58.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เอ็นพีเพรส.
- ศศิกาญจน์ สกกุลปัญญวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา
อำเภอองครักษ์ ตำบลองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 3(15), 353-
360.
- ศิริวัลย์ เหรา, และวิจิตรา ปัญญาชัย. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง
การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(3),
80-93.
- ศิริรัตน์ จำปีเรือง, ปิรพรรณ วันจันทร์, และพัชรินทร์ ดวงตาทิพย์. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *บัณฑิตศึกษา
ปริทรรศน์ วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์*, 7(3), 189-202.
- สายพิน ไซยันทน์. (2561). *ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพทางใจ*. [http://www.dmh.go.th/news-
dmh/view.asp?id=27565](http://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27565).

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *การเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุ*.

<http://www.thaihealth.or.th/Content/41684-การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.html>

สำนักงานสถิติจังหวัดกำแพงเพชร. (2564). *ประชากรสูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร*.

<https://kpphet.nso.go.th/>

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *ร่างกรอบพัฒนาภาค พ.ศ.2566-*

2570. [https://drive.google.com/file/d/1_P3C_ibpM7-PRMw1SzGgZvUo9](https://drive.google.com/file/d/1_P3C_ibpM7-PRMw1SzGgZvUo9sY5h8qR/view)

[sY5h8qR/view](https://drive.google.com/file/d/1_P3C_ibpM7-PRMw1SzGgZvUo9sY5h8qR/view)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2565ก). *จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน*.

[https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-report-](https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51)

[detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51](https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2565ข). *ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี*.

https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_s

[exage.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a](https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_s)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2565ค). *ร้อยละของ Healthy Ageing*.

[https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=bbcb40adb960e05](https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=bbcb40adb960e0564efba686c316c009)

[64efba686c316c009](https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=bbcb40adb960e0564efba686c316c009)

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว*

(Individual Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์

องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2565). *การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และคุณภาพชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2).

สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, ชิตชนก จุ้ยทรัพย์, ศิริพิชชา หริหระรัมย์, อัญศญา โปสธแก้ว, และศิริกุล

ธรรมจิตรสกุล. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์*

แทน อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและ

การศึกษา, 21(1), 80-90.

- อักษร อยู่วัง, และบัวทอง สว่างโสภากุล. (2563). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจูงใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 20(2), 264-281.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Prentice hall.
- Bloom, B. S. (1968). *Learning for mastery. Instruction and curriculum*. Regional Education Laboratory
- Chen, H. H., & Hsieh, P. L. (2021). Applying the Pender's health promotion model to identify the factors related to older adults' participation in community-based health promotion activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 9985. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/9985>
- Cronbach, L. (1963). *Educational psychology*. Harcourt Brace and World.
- Dusenbery, D. (2009). *Living at micro scale*. Harvard University Press.
- Fazio, R., & Olson, M. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, 54, 297-327.
- Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (1997). *The scope of health promotion and health education: Health behavior and health education* (2nd ed.). Jossey – Bass.
- Gochman, S. D. (1988). *Health behavior: Emerging research perspective*. Plenum Press.
- Goldenson, R. (1984). *Longman dictionary of psychology and psychiatry*. Long-M.
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning*. Mayfield Publishing, Mountain View.
- Green, L., & Krueter, M. (1999). *Health promotion planning an education approach* (3rd ed.). Mayfield Publishing Company.
- Hall, D. A. (1976). *The aging of connective tissue*. Academia Press.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis. K. R. (1988). Structures and processed of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318.

