

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน
FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH PROMOTION BEHAVIORS
OF THE ELDERLY IN BAN HONG SUBDISTRICT MUNICIPALITY,
BANHONG DISTRICT, LAMPHUN PROVINCE

วาสนา ลิทธิกัน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

พ.ศ. 2560

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง
อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

ผู้วิจัย วาสนา สิทธิกัน

สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.สายหยุด มุลเพ็ชร

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณนิภา บุญระยอง)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.สายหยุด มุลเพ็ชร)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลณัฐ พลวัน)

วันที่ 23 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

หัวข้อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล
ตำบลบ้านโสัง อำเภอบ้านโสัง จังหวัดลำพูน

ชื่อผู้วิจัย : วาสนา สิทธิกัน

สาขาวิชา : สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

: อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพชร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจเดื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโสัง อำเภอบ้านโสัง จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 302 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,869 คน คำนวณโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.26 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.83 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้แก่ (1) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ (2) ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับปานกลาง (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54 - 2.81) และผู้มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45 - 2.75) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ (3) ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพ (Adjusted OR 0.13, 95% CI 0.03 - 0.60)

สรุปความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมและอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนาทักษะและให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรม

หรือชมรมเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, กลุ่มติดสังคม, ความรู้, เครือข่ายทางสังคม



The title : Factors associated with health promotion behaviors of the elderly in Ban Hong Subdistrict Municipality, Ban Hong District, Lamphun Province.

The Author : Miss Wasana Sithikan

Program : Public Health

Thesis Advisors : Lecturer Dr.Saiyud Moolphate Chairman
: Assistant Professor Dr.Samart Jaitae Member

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the health promoting behaviors of elderly and to find out the factors such as personal factors, predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors which are associated with health promoting behaviors of the elderly in Ban Hong Subdistrict Municipality, Ban Hong District, Lamphun Province, Thailand. This study was a cross-sectional survey. Representative samples of 302 independent elderly people from 1,869 cases were included in the study. Survey sample was calculated applying Taro Yamane. Binary logistic regression was used for analysis.

Results were as follows: The average age of the elderly is 69 years. Most were female, 61.26 %. The overall of health promoting behaviors was good level for 74.83%. The factors associated with good health promoting behavior are (1) The knowledge level; the elderly with moderate level of knowledge (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55), and high knowledge level (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) had better health promoting behavior than low knowledge level. (2) Social network index; the elderly with moderate level of social networks index (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54 - 2.81) and high level of social networks index (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45 - 2.75) had better health promoting behavior than low level of social networks index. Merchant has poor health promotion more than elderly without a career (Adjusted OR 0.13, 95% CI 0.03 - 0.60).

The knowledge of health promotion, social networks index and occupation had significant association with health promoting behavior of elderly people. Supportive knowledge to develop personal skills for health promoting behavior is necessary for the elderly. Organizing

social activities or aging clubs to build social networks index may promote their health. Elderly group who work as shop keepers should be target for health promotion.

KEYWORDS: Health Promotion, Elderly, Occupation, Knowledge, Social Networks



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพชร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องมาโดยตลอดจนงานวิจัยนี้เสร็จสิ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์กมลภรณ์ เสราดี ดร.ทรงยศ คำชัย และคุณปัทมากร สุวรรณภาส ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยและเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ คุณสิริโชค ปะทิ ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ที่ได้ร่วมดำเนินการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวนามที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ประโยชน์อันพึงได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ขอให้เป็นกตเวทิตาแด่ บิดา มารดา ครอบครัว ตลอดจนผู้เขียนหนังสือและบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยจนสามารถทำให้วิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี และเป็นตัวอย่างการศึกษาสำหรับผู้สนใจต่อไป

วาสนา สิทธิกัน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	3
ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ผู้สูงอายุ	7
สถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing)	13
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ	14
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	20
แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
กรอบแนวคิดการวิจัย	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
รูปแบบของการวิจัย	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
ข้อมูลและแหล่งข้อมูล	34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	42
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	43
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	44
ตอนที่ 2 ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	47
ตอนที่ 3 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	49
ตอนที่ 4 เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ	51
ตอนที่ 5 การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	54
ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการส่งเสริมสุขภาพ	56
5 สรุปอภิปราย และข้อเสนอแนะ	58
สรุปผลการวิจัย	58
อภิปรายผลการวิจัย	61
ข้อเสนอแนะ	65
บรรณานุกรม	67
ประวัติผู้วิจัย.....	71
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	74
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
ภาคผนวก ค การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา	85
ภาคผนวก ง ใบรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล	90

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 การจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม	25
3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัย.....	33
4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	44
4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ และระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน	47
4.3 ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน	48
4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ และระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน แต่ละด้าน.....	49
4.5 ระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน	50
4.6 ค่าเฉลี่ยคะแนนเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน.....	51
4.7 ระดับเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน	52
4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน แต่ละด้าน	54
4.9 ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน	55
4.10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต เทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน	56

ญ

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1	ขั้นตอนการวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพจาก PRECEDE Model
2.2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....
3.1	การสุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัย.....
4.1	กราฟแสดงเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ 3 ระดับ.....
4.2	กราฟแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มวัยที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรตระหนักถึงความสำคัญและใส่ใจดูแลเป็นพิเศษ เพราะนอกจากจะเป็นกลุ่มวัยที่มีข้อจำกัดด้านสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งมีสภาพจิตใจอันเปราะบางต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่จะมากระทบแล้ว ยังมีอีกปัจจัยที่ไม่ควรมองข้ามก็คือการเพิ่มสัดส่วนเชิงปริมาณของกลุ่มวัยผู้สูงอายุจนเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้นซึ่งนับจากประเทศไทยเริ่มก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี 2548 และคาดการณ์แนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจนถึงร้อยละ 20 ของประชากรรวม กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2568 (กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์, 2556) อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรสนใจ คือ ความยืนยาวของชีวิตที่เพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มความยืนยาวที่มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่

ดังผลสะท้อนจากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2554 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในเอเชีย เมื่อเทียบกับสัดส่วนของรายได้จากการทำงานเพราะเงินที่หามาได้จะใช้จ่ายหมดไปกับเรื่องสุขภาพในวัยสูงอายุ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2554) ขณะที่ผลจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรมบัญชีกลาง และสำนักประกันสังคมในช่วงปี 2545-2552 ได้ชี้ชัดถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่า เป็นสาเหตุสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้สูงอายุและทำให้คนสูงวัยต้องเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในแต่ละปีจำนวนมาก โดยอาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษามากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน หัวใจขาดเลือด ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อเสื่อม และสมองเสื่อม ทั้งยังพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่เป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548-พ.ศ. 2559 (มนทิญา กงลา และคณะ, 2558), (น้ำทิพย์ มะลิ, 2545), (จารุณี จันทร์เปล่ง, 2550) พบว่า มีการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ทั้งบริบทในเมือง ในชนบทและในชุมชน การศึกษาปัจจัยจึงเป็นการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุรวมทุกกลุ่ม มีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อยที่ทำการศึกษารายละเอียดเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มซึ่งจะทำให้ได้แนวทางหรือทราบปัจจัยที่เฉพาะและนำมาแก้ปัญหาอย่างตรงประเด็น กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง หากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ดูแลสร้างเสริมสุขภาพที่ดี จะทำให้เป็นผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่เป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่กลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง

จังหวัดลำพูน มีข้อมูลผู้สูงอายุปลายปี 2558 จากสถิติจำนวนผู้สูงอายุเทียบกับจำนวนประชากรทั้งจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ 18.01 ผู้สูงอายุ 73,022 คน จากประชากรทั้งหมด 405,268 คน ผลการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เซล (Bartel Activities of Daily Living : ADL) ได้ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.07 (67,966 คน) กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 5.72 (4,177 คน) กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.20 (879 คน) โดยจังหวัดลำพูนมีจำนวนผู้สูงอายุสูงที่สุดในประเทศไทย และมีดัชนีการสูงวัย ร้อยละ 143.50 สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยและคาดการณ์ว่าอีก 15 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2573) ดัชนีการสูงวัยจะเท่ากับร้อยละ 325.34 เมื่อเทียบกับประเทศญี่ปุ่นที่มีดัชนีสูงวัยสูงสุดในอาเซียน (ร้อยละ 250) แล้วจังหวัดลำพูนจะมีดัชนีสูงวัยมากที่สุดในอาเซียนจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ นอกจากส่งผลทางด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านการเศรษฐกิจ สังคมโดยรวมอันได้แก่ อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้น สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสในครัวเรือนก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน และยังพบปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล หรือขาดคนช่วยเหลือจากชุมชน หรือได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่มีคุณภาพ อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไช้มันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการได้รับความดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันอีกด้วย (สำนักงานจังหวัดลำพูน, 2559)

ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะสามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าตามแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีพลัง หรือที่เรียกกันว่า “พุดมพลัง” หรือ “Active ageing” ซึ่งเป็นแนวคิดที่

องค์การอนามัยโลก (2002) ได้ให้คำนิยามไว้ว่าเป็น “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” ทั้งนี้ต้องมีการเฝ้าระวังสุขภาพและให้การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นสุขได้นั้น ตัวผู้สูงอายุเองต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ มาสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

จากที่จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยผู้สูงอายุที่มากที่สุดในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเพื่อหาปัจจัยในการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่อำเภอบ้านโฮ่งมาก่อนซึ่งหน่วยงานภาครัฐนำโดยโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ร่วมกับภาคีเครือข่ายส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ได้มีความพยายามในการส่งเสริมผู้สูงอายุติดสังคมให้สร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยนำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE – PROCEED Model) มาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยนี้ โดยคาดว่าผลการศึกษารั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อทำให้กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ/ท้องถิ่นและภาคประชาชน ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีในผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. หน่วยงานภาครัฐ/ท้องถิ่นและภาคประชาชน ในพื้นที่อำเภอบ้านไผ่ ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิตต่อไป

3. ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การปฏิบัติธรรม กิจกรรมออกกำลังกาย จิตอาสา เป็นต้น รวมถึงการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในรูปแบบ focus group ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้จะศึกษาในเขตเทศบาลตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นเทศบาลขนาดกลาง มีพื้นที่ในความรับผิดชอบประมาณ 36.32 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 22,700 ไร่ ที่ตั้งอยู่ในท้องที่ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ ห่างจากกรุงเทพมหานคร 656 กิโลเมตร อยู่บนที่ราบทางด้านตะวันออกของดอยกาน มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ หมู่ที่ 10 ตำบลเหล่ายาว	อำเภอบ้านไผ่	จังหวัดลำพูน
ทิศใต้	ติดต่อกับ หมู่ที่ 12 ตำบลป่าพลู	อำเภอบ้านไผ่	จังหวัดลำพูน
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ หมู่ที่ 5 ตำบลบ้านไผ่	อำเภอบ้านไผ่	จังหวัดลำพูน
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ หมู่ที่ 13 ตำบลบ้านไผ่	อำเภอบ้านไผ่	จังหวัดลำพูน

ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน จำนวน 1,234 คน โดยที่จะทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน (ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ	ได้แก่	ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ปัจจัยเอื้อ	ได้แก่	สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ปัจจัยเสริม	ได้แก่	การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

ขอบเขตด้านเวลา

เก็บข้อมูล ในเดือน ธันวาคม 2559 ถึง มกราคม 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มติดสังคม เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชนได้ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวก็สามารถควบคุมได้

หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้หลัก 3 อ. ได้แก่

1. อ.อาหาร กินอาหารหลายประเภท ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เกล็มและได้สัดส่วนเพียงพออิ่มในแต่ละมื้ออาหาร
2. อ.ออกกำลังกาย ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ โดยมีการประเมินท่าทางการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม
3. อ.อารมณ์ อารมณ์ดี ร่าเริงด้วยรอยยิ้ม การจัดการความเครียด ยอมรับความเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพหรือการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาดำเนินการส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) โดยมีปัจจัยต่าง ๆ มาเกี่ยวข้อง ดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด (3 อ.)

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ คู่สมรส บุตร พ่อแม่ พ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยาญาติที่ใกล้ชิด คู่เนย เพื่อนสนิท สมาชิกหรือส่วนร่วมในกิจกรรมศาสนา เพื่อนร่วมชั้นเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อนร่วมงาน (งานประจำและชั่วคราว) เพื่อนบ้าน อาสาสมัครหรือทำกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เพื่อนในชมรมอื่น ๆ กลุ่มอื่น ๆ



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. สถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing)
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ
5. การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
6. แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE - PROCEED Model)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายไว้คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ผู้สูงอายุย่อมมีความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ปฏิบัติหน้าที่ดังเดิมได้ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถหารายได้ ผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อย่างไม่ปกติ ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือดูแล เมื่อจะเดินทางก็ต้องให้บุตรหลานไปรับไปส่ง บทบาทเปลี่ยนจาก “ผู้รับผิดชอบ” เป็น “ผู้พึ่งพิง”

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

สำหรับการแบ่งกลุ่มและช่วงอายุผู้สูงอายุไทย ตามความหมายของสำนักงานรัฐมนตรี 2541 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคล ที่มีอายุ 60 - 69 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มี อายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งเขาวัดลักษณะ ประสิทธิภาพและคณะ (2550) ได้สังเกตเห็นว่า เช่นกันแต่ได้ปรับให้มีความละเอียดมากขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย มีอายุระหว่าง 80 ปีขึ้นไป

สำหรับในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยอิงจากเกณฑ์ของเขาวัดลักษณะ ประสิทธิภาพและ
 คณะ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามสุขภาพ

เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม
 กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ ครอบคลุมวัย กระบวนการทางสุขภาพ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์
 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
 (Mahoney & Barthel, 1965) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

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

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มี
 ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือ
 ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

เมื่อนุษย์ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและ
 สังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละคน
 จะเกิดขึ้นไม่พร้อมกันและไม่เท่ากัน ด้วยปัจจัยที่สำคัญ คือพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเอง
 และประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย
 ได้แก่

ผมและขน	ผมเปลี่ยนจากสีเดิมเป็นสีขาว หงอก ผมบาง ร่วงง่าย เกิดจากเนื้อเยื่อหนัง ศีรษะเหี่ยวลง การไหลเวียนของโลหิตลดลงและขนตามร่างกายร่วงหลด ง่าย
ผิวหนัง	บาง เหี่ยว หนา แข็ง มักมีอาการคัน มีจ้ำเลือด ตกสะเก็ด ไขมันใต้ผิวหนัง น้อยลงทำให้รู้สึกหนาวง่าย
ต่อมเหงื่อ	เหงื่อออกน้อยลง ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของอากาศไม่ดีเกิด ความรู้สึกหนาว ร้อน ไม่คงที่
ตา	มีความเสื่อมโทรมของประสาทตา มีความไวต่อแสงน้อยทำให้มองเห็นภาพ โกล้ไม่ชัด สายตาวาว เลนส์หรือกระจกตาขุ่น เกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูก ตาเสื่อม การปรับสายตาช้า ความไวในการมองภาพลดลง ทำให้วงเวียน ศีรษะได้ง่าย น้ำตาลลดลง ตาแห้ง
หูตึง	เกิดการเปลี่ยนแปลงของประสาทรับเสียงเสื่อม หูตึง