- Kim, A. S., Jang, M. H., Park, K. H., & Min, J. Y. (2020). Effects of Self-Efficacy, Depression, and Anger on Health-Promoting Behaviors of Korean Elderly Women with Hypertension. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6296. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176296>
- Korkmaz Aslan, G., Kulakçı Altıntaş, H., Özen Çınar, İ., & Veren, F. (2019). Attitudes to ageing and their relationship with quality of life in older adults in Turkey. *Psychogeriatrics*, 19(2), 157-164. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/psyg.12378>
- Nigam, Y., Knight, J., Bhattacharya, S., & Bayer, A. (2012). Physiological changes associated with aging and immobility. *Journal of Aging Research*, 2012, 468469. <https://doi.org/10.1155/2012/468469>
- Oh, J. (2020). Factors affecting health promoting behavior among older women in Korea: A structural equation model. *Health Promotion International*, 36(4), 924-932. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa117>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice* (4th ed.) McGraw-Hill.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.) Norwalk
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3rd ed). Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (2011). *Health promotion Model Manual*. University of Michigan.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed., pp. 63–64). Prentice Hall.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion reference test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Sudnongbua, S. (2011). *Feelings of abandonment among elderly people in rural Thailand: a thesis presented in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Health Sciences at Massey University, Palmerston North, New Zealand* (Doctoral dissertation, Massey University). <https://mro.massey.ac.nz/handle/10179/2679>
- Thai Health Project. (2019). 12 Indicators of Health of Vulnerable Populations. In *Thai Health 2019*. (pp. 32-33). Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

- Twaddle, A. C. (1981). *Sickness behavior and the sick role*. Sechenkman.
- United Nations. (2013). *World population ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs Population Division*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- United Nations. (2020). *World population ageing 2019. Department of Economic and Social Affairs, Population Division*.
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Wade, C., & Tavris, C. (1999). *Psychology*. McGraw-Hall.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995) *Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version)*.
<https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>
- Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley&Sons.
- Xie, X., Du, J., He, J., Liu, Y., & Li, Z. (2022). Perceived health competence and health education experience predict health promotion behaviors among rural older adults: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 22(1), 1679.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14080-1>
- Zhuori, N., Cai, Y., Yan, Y., Cui, Y., & Zhao, M. (2019). Does social support affect the health of the elderly in rural China? A Meta-Analysis Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3471.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16183471>
- Zimbardo, P. & Gerrig, R. (1999). *Psychology and Life* (5th ed). Harper-Collins.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/ สาขาวิชา
1	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรรรณ กิริติสิโรจน์	อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	- วท.ด. (ระบาดวิทยาคลินิก) - ส.ม. (ชีวสถิติ) - วท.บ. (กายภาพบำบัด)
2	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์	อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	- ส.ด. - ส.ม. - ส.บ.
3	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี	อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	- Ph.D. (Public Health) - M.P.H. (Health system Development) - สศ.บ.

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 222/2023
IRB No. P2-0038/2566

AF 14/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวบุญสิตา เอี่ยมละอัย
วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์
หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Non-intervention Study เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 27 เมษายน 2566
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป) (Try out) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 19 มิถุนายน 2566
4. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 18 มิถุนายน 2566
5. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 27 เมษายน 2566
6. IF 05 ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566
7. IF 06 จรรยาบรรณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566
8. Full Proposal Research เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566
9. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 27 เมษายน 2566

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนวัลย์ คาคี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 27 มิถุนายน 2566
วันหมดอายุ : 27 มิถุนายน 2567
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 27 มิถุนายน 2567
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 27 มิถุนายน 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข (ต่อ)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกๆที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าส่งใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่ เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่ส่งวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

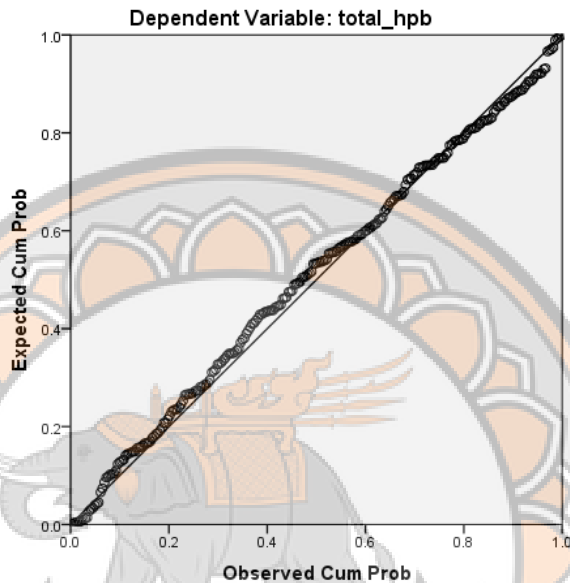
*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หาร่องช่องว่างหน้า)