จมูก	ประสาทรับกลิ่นบกพร่อง ทำให้การรับรู้กลิ่นลดลง
ลิ้น	การรับรู้รสลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของระบบประสาทสัมผัสลดลง
ฟัน	ฟันโยกคลอน หักง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอพึ้น
ต่อมน้ำลาย	ขับน้ำลายน้อยลง ทำให้ปากแห้ง
กระเพาะอาหาร	การเคลื่อนไหวลดลง น้ำย่อยและกรดเกลือในกระเพาะอาหารน้อยลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น ท้องอืดง่าย
ตับและตับอ่อน	ตับมีขนาดเล็กลง มีพังผืด เลือดไหลเข้าสู่ตับน้อย ทำให้ความสามารถของตับในการขับพิษลดลง ตับอ่อนทำงานน้อยลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานได้มาก
ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่	การเคลื่อนไหวลดลง การดูดซึมอาหารลดลง มีเศษอาหารค้างค้ำอยู่ในลำไส้ใหญ่ นานขึ้น ความไวจากการกระตุ้นด้วยอุจจาระช้าลง ส่งผลให้การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ จึงท้องผูกได้ง่าย
กระดุก	บาง เปราะ พริ้ว หักง่าย สาเหตุจากการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดุกมากขึ้น มีอาการปวด เจ็บกระดุกบ่อยและหมอนรองกระดูกหลังจะกร่อนและแบนลงมาก ส่งผลให้หลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกอ่อนเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงลดลง
ข้อ	น้ำไขข้อลดลง เกิดอาการปวด ข้อยึดติด การเคลื่อนไหวลำบาก เกิดภาวะข้อเสื่อม
กล้ามเนื้อ	มีความเสื่อมสมรรถภาพเกิดขึ้น มีการใช้งานน้อยลง กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุขาดโปรตีนเสริมร่วมกับความเสื่อมของโปรตีนในกล้ามเนื้อและการขาดน้ำ กำลังการหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดลง อ่อนกำลังทำงานออกแรงมากไม่ได้ เพลียล้าเร็ว การทรงตัวไม่ดี
ปอด	ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง มีปริมาตรของอากาศค้างในปอดเพิ่มมากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแห้งทึบส่งผลให้การขยายตัวของปอดลดลง จึงเกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ ทำให้สูดลมหายใจเร็วและหายใจตื้น และต้องใช้กระบังลมช่วย จึงทำให้รู้สึกเหนื่อย หอบได้ง่ายและผู้สูงอายุมักมีปอดที่ไม่แข็งแรง ทำให้หายใจตื้น ๆ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น

หัวใจ	การหดและการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง แรงบีบตัวน้อยลงอัตรา การเต้นของหัวใจลดลง ความแรงของชีพจรลดลง กล้ามเนื้อหัวใจไวต่อ สิ่งเร้าลดลง
หลอดเลือด	ผนังของหลอดเลือด มีลักษณะหนาและแข็งขึ้น เนื่องจากการจับของ แคลเซียมและไขมันมาเกาะที่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดแรงต้านทาน การไหลเวียนของเลือดมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่มักทำให้ผู้สูงอายุมีความ ดันเลือดสูงกว่าปกติได้และการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจน้อยลง ส่งผลให้หัวใจได้รับออกซิเจนน้อยลง และกล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพ การใช้ออกซิเจนลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
การขับถ่ายปัสสาวะ	กระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ขนาดเล็กลง มีความจุลดลง เป็นสาเหตุให้ ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยขึ้น กล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมลง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้และผู้สูงอายุผู้ชาย จะมีปัญหาต่อมลูกหมาก โต เป็นสาเหตุให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและปัสสาวะบ่อยขึ้น
ระบบประสาท	เสื่อมลงตามธรรมชาติ เซลล์ประสาทและสมองลดลง สมองมีน้ำหนักและ สมอง ลดลง ประสิทธิภาพการสั่งงานของสมองต่ำลง ความรู้สึกชา การ เคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี หลงลืมง่าย ความจำถดถอย จำเรื่องราวใน อดีตได้ดี ปัจจุบันไม่ดี
ต่อมไร้ท่อ	ต่อมใต้สมองเสื่อมหน้าที่ลง การผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลงทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย รูปร่างผอมลง และที่สำคัญทำให้ดื่มน้ำซึ่งมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลิน ฝ่อลีบลง ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุไม่ดีผู้สูงอายุ จึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จึงเป็นสาเหตุให้เป็นเบาหวานสูงกว่าคน หนุ่มสาว
ต่อมเพศ	จะทำงานลดลง ผู้หญิงมีขนาดอวัยวะเพศเล็กลง พื้นที่ช่องคลอดบางลง ในผู้ชายความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง สมรรถภาพทาง เพศลดลง

ในด้านอารมณ์และจิตใจนั้น กระบวนการทางสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมตะวันตก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่าง ๆ นั้นล้วนส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจในผู้สูงอายุ ได้แก่

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคม เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลับเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนหมดความสำคัญ บทบาทใหม่ที่ผู้สูงอายุได้รับ คือ คนเลี้ยงเด็กแทนที่บทบาทผู้นำและผู้แนะแนวทาง ดังนั้น ถ้าคนเรารู้สึกว่าไม่มีบทบาทสำคัญเช่นเดิมและต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นด้วย ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นดั่งปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้เกิดการขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมักจะถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์เสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือ จากผู้อาวุโสในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้ กำลังเปลี่ยนไปตามอย่างสังคมตะวันตกที่ยึดถือสภาพส่วนบุคคลและคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ (Behind the time) ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวก็อยู่ตามทางของคนหนุ่มสาวซึ่งความคิดเช่นนี้ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

สถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ขณะนั้นประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้พยากรณ์โครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ว่า “ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2571 สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป” จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในช่วงที่ผ่านมาประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากอดีตมีสัดส่วนเด็กมากในปัจจุบัน

จำนวนเด็กลดลง วัยแรงงานเพิ่มขึ้นน้อย แต่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นอีกทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” คือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 10 คน ในคนไทย 100 คน

กลุ่มผู้สูงอายุยังมีอายุสูงขึ้น จะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ปัจจุบันผู้สูงอายุหญิงมีอายุเฉลี่ย 82 ปี ผู้สูงอายุชายมีอายุเฉลี่ย 79 ปี ปัจจุบันมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่า คือ ผู้สูงอายุหญิง จำนวน 4 ล้านคน ผู้สูงอายุชาย จำนวน 3 ล้านคน

ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน เป็นปัจจัยให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ในปัจจุบันมีการคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568 สถานการณ์ดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคต โดยสิ่งที่ควรตระหนัก คือ ความเปลี่ยนแปลงในทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว นั้น มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาว่าเราจะใส่ใจดูแลผู้สูงอายุอย่างไรในโลกปัจจุบัน

โครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในช่วง 60 ปี (พ.ศ. 2513 – พ.ศ. 2573) ซึ่งเป็นปีรามิดที่เพิ่งเริ่มโครงการวางแผนครอบครัว มีฐานกว้างมากเนื่องจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุ 0 - 14 ปี) สูงโดยที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของปีรามิดก็มีจำนวนมากเช่นกัน ในขณะที่ส่วนบนของปีรามิด จะแคบเนื่องจากประชากรวัยสูงอายุยังมีสัดส่วนต่ำ

อีก 20 ปีต่อมา (พ.ศ. 2553) พบว่า ปีรามิดมีฐานแคบลงเนื่องจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก ลดลงโดยที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของปีรามิดมีจำนวนมากกว่าวัยเด็ก เนื่องจากประชากรวัยเด็กใน ช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเติบโตเป็นประชากรวัยแรงงาน ในขณะที่บางส่วนของปีรามิดจะค่อย ๆ ขยายกว้างขึ้นเนื่องจาก ประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

อีก 20 ปีต่อมา (พ.ศ. 2553) พบว่า ปีรามิดมีฐานแคบลงไปอีก เนื่องจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลงไปเรื่อย ๆ เนื่องจากอัตราการเกิดลดลงไปอีก ในขณะที่ส่วนบนของปีรามิด ขยายกว้างขึ้นเรื่อย ๆ ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของปีรามิดได้เคลื่อนตัวไปสู่ปีรามิดที่สูงขึ้น ในขณะที่เดียวกันประชากรวัย สูงอายุก็มีสัดส่วนที่สูงขึ้นด้วย เนื่องจากคนที่เกิดหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้เคลื่อนเข้าสู่ วัยสูงอายุ ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น

ในอนาคตอีก 20 ปี (พ.ศ. 2573) ปีรามิดประชากรจะมีฐานแคบลงไปอีกโดยสัดส่วนของประชากร วัยเด็กและวัยแรงงานลดลง อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ส่วนบนของปีรามิด จะขยายกว้างมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประชากรวัยสูงอายุจะมีสัดส่วนสูงขึ้นถึง 2 เท่าตัว เมื่อเทียบกับปี 2553 เนื่องจากคนที่เกิดหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มาถึงวัยสูงอายุและประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอีกสังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing)