ภาคผนวก ค ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

1. การตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อน จากการพล็อตกราฟ Normal P-P plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน พบว่า มีแนวโน้มเป็นเส้นตรง แสดงว่า มีการแจกแจงแบบปกติ

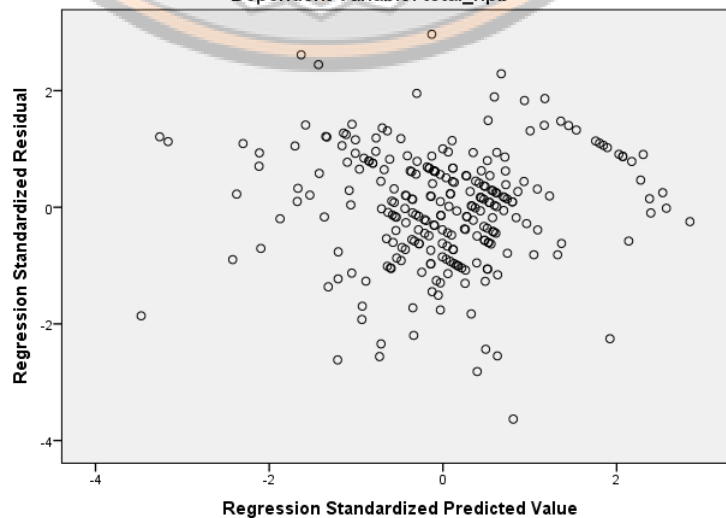
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายอยู่บริเวณค่าศูนย์ แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวที่ค่าคงที่

Scatterplot

Dependent Variable: total_hpb



ภาคผนวก ค (ต่อ)

3. การตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson (d) พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.635 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 2 (มีช่วงระหว่าง 1.5-2.5) แสดงว่า ค่าความคลาดระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model Summary ^f					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.484 ^a	.234	.231	4.919	
2	.573 ^b	.329	.323	4.615	
3	.607 ^c	.368	.360	4.487	
4	.629 ^d	.396	.386	4.396	
5	.650 ^e	.423	.411	4.306	1.635

a. Predictors: (Constant), total_socialsupport
b. Predictors: (Constant), total_socialsupport, total_environment
c. Predictors: (Constant), total_socialsupport, total_environment, คะแนนรวมความรู้
d. Predictors: (Constant), total_socialsupport, total_environment, คะแนนรวมความรู้, อายุ
e. Predictors: (Constant), total_socialsupport, total_environment, คะแนนรวมความรู้, อายุ, total_benefits
f. Dependent Variable: total_hpb

4. ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e)=0$)

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Unstandardized Residual	256	.0000000	4.26397712	.26649857

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Unstandardized Residual	.000	255	1.000	.00000000	-.5248185	.5248185

ภาคผนวก ค (ต่อ)

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น(Multicollinearity) โดยดูจากค่า Tolerance VIF (Varian Inflation Factor) และค่า VIF (Varian Inflation Factor) พบว่า ค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.705 ซึ่งมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.20 และมีค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.418 ไม่เกิน 10 แสดงว่า ค่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มี ความสัมพันธ์กันเองมากเกินไป หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

Coefficients ^a								
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	24.561	2.754		8.920	.000		
	total_socialsupport	.941	.107	.484	8.818	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	19.602	2.714		7.223	.000		
	total_socialsupport	.698	.108	.359	6.452	.000	.857	1.166
	total_environment	.737	.124	.332	5.965	.000	.857	1.166
3	(Constant)	12.158	3.242		3.750	.000		
	total_socialsupport	.818	.109	.421	7.471	.000	.792	1.263
	total_environment	.532	.131	.240	4.068	.000	.723	1.383
	คะแนนรวมความรู้	.696	.176	.217	3.952	.000	.830	1.204
4	(Constant)	21.967	4.292		5.118	.000		
	total_socialsupport	.831	.107	.428	7.746	.000	.790	1.265
	total_environment	.519	.128	.234	4.046	.000	.722	1.384
	คะแนนรวมความรู้	.720	.173	.225	4.168	.000	.829	1.206
	อายุ	-.148	.043	-.167	-3.398	.001	.998	1.002
5	(Constant)	19.299	4.277		4.513	.000		
	total_socialsupport	.707	.111	.363	6.351	.000	.705	1.418
	total_environment	.469	.126	.211	3.712	.000	.713	1.403
	คะแนนรวมความรู้	.758	.170	.237	4.472	.000	.825	1.212
	อายุ	-.163	.043	-.184	-3.805	.000	.987	1.013
	total_benefits	.187	.055	.182	3.405	.001	.813	1.230

a. Dependent Variable: total_hpb

แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม

ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบสอบถาม ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด แต่คำตอบของท่านจะเกิดประโยชน์ในอนาคตต่อกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ปรับปรุงการปฏิบัติงานอันจะส่งผลถึงการลดลง ของปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทักษะการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 6 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

นางสาวบุญสิตา เอี่ยมละออ

นิสิตปริญญาโท หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความหรือกรอกคำตอบให้ชัดเจนตามความเป็นจริง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกร () 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
() 4. รับจ้าง () 5. ข้าราชการบำนาญ () 6. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() 7. อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
() 1. ไม่มี () 2. มี (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 2.1 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ระบุ.....บาท/เดือน
() 2.2 คู่สมรส ระบุ.....บาท/เดือน
() 2.3 บุตร ระบุ.....บาท/เดือน
() 2.4 หลาน ระบุ.....บาท/เดือน
6. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. ปวช./ปวส./อนุปริญญาตรี
() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
() 7. อื่น ๆ ระบุ.....
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () 1. ไม่มี () 2. มี (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 2.1 โรคหัวใจ () 2.2 โรคความดันโลหิตสูง
() 2.3 โรคเมะเร็ง () 2.4 โรคเบาหวาน
() 2.5 โรคปวดข้อและกระดูก () 2.6 โรคเกี่ยวกับตา
() 2.7 อื่น ๆ ระบุ.....
8. การเป็นสมาชิกชมรม () 1. เป็นสมาชิกชมรม () 2. ไม่เป็นสมาชิกชมรม
9. การดำรงตำแหน่งในสังคม () 1. ไม่มี () 2. มี

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

คำถาม

ลำดับ ที่	ข้อความคำถาม	คำตอบ		
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ ทราบ
1	การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วยป้องกันไม่ให้ท้องผูก			
2	ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3-4 แก้วเท่านั้น			
3	การหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกผัก รดน้ำต้นไม้ ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้			
4	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ <u>ช่วยให้</u> กล้ามเนื้อปอดและหัวใจทำงานดีขึ้น			
5	การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 20-30 นาที			
6	การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			
7	การปรึกษากับครอบครัว เช่น สามี ภรรยา และลูกหลานจะทำให้ผ่อนคลายความทุกข์ใจได้			
8	การเข้าวัด ประกอบพิธีทางศาสนา สามารถแก้ไขปัญหาด้านจิตใจได้			
9	การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ช่วยให้เกิดความปรองดอง เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น			
10	การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่นย่อมนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดี			
11	ความเจริญทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกที่เป็นสุขและพึงพอใจในชีวิต			
12	การให้ทาน รักษาศีล การสวดมนต์ ทำให้เกิดความเมตตา กรุณา และเกิดการเจริญทางจิตวิญญาณ			