คำว่าผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ได้ถูกเสนอโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาประชากรสูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เป็นความพยายามปรับเปลี่ยนแนวคิดจาก “ความต้องการพื้นฐาน (need-based)” ที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายแบบถูกกระทำ (passive targets) เป็นแนวคิด “สิทธิขั้นพื้นฐาน (rights-based)” จากหลักการพื้นฐานผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ประกอบด้วย หลักการมีเสรีภาพ (independent) หลักการมีส่วนร่วม (participation) การได้รับการดูแล (care) การบรรลุความพึงพอใจในตนเอง (self-fulfillment) และ ความมีศักดิ์ศรี (dignity) ที่ได้ตระหนักถึงสิทธิของประชาชนอย่างเท่าเทียม เป็นการปฏิบัติ ในทุกมิติของชีวิตตามวัยหรือเหมาะสมกับอายุของผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและมิติอื่น ๆ ของวิถีชุมชน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายของ Active Ageing ไว้ว่าเป็นกระบวนการที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่สุขภาพที่ดีมีส่วนร่วมในสังคมและมีหลักประกันที่มั่นคงในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย โดยเสนอกรอบที่เป็นองค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ไว้ 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. สุขภาพ (health) สุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นเงื่อนไขของการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัวและสังคมแวดล้อม

2. การมีส่วนร่วม (participation) ในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่า มีเกียรติศักดิ์ศรีและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลานทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีและจะส่งผลต่อสุขภาพกายด้วย

3. การมีหลักประกันความมั่นคง (security) ของผู้สูงอายุ คือมีความมั่นคงปลอดภัยทางด้านร่างกาย มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เล็ก สมบัติและคณะ(2554) กล่าวว่า ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ให้นักที่ปัจจัยด้านสังคมเป็นหลัก กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อนและชุมชน หรือการบำเพ็ญประโยชน์ต่าง ๆ ประเด็นที่ให้ความสนใจถัดมาคือประเด็นทางเศรษฐกิจ ทั้งการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ และเป็นความมั่นคงในชีวิต ขณะที่ให้ความสนใจด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นลำดับหลัง

สำหรับประเทศไทย คำว่า Active Ageing มีผู้แปลเป็นภาษาไทยแตกต่างกันไป เช่น “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พหุพลัง” และ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” กล่าวได้ว่า นักวิชาการของไทยให้

ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพโดยให้สำคัญกับสุขภาพกายเป็นหลัก ความสามารถในการดูแลพึ่งตนเองได้ ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และสังคม อีกทั้งการมีอิสระ ความพอใจในชีวิต ตลอดจน การพัฒนาทางจิตและปัญญา

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุมีความเห็นตรงกัน ว่ากระบวนการสูงอายุนั้นเกิดจากปัจจัย ภายนอกและปัจจัยภายใน ความรู้จากศาสตร์เพียงสาขาใดสาขาหนึ่งยังไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์การสูงอายุนั้นเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ทั้งในแนวดิ่งและแนวนอน โดยในแนวดิ่งให้พิจารณาว่า ร่างกายของบุคคลมีองค์ประกอบนับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์อวัยวะ บุคคลกลุ่มคนและสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมีคุณลักษณะที่เชื่อมโยง กัน คือเริ่มจาก 1) การเป็นอยู่ (being) หมายถึง โครงสร้างกายวิภาคและปฏิกิริยาชีวเคมี 2) แสดงพฤติกรรม (behaving) หมายถึง การทำหน้าที่ของโครงสร้างแสดงออกโดยพฤติกรรม 3) การกลายมาเป็น (becoming) หมายถึง พัฒนาการและกระบวนการเติบโตของมนุษย์ 4) การตายของเนื้อเยื่อ จากอายุที่เพิ่มขึ้น 5) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีภายในร่างกายก็เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงของต่อมในเนื้อเยื่อ บางประเภทของร่างกาย เป็นต้น 6) อายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลง ในลักษณะเสื่อมถอยในภาพรวมของร่างกายเพิ่มขึ้น 7) อายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการปรับตัวต่อ สถานะการเปลี่ยนแปลงของบุคคลลดลงและอายุเพิ่มขึ้น ความต้านทานต่อโรคร้ายไข้เจ็บลดลง เช่นกันและมีการกล่าวถึงกระบวนการสูงอายุนั้นว่ากระบวนการสูงอายุนั้นจะเป็นการสะสมของกระบวนการที่ ซับซ้อนมากกว่า มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ด้วยกลไกหลากหลายที่เกิดขึ้นในทุกระดับของร่างกายและการสูงอายุนั้นมีอายุยืนมีอิทธิพลมาจากยีน การแก่ หรือการสูงอายุนั้นเป็นการสะสมผลของปฏิกิริยาที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ยีน อาหารอุบัติเหตุไวรัส สารพิษ ยาปฏิชีวนะ และอื่น ๆ และความแก่ไม่ใช่โรคแต่ความแก่นำสู่การเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งนี้มีการให้นิยามเพิ่มเติม เกี่ยวกับการสูงอายุนั้นว่าความสูงอายุนั้นมีความหมายในแง่กาลเวลา โดยพิจารณาจากสถานภาพและความสามารถที่จะกระทำ กิจกรรมตามบทบาทของบุคคล ซึ่งบุคคลจะถูกนับว่าสูงอายุเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้และอธิบายเพิ่มเติมว่า การอธิบายและการทำความเข้าใจกับการ สูงอายุมีหลายมุมมอง โดยเป็นการให้มุมมองที่แตกต่างกัน ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่พบใน กระบวนการสูงอายุนอกจากนี้ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุนั้นและสรุปว่าการสูงอายุนั้นต้องศึกษาจากศาสตร์ทั้ง 3 ด้าน คือศาสตร์ชีวภาพ (Biological view) ศาสตร์ด้าน

จิตวิทยา (Psychological view) และศาสตร์ด้านสังคม (Sociological view) (ประนอม โอทกานนท์, 2554: 8 - 24 อ้างถึงใน วิทมา ธรรมเจริญ, 2555) มีรายละเอียดดังนี้

ศาสตร์ด้านชีวภาพ (Biological View) ศาสตร์ด้านชีวภาพอธิบายกระบวนการสูงอายุเป็นทฤษฎี 3 ระดับคือ ทฤษฎีทางพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะและทฤษฎีสรีรวิทยา

ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) ซึ่งอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตแก่ขึ้นหรือสูงอายุขึ้น เพราะว่ามี การถ่ายทอดข้อ มูล ที่ผิดปกติจากนิวเคลียสของเซลล์ การถ่ายทอดข้อ มูลที่ผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการ ถ่ายทอดรหัส ปกติของ DNA กลุ่มของทฤษฎีพันธุกรรมประกอบด้วย

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) อธิบายกระบวนการ สูงอายุว่า สิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาตลอดเวลา สิ่งมีชีวิตแต่ละเผ่าพันธุ์จะมีขึ้นเป็น ตัวกำหนดลักษณะเมื่อมีอายุมากขึ้น

2. ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock หรือ Genetic Clock หรือ Programmed Aging Theory) อธิบายว่าสิ่งมีชีวิตจะมีขึ้นเป็นตัวกำหนดอายุขัย อายุของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตได้ถูกกำหนดไว้แล้วและเรียกว่าเป็นนาฬิกาชีวิต นาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียส และโพรโทพลาซึมของร่างกาย

3. ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) อธิบายว่า การสูงอายุเริ่มจากการผ่าเหล่าของสารพันธุกรรม (DNA) และทำให้อวัยวะและระบบต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น เซลล์มีการเสื่อมหรือเซลล์เกิดเป็นมะเร็ง เป็นต้น

4. ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) อธิบายว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น ร่างกายมีการสร้างโปรตีนที่ผิดพลาดได้ทำให้โปรตีนใหม่ กลายเป็นสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านสิ่งแปลกปลอมนั้น ๆ มีผลทำให้เซลล์ถูกทำลาย ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติและตายในที่สุด

ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ถูกใช้งานมากขึ้น จึงเกิดการเสื่อมถอยหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ และส่งผลต่อหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ กลุ่มของทฤษฎีอวัยวะประกอบด้วย

1. ทฤษฎีการเสื่อมและการถดถอย (Wear and Tear Theory) อธิบายว่า กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติเมื่อเซลล์มีการใช้งาน เซลล์จะผลิตสารเหลือใช้ เช่น Lipofuscin สะสมไว้เมื่อมีอายุมากขึ้นพบว่า มีการสะสมที่หัวใจรังไข่และหน่วยประสาท (Neurons) เมื่อมีการสะสมถึงระดับหนึ่ง เซลล์จะทำงานไม่ได้หรือทำงานลดลง เป็นเหตุให้เซลล์มีการเสื่อมถอยและอวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลง

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

3. ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) อธิบายว่าเมื่อ สิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น อวัยวะที่เป็นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้แก่ไขกระดูก ต่อมไทมัส ระบบ น้ำเหลือง ตับ ม้าม จะทำงานลดลง สร้างภูมิคุ้มกัน ชนิดทำลายตนเองมาก

ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) กลุ่มของทฤษฎีสรีรวิทยา ประกอบด้วย

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

2. ทฤษฎีการสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) อธิบายว่าถ้าร่างกายถูกใช้งานมากและนาน ร่างกายจะสะสมของเสียไว้มากเซลล์เสื่อมและมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง

3. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) อธิบายว่าอนุมูลอิสระคือส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ซึ่งเกิดจากกระบวนการทำงานปกติของเซลล์โดยโมเลกุล ของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับ โมเลกุลอื่น ที่อยู่ข้างเคียง ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงไป อนุมูลอิสระเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น อาหาร รังสีมลภาวะของอากาศ การสูบบุหรี่ ซึ่งเมื่ออนุมูลอิสระทำปฏิกิริยาก็คจะทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะเป็นสาเหตุของความแก่และการสูงอายุนั่นเอง

4. ทฤษฎีการเชื่อมโยง (Cross Linkage Theory) ทฤษฎีนี้อธิบาย กระบวนการแก่หรือการสูงอายุดำเนินการเปลี่ยนแปลงในระดับ DNA และส่งผลกระทบต่อ การทำงานของร่างกาย Cross linking เป็นปฏิกิริยาเคมีที่เกิดขึ้นและทำให้ DNA มีการเสื่อมเป็นผล ทำให้เซลล์ตาย

ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological View) คำอธิบายด้านจิตวิทยาได้ช่วยอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งไม่สามารถอธิบายด้วยปัจจัยเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง ทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในแต่ละวัย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การศึกษาปัจจัยภายในของบุคคลจะต้องเข้าใจในเรื่องความจากการรับรู้การเรียนรู้และบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งสิ่ง

เหล่านี้ในผู้สูงอายุจะผันแปรไปตามการเปลี่ยนแปลงของโมเลกุลเซลล์อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอกของบุคคลนั้น ศาสตร์ด้านจิตวิทยาอธิบายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมของร่างกายกับ ปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม (Social) และส่วนของสังคมนั้นคือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและโครงสร้างสังคม โดยทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่ ใช้อธิบาย กระบวนการสูงอายุในปัจจุบัน (ประนอม โอทกานนท์, 2554: 20 - 21 อ้างถึงในวิมา ธรรมเจริญ, 2555) ได้แก่

1. Jung Theories of Personality ทฤษฎีนี้เน้นการพัฒนาบุคลิกภาพกับการ บรรลุความต้องการพื้นฐานของบุคคลในทุกช่วงชีวิต โดยเสนอว่า เมื่อบุคคลมีวัยที่สูงขึ้นบุคลิกภาพ ของบุคคลอาจจะเปลี่ยน ไป คือจากบุคลิกภาพการมีมิตรภาพ ชอบสมาคม เป็นบุคลิกภาพที่ใช้เวลากับตนเอง

2. Developmental Theories of Erikson and Peck อีริกสัน ได้อธิบายพัฒนาการของบุคคลตามพัฒนาการชีวิตตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยสูงอายุไว้ทั้งหมด 8 ระยะ ผลลัพธ์ของพัฒนาการ แต่ละระยะอาจมีทั้งสำเร็จก่อให้เกิดความพึงพอใจ และไม่สำเร็จก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในระยะต่าง ๆ ของชีวิตโดยเฉพาะวัยกลางคน หากบุคคลมีพัฒนาการทางบวกคือ มีความใจกว้าง เพื่อแผ่ คนอื่นไม่เห็นแก่ตัว (generativity) บุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีความมั่นคงทางจิตใจ เห็นคุณค่า ตนเองและไม่สิ้นหวังในชีวิต Peck ได้ขยายแนวคิดของอีริกสัน ระบุพัฒนาการที่ผู้สูงอายุจะต้องทำเพื่อบรรลุถึงความมั่นคงในจิตใจ (ego integrity) ไว้ว่า ในวัยสูงอายุบุคคลจะต้องให้ความสำคัญและแยกตนเองจากการคิดแค่เพียงการเห็นความสำคัญของตนเอง (ego) สภาพร่างกายที่แปรเปลี่ยนไป (body) และบทบาทของตนเอง (role)

3. Maslow's Hierarchy of Human Needs มาสโลว์ อธิบายความต้องการ พื้นฐานของมนุษย์เป็น 5 ระดับ คือ ความต้องการด้านร่างกายด้านความปลอดภัยด้านความรักด้านการมีศักดิ์ศรีของตนเองและด้านการบรรลุสัจกาลแห่งตน และการที่จะบรรลุความต้องการในขั้นที่ สูงสุดจะต้องได้รับความต้องการที่พึงพอใจในระดับ ที่ต่ำกว่าก่อน และความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงขับเคลื่อนของการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์

ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา (Sociological View) ประนอม โอทกานนท์ (2554: 22 - 24) ได้ อธิบายกระบวนการสูงอายุไว้ว่าศาสตร์ ด้านสังคมวิทยาอธิบายการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ของบุคคลโดยเน้นกระบวนการ ปรับตัว ทฤษฎีที่นำมาอธิบายมีดังนี้

4. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) อธิบายว่าบทบาทในสังคมของบุคคล เปลี่ยนไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงตามวัยที่สูงขึ้นคือตัวพยากรณ์การปรับตัวต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลนั้น ๆ

5. ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคล จะอยู่ในสังคม ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์แต่บทบาทของคน จะลดลง และปฏิสัมพันธ์กับ สังคมจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น คือจะปรับตัวค่อย ๆ ถอยห่างจากสังคม มีการสนใจตนเองมากขึ้น การถอยหนีจากสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุประหยัดพลังงานของตนเองและยัง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้อาวุโสน้อยกว่า ได้แสดงบทบาทในสังคมมากขึ้น

6. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) กิจกรรมในทฤษฎีนี้หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อครอบครัวและต่อสังคม กิจกรรมเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติจะทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ตนเองยังเป็นประโยชน์และยังมีบทบาทต่อสังคมอยู่ทั้ง ๆ ที่ภาวะร่างกายทำให้มีการถอยห่างออกจากสังคม ทฤษฎีนี้อธิบายได้ว่าการมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

7. ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้สูงอายุยังต้องการแสดงบทบาทในสังคม แม้ว่า สังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไป

8. ทฤษฎีต่างยุค (Age - Stratification Theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีใหม่ คำนึงถึงบุคคลในฐานะ โครงสร้างของสังคม ผู้มีวัยในยุคสังคมต่างกัน ย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน ทฤษฎีช่วยให้เข้าใจและนิยามการสูงอายุในบริบทของสังคม วัฒนธรรม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละยุค รวมทั้งความแตกต่างกันในภาคส่วนต่าง ๆ ของโลก

9. ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้มีพื้นฐานมาจากการพิจารณา Cost - Benefit Model ของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและยังมีพื้นฐานมาจากการแลกเปลี่ยนในลักษณะสมดุลในคุณค่าและประโยชน์ของการแลกเปลี่ยน ผู้สูงอายุอาจถูกมองว่าให้ผลตอบแทนน้อยไม่คุ้มค่าอย่างใดก็ตาม คุณค่าของการแลกเปลี่ยนจะบอกสถานภาพทางสังคมของผู้แลกเปลี่ยน บทบาทและทักษะของบุคคลอาจใช้เป็นตัวแลกเปลี่ยนในสถานการณ์ที่สังคมนั้นมีความต้องการ เช่น พ่อแม่มีคุณค่าทำหน้าที่เลี้ยงดูหลานเพื่อตอบแทนให้คนหนุ่มสาวสามารถประกอบภารกิจในชีวิตการงานได้เป็นต้น