ส่วนที่ 2 ทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ลำดับ ที่	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
1	ท่านคิดว่าอาหารเสริมจัดไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้เกิดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพตามมาได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น				
2	ท่านคิดว่าการไปตรวจสุขภาพประจำปี เป็นเรื่องยุ่งยาก สำหรับท่าน				
3	ท่านไม่สามารถดกินเนื้อสัตว์ติดมันได้ เนื่องจากเนื้อสัตว์ ติดมันอร่อยกว่าเนื้อสัตว์ล้วน ๆ				
4	ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่มีไขมัน สูง อาหารที่ทอดในน้ำมันมาก ๆ เป็นสิ่งที่เหมาะสม				
5	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายช่วยให้ไม่เหงาและผ่อนคลาย ความเครียด				
6	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ ควร ออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์				
7	ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาช่วยจัดการกับ ความเครียดได้				
8	ท่านคิดว่าการสวดมนต์ นั่งสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ				
9	ท่านคิดว่าการได้พูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ช่วยเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน				
10	ท่านคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ทำให้เกิด ความสามัคคีและเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่นได้				
11	ท่านคิดว่า การชื่นชมประสบการณ์ของตนเองทำให้ท่าน มีความสุขและพึงพอใจในชีวิต				
12	ท่านคิดว่าการให้ทาน รักษาศีล ทำให้เกิดความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ ใจเป็นสุข				

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ลำดับ ที่	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
1	ท่านมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้				
2	ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานผัก และผลไม้ได้ เป็นประจำทุกวัน				
3	ท่านมั่นใจว่าสามารถงดดื่มเครื่องดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังระหว่างวันได้				
4	ท่านมั่นใจว่าสามารถเลือกกินอาหารที่ปรุงสุก และสะอาด				
5	ท่านเลือกการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับ สภาพ ร่างกายของท่าน				
6	ท่านสามารถปรึกษากับผู้ใกล้ชิดได้ เมื่อท่านมีปัญหา หรือเรื่องไม่สบายใจ				
7	ท่านมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้อื่นได้ดี				
8	ท่านสังเกตร่างกายที่ผิดปกติได้ด้วยตนเอง				
9	ท่านมีวิธีดูแลสุขภาพจิตใจให้เป็นสุข ทุกวัน ด้วยวิธีการ อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือทำงานอดิเรก				

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ลำดับ ที่	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
1	ท่านงดกินอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด เปรี้ยวจัดไม่ได้ เนื่องจากความเคยชิน				
2	ท่านไม่สามารถงดดื่มเครื่องดื่ม ชา กาแฟ และเครื่องดื่ม ชูกำลังได้ เพราะเครื่องดื่มเหล่านี้ทำให้สดชื่นและ หายอ่อนเพลีย				
3	ท่านไม่ยอมออกกำลังกาย เพราะทำให้ท่านเสียเวลาการทำงานในชีวิตประจำวัน				
4	ท่านไม่ยอมออกกำลังกาย เพราะกิจวัตรประจำวันและงานทำให้ท่านเหนื่อยเกินกว่าจะออกกำลังกาย				
5	ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะไม่มีสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย				
6	การไปตรวจสุขภาพ ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย				
7	การไปตรวจสุขภาพ เป็นเรื่องยากเพราะไม่มีคนพาท่านไป				
8	ท่านไม่ยอมทำกิจกรรมของชุมชนเพราะว่ารู้สึกเสียเวลา				
9	การที่ท่านไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำบุญ ไหว้พระ ทำให้ท่านเสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ลำดับ ที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
1	การกินอาหาร ครบ 5 หมู่ (โปรตีน, คาร์โบไฮเดรต, วิตามิน,เกลือแร่,ไขมัน) และเพียงพอเป็นผลดีต่อสุขภาพ				
2	การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมัน ช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนและไขมันในเส้นเลือดสูง				
3	การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน จะช่วยให้ท้องไม่ผูก และขับถ่ายเป็นปกติ				
4	การหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีรสจัด หวานจัด เค็มจัด ช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้				
5	การตรวจสุขภาพประจำปี ช่วยประเมินความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้				
6	การนอนหลับพักผ่อน 6-8 ชม.จะทำให้ร่างกายสดชื่น				
7	การนั่งสมาธิช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล				
8	การที่ท่านได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนที่โรงเรียนผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่เหงาและช่วยผ่อนคลายความเครียดได้				
9	การที่ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ดี ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน				
10	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 – 30 นาที ต่อเนื่องกันทำให้ร่างกายแข็งแรง				
11	การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกายจะช่วยลดอาการบาดเจ็บได้				
12	การทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด				