10. ทฤษฎีความทันสมัย (Modernization Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายสภาพ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จากเทคโนโลยีที่ทันสมัย สังคมและบทบาทของคนมีการเปลี่ยนแปลง ทันสมัยขึ้น ผู้สูงอายุอาจก้าวไม่ทันและถูกมองว่า ไม่มีคุณค่าอย่างใดก็ตามมีผู้ให้สังเกตในทฤษฎีนี้ว่าในบางสังคม เช่น ประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีความเจริญมากยังคงไว้ซึ่งการยกย่องนับถือผู้สูงอายุอย่างในอดีต

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสรุปได้ 3 ทฤษฎีซึ่งแต่ละทฤษฎีมองกระบวนการสูงอายุแตกต่างกันโดย

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา มองความสูงอายุ โดยพิจารณาสาเหตุของการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยพยายามอธิบาย ความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาเคมีในร่างกายกับกระบวนการสูงอายุและการนำไปประยุกต์ของทฤษฎี ในศาสตร์นี้คือการลดความเครียดที่อยู่รอบตัวมนุษย์อาทิอากาศและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อเสริมสร้างการไหลเวียนของโลหิตในร่างกาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีแนวโน้มในทางเสื่อมและเมื่อร่างกายไม่แข็งแรงย่อมส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุเช่นกัน

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา สรุปได้ว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของบุคคล ซึ่งปัจจัยภายในจะเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ เป็นต้น ส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอก เป็นการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมของร่างกายกับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคมและส่วนของสังคม คือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและ โครงสร้างสังคม ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขนั้น ขึ้นอยู่กับ ภูมิหลัง และการพัฒนาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การมีครอบครัวอบอุ่น สภาพทางอารมณ์มีความรักต่อผู้อื่น มีการค้นหาความรู้สม่ำเสมอ เป็นต้น

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงบทบาท สัมพันธภาพและการปรับตัวใน สังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยแนะนำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัครซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการลดบทบาทของตนเองลง ยอมรับกับบทบาทใหม่ ๆ ได้ ผู้สูงอายุที่มียุคสังคม วัฒนธรรมและเหตุการณ์ต่างกันย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากประกาศกฎบัตรออกตราว่าที่ประเทศแคนาดา ปี 1985 ได้บัญญัติว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ “HEALTH PROMOTION” หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย

การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัยทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญหรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, 2556)

ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2554) ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้ง ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมหรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชนก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุนั้นเองซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านและสิ่งที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยความอบอุ่นมีสุขภาพดีและปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่น ๆ ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพกตัญญูทวดเวทิต่อผู้สูงวัยปีประเพณีรดน้ำดำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น การฟันทศนัฟงธรรม เป็นต้น

4. พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่าง ๆ

5. ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน

โดยในการศึกษานี้ จะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลักการแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ประการที่ 4 เป็นหลัก

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE - PROCEED Model)

แบบจำลอง (Model) การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบัน คือ PRECEDE - PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green and Marshall Krueter (2005) แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผน แต่ก็มีนักวิชาการและนัก ปฏิบัติจำนวนไม่น้อยนำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้ เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำ (Predisposing factor)ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ

PRECEDE - PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมิน ผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนงานของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมี ส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้น ผลสัมฤทธิ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะมีมากน้อย เพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมาก น้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นห่วงโซ่ปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธีตลอดจนวิธีการ แก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้ว แบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขศึกษาในชุมชน เป็นต้น PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามาร่วมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ Green และ Krueter ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้อง กับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการ

บริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษาและสุขภาพแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการและเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบ สังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงกระบวนการดำเนินชีวิตที่มีสุข (healthful lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจและสังคม มากยิ่งขึ้น

เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE - PROCEED model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (inputs) ด้วยเหตุนี้จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุ ผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วม อย่างจริงจังในการที่จะระบุถึงปัญหาที่เร่งด่วนและเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจนในการ พัฒนากำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่าง ๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมืองและสังคม PRECEDE ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านความรู้และการศึกษาเรียนรู้และการจัดองค์กรและการบริการ (Education and organizational Diagnosis)

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย เป็นการวินิจฉัยนโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กรซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

นอกจากนี้เพื่อประเมินว่า เป้าประสงค์วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการจะสอดคล้องกับนโยบายขององค์กรหรือไม่ สอดคล้องกับระเบียบกฎเกณฑ์และพันธกิจขององค์กรหรือไม่ PROCEED ประกอบด้วยอีก 4 ระยะ ต่อไป คือ

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation)

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม

จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุชี้และประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : Q O L) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือประชาชน ผู้บริโภค ผู้รับบริการ นักเรียน นักศึกษา หรือชุมชน สังคม ที่ประชาชนเป็นผู้มองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา

การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุชี้ว่ามีปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจุดเน้นของระยะนี้ก็เพื่อจะระบุ บ่งชี้สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วยให้มีความชัดเจนในประเด็นเหล่านี้คือ 1. กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงาน โครงการ และการใช้ทรัพยากร 3. มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงาน ร่วมกันนอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหาก็ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่น ระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ต้องการให้เกิด (What) และมากน้อยเพียงใด (How much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะ ได้รับ เมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียไป เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความทุพพลภาพ การเจ็บป่วย การเกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรคและการเจ็บป่วย) เป็นต้น การวินิจฉัยในระยะที่ 1 - 2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านี้อาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศและการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการและความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นใน ระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วย การศึกษาได้โดยสรุป การวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุชี้ไว้ในระยะที่ 1 - 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพและสังคมควบคู่ไปซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

การวิเคราะห์พฤติกรรมตามตารางสัมพันธ์จะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยพฤติกรรมเป้าหมาย หรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมายที่จะต้องนำมาใช้วางแผนแก้ปัญหาและสามารถวัดได้ ประเมินได้ต่อไป ควรทำพฤติกรรมเป้าหมายและสิ่งแวดล้อมเป้าหมายในช่อง 1 และ 2 มากำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ ส่วนช่องที่ 3 อาจนำมาใช้ด้วยเหตุผลทางการเมือง ส่วนช่องที่ 4 ไม่นำมาพิจารณาในการกำหนดเป็นพฤติกรรมเป้าหมายหรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมาย (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 การจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)

ความสำคัญ/ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง	สำคัญมาก	สำคัญน้อย
สามารถเปลี่ยนแปลงได้มาก	1. สำคัญมาก และเปลี่ยนแปลงได้มาก	3. สำคัญน้อย แต่เปลี่ยนแปลงได้มาก
สามารถเปลี่ยนแปลงได้น้อย	2. สำคัญมาก แต่เปลี่ยนแปลงได้น้อย	4. สำคัญน้อย และเปลี่ยนแปลงได้น้อย

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ต้องเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัย สาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมและการดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิด เป็นต้น

ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลและหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น

ระยะที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย

ในระยะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณการกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร เป็นการวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากรและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงาน โครงการสุขภาพ

การวินิจฉัยนโยบาย เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ดำเนินงานตามกลวิธีวิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ

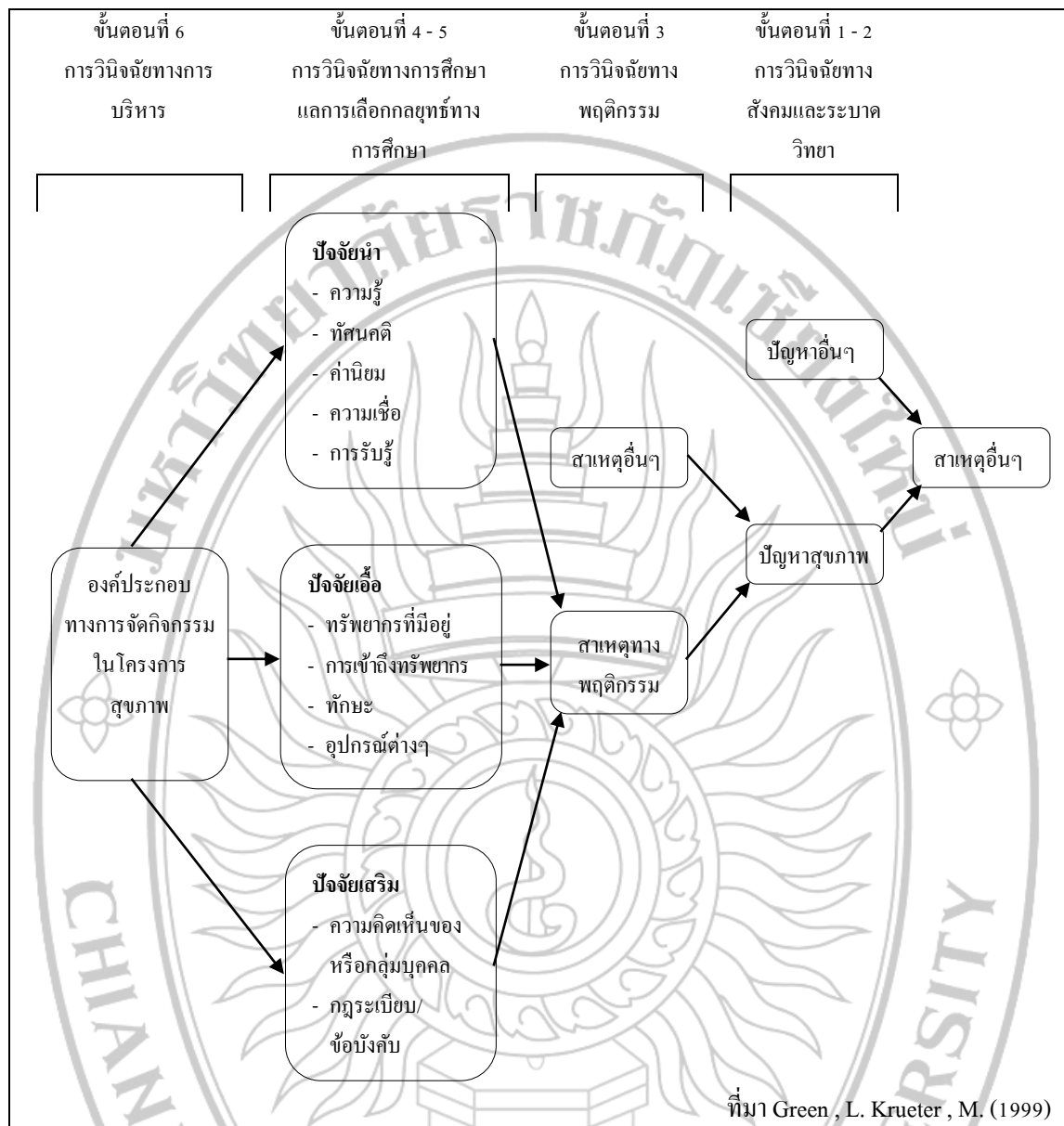
เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ

เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงาน โครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (predisposing, enabling and reinforcing factors)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย

เป็นการประเมินผลรวบยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปี ๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้ (ภาพที่ 2.1)



ภาพที่ 2.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพจาก PRECEDE Model

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชัย เสนขุ่มและคณะ (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การศึกษาระดับการศึกษา ($r = 0.19$) การมีและเข้าถึงทรัพยากร ($r = 0.22$) สัมพันธภาพในครอบครัว

($r = 0.18$) การสนับสนุนจากภาครัฐ ($r = 0.25$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ($r = -0.14$) จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องรับพิศชอบดูแล ($r = -0.14$) และปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีและเข้าถึงทรัพยากร การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพการพยากรณ์ร้อยละ 38.0 ($R^2 = 0.38$)

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไปและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 362 คน ตัวแปรอิสระประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และลักษณะครอบครัว 2) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองและความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพื้นฐาน การทดสอบ t การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีของทูเกย์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 12 ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองและความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

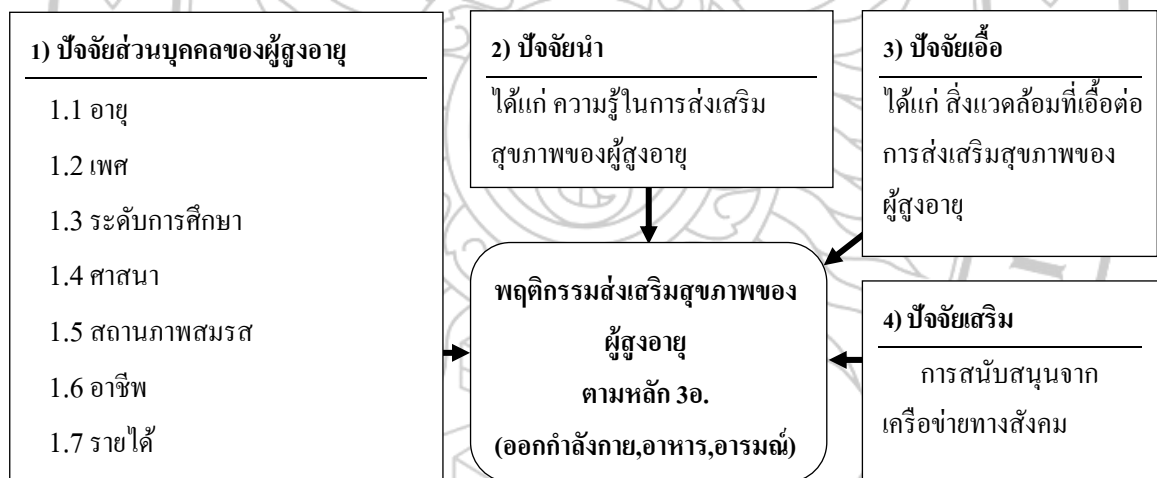
5. การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เล็ก สมบัติ (2549) ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน สมาชิกในครอบครัวส่วนมากเป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 39 ปี นับถือศาสนาพุทธ สมรสแล้ว จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 มีอาชีพเป็น เกษตรกร ส่วนมากมีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุการศึกษาถึงปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยภายในซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุมี ระดับสัมพันธภาพในระดับที่ดีโดยเฉพาะในด้านการให้ความเคารพเชื่อฟัง มีเหตุผลและการเอาใจใส่ให้ความรัก ส่วนปัจจัยภายนอกในการดูแลผู้สูงอายุนั้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดีมีระดับการได้รับการบริการและไม่ได้รับบริการในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือบริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุด คือ บริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียน โดยอาสาสมัครและการสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า โดยภาพรวมปัจจัยพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปได้ว่าครอบครัวส่วนมากมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในครอบครัวรวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีโดยอาศัยปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านอาหาร การกินยา ความสะอาดและสุขภาพโดยรวม ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น สิ่งที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาหารและโภชนาการด้านการเงิน ด้านเครื่องนุ่งห่ม เครื่องอุปโภคบริโภคและด้านที่อยู่อาศัย การที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้แต่ในภาวะปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายประการได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาด้านการเงิน จึงมีความต้องการให้ช่วยเหลือทั้งต่อผู้สูงอายุและช่วยเหลือสมาชิกของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างให้มีศักยภาพเข้มแข็งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้

วชิราพรณ เทวิน (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุในกลุ่มสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางจิตในกลุ่มต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19.2, 5.0 และ 3.0 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน จำนวน 1,869 คน โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,234 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาวิจัย (inclusion criteria)

1. เป็นเพศชายหรือเพศหญิง
2. ต้องเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
4. เป็นผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

เกณฑ์แยกอาสาสมัครออกจากการศึกษาวิจัย (exclusion criteria)

1. อาสาสมัคร ที่มีการบกพร่องทางการสื่อสาร เช่น เป็นใบ้ หูหนวก ตาบอด เป็นต้น
2. อาสาสมัคร ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05 เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 1,869 คน กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม มีจำนวน 1,234 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 302 คน วิธีคำนวณตามสูตร ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 N = ขนาดของประชากร
 e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{1,234}{1 + (1,234)0.05^2}$$

$$n = 302.081 \approx 302 \text{ คน}$$

การสุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลของกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 1,869 คน กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม มีจำนวน 1,234 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การเลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งกลุ่มหมู่บ้านตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มติดสังคม มี 3 กลุ่ม กลุ่มละ 3 หมู่บ้าน ได้แก่

- หมู่บ้านขนาดใหญ่ มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดสังคม ตั้งแต่ 181 คน ขึ้นไป
- หมู่บ้านขนาดกลาง มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดสังคม ตั้งแต่ 91 – 180 คน
- หมู่บ้านขนาดเล็ก มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดสังคม ตั้งแต่ 1 – 90 คน

การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling, SRS) โดยการสุ่มจับฉลากให้เหลือเพียง 1 หมู่บ้าน จาก 3 หมู่บ้านในแต่ละกลุ่มขนาด

การเทียบบัญชีไตรยางค์เพื่อหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน หลังประมาณค่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านโดยใช้สูตรคำนวณของทาโร ยามาเน่

การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling, SRS) โดยการสุ่มจับฉลากเลขที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) และใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling: SRS) โดยการสุ่มจับฉลากเลขที่บ้านครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่จากทะเบียนประชากรผู้สูงอายุของเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน แล้วหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีเทียบบัญชีไตรยางค์ (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัย

หมู่ที่	หมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ ในหมู่บ้าน (คน)	จำนวนผู้สูงอายุใน กลุ่มติดสังคม (คน)	SRS (คน)	เทียบบัญชี ไตรยางค์ (คน)
1	บ้านห้วยกาน	442	247		
2	บ้านโองหลวง	298	196		
7	บ้านห้วยห้า	257	186	186	140
3	บ้านป่าปวย	249	168	168	126
8	บ้านดงถ้ายี่	198	144		
6	บ้านดอยก้อม	146	99		
17	บ้านสันตติบเต่า	113	88		
4	บ้านสันเจดีย์	98	58		
18	บ้านกลาง	68	48	48	36
รวม		1,869	1,234	402	302

การสุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัย



ภาพที่ 3.1 การสุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัย

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

การศึกษาวิจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงปฐมภูมิ (Primary Data) ได้จากการสำรวจ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้จากการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุ สถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE - PROCEED Model) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือ สิ่งพิมพ์ วารสาร รายงานสรุปและงานวิจัยต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับปรุงจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามชนิดใช้ผู้สัมภาษณ์ ตามแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) มีส่วนประกอบเนื้อหาที่สำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว เป็นต้น เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II, HPLP II) ของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ประเมินพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดัดแปลงแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว โดยใช้การประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านโภชนาการ (nutrition) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ
2. ด้านการออกกำลังกาย (physical activity) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ
3. ด้านการจัดการความเครียด (stress management) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ

รวมคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติสม่ำเสมอ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ 7 วัน/สัปดาห์
ได้ 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ 4-6 วัน/สัปดาห์
ได้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ 1-3 วัน/สัปดาห์
ได้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย
ได้ 1 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 - 100 แบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนนรวมเท่ากับ	100	คะแนน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมาก
คะแนนรวมเท่ากับ	80 - 99	คะแนน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี
คะแนนรวมเท่ากับ	60 - 79	คะแนน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีปานกลาง
คะแนนรวมน้อยกว่า	60	คะแนน	ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น

โดยผู้วิจัยได้จัดระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom, B.S. et al. (1971) แล้วนำมาดัดแปลงโดยจัดเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับ ดี คือ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดีมาก และ ดี

ระดับ ไม่ดี คือ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดีปานกลาง และ ควรปรับเปลี่ยน เพื่อนำไปทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression Analysis)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (อรรณพ น้อยวัฒน์ และคณะ, 2558) โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดัดแปลงแบบสอบถามดังกล่าว โดยคัดเลือกหัวข้อคำถามที่เกี่ยวข้องให้เหลือ 17 ข้อ เป็นแบบทดสอบให้เลือกรูปแบบ (true - false) แล้วนำคะแนนมาคิดเป็นร้อยละ ผู้วิจัยได้จัดระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดของเสรี ลาขโรจน์ (2537) ดังนี้

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่า	ร้อยละ 60
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	ร้อยละ 60-80
ระดับสูง	ได้คะแนนมากกว่า	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบ มีทั้งหมด 9 ข้อ ตามหลัก 3อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ นำคะแนนมาคิดเป็นร้อยละ จัดระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom, B.S. et al. (1971) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 - 100 แบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนนรวมเท่ากับ	100	คะแนน	สิ่งแวดล้อมดีมาก
คะแนนรวมเท่ากับ	80 - 99	คะแนน	สิ่งแวดล้อมดี
คะแนนรวมเท่ากับ	60 - 79	คะแนน	สิ่งแวดล้อมดีปานกลาง
คะแนนรวมน้อยกว่า	60	คะแนน	ควรปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น

3. ปัจจัยเสริม เป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคล เพื่อหาความสัมพันธ์ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีเครือข่ายทางสังคม (Scoring the Social Network Index) เพื่อประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ คู่สมรส บุตร พ่อแม่ พ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยาญาติที่ใกล้ชิด คู่ญาติ เพื่อนสนิท สมาชิกหรือส่วนร่วมใน กิจกรรมศาสนา เพื่อนร่วมชั้นเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อนร่วมงาน (งานประจำและชั่วคราว) เพื่อนบ้าน อาสาสมัครหรือทำกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เพื่อนในชมรมอื่น ๆ กลุ่มอื่น ๆ ทั้งหมด 12 ข้อ นำมาคิดเป็นร้อยละ และจัดระดับเกณฑ์เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยแบ่ง แบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดของเสรี ลาขโรจน์ (2537) ดังนี้

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่า	ร้อยละ 60
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	ร้อยละ 60-80
ระดับสูง	ได้คะแนนมากกว่า	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม หาดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับ วัตถุประสงค์ ด้วยการหาค่า IOC: Index of item objective congruence โดยพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน	+1	ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
ให้คะแนน	0	ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
ให้คะแนน	-1	ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

นำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (ธีระศักดิ์ อุ่น อารมณ์เลิศ, 2549) มีสูตรในการหาค่า ดังนี้

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

เมื่อ	IOC	คือ	ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์
	$\sum R$	คือ	ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
	N	คือ	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้อง ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณ จากสูตรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ทั้งนี้แบบสอบถามการวิจัยนี้มีค่า IOC ดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

แบบประเมินความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

แบบประเมินดัชนีเครือข่ายทางสังคม มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

ผู้วิจัยได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงนำไปใช้ได้

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสำรวจ (Pilot study) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพ ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ใน เขตเทศบาลตำบลศรีเตี้ย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ได้จากการทดลองใช้ มาทำการทดสอบโดยวิธีครอนบาช แอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) เพื่อวัดคุณภาพความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามว่า แต่ละข้อคำถามสอดคล้องกันหรือไม่ เป็นการวัดการสอดคล้องภายใน (Internal consistency) หรือ เรียกว่า การหาค่า Cronbach's alpha เป็นการหาค่า "สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น" (Coefficient of reliability) ตามที่ Jump N (1978) ได้เสนอแนะเป็นเกณฑ์การยอมรับ โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับค่า สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ที่ 0.81 แบบประเมินความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ 0.81 แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ขออนุมัติจริยธรรมในการดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม จากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
2. ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน โดยจะมีการ เก็บข้อมูล 2 ขั้นตอน คือ

2.1 การดำเนินการทดสอบแบบสอบถาม (Try out) โดยทดสอบกับผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลศรีเตี้ย อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน

2.2 การดำเนินการเก็บข้อมูลจริง ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน จำนวน 302 คน ตามที่ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูนแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

3.1 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2 แจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการคัดเลือกไว้แล้ว

3.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีการขออนุญาตและได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS for Window ประมวลผล และจัดทำตารางวิเคราะห์ผลทางสถิติ เพื่อนำมาเสนอข้อมูลและสรุปผลวิจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงปริมาณเป็นหลัก ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว เป็นต้น โดยใช้ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เป็นสถิติที่ใช้อธิบายคุณลักษณะของสิ่งที่ต