ส่วนที่ 6 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อคำถาม

ลำดับ ที่	ข้อคำถาม	ระดับการได้รับ			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	ในชุมชนของท่านมีสถานที่ออกกำลังกาย				
2	ในชุมชนของท่านมีสถานที่พักผ่อน เช่น สวนสาธารณะ				
3	ในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ที่ทำให้ท่านสะดวกในการไปรับบริการ				
4	ในชุมชนมีกิจกรรมทางศาสนาที่ท่านสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้				
5	ในชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุที่ท่านสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้				
6	ท่านได้รับประโยชน์ในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือการได้ประโยชน์จากโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				

ส่วนที่ 7 การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ลำดับ ที่	ข้อคำถาม	ระดับการได้รับสนับสนุน			
		มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
1	บุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือในการจัดที่อยู่อาศัยให้มีความสะดวก แก่ท่าน				
2	ท่านได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
3	บุคคลในครอบครัวของท่านพาท่านไปออกกำลังกาย ที่สนามหรือสถานที่ออกกำลังกาย				
4	บุคคลในครอบครัวของท่านให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดความท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวและปัญหาการเจ็บป่วย				
5	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเสียงตามวิทยุ หรือ แผ่นพับ				
6	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากโทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ต (LINE/FACEBOOK/YOUTUBE)				
7	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำช่วยเหลือท่านในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ				
8	เพื่อนของท่านชักชวนท่านออกกำลังกาย				
9	เพื่อนของท่านได้ชวนท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานบุญประจำปี ในหมู่บ้าน				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่แสดงถึงระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ ตรงกับความเป็นจริง ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์

มาก หมายถึง ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์

น้อย หมายถึง ปฏิบัติ 2-3 วัน/สัปดาห์

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรม			
		มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
	ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติใด ๆ ท่านรายงาน ให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบ				
2	ท่านไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
3	ท่านอ่านหนังสือหรือดูรายการทีวีเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง				
4	ท่านประเมินสุขภาพของตนเอง เช่น สัมผัสร่างกายของตนเพื่อดูความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย				
	ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย				
5	ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที				
6	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือออกกำลังกายโดยการ เดินเล่น วิ่งเหยาะ ๆ เป็นต้น				
7	ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน เป็นต้น				
8	ท่านเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและโรคของตนเอง				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

ลำดับ ที่	ข้อความถาม	การปฏิบัติพฤติกรรม			
		มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
	ด้านโภชนาการ				
9	ท่านรับประทานอาหาร เช่น เค็มจัด เผ็ดจัด หวาน จัด เปรี้ยวจัด ไขมันสูง เป็นต้น				
10	ท่านดื่มเครื่องดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง				
11	ท่านรับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น)				
12	ท่านรับประทานอาหารผัก 3-5 ส่วนต่อวัน หรือ ประมาณ 400 กรัมต่อวัน				
	ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
13	ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร เที่ยวต่างจังหวัด เป็นต้น				
14	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนใน ชุมชน เช่น ออกกำลังกาย เข้าวัดทำบุญ เป็นต้น				
	ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ				
15	ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ การให้ทาน รักษาศีล นั่งสมาธิ เป็นต้น				
16	ท่านเป็นที่ปรึกษาแก่บุคคลในครอบครัว				
	ด้านการจัดการกับความเครียด				
17	ท่านพูดคุยปรึกษาทุกข์กับผู้ที่ท่านไว้วางใจ เมื่อมี ความเครียด				
18	ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ สวด มนต์ ไหว้พระ เป็นต้น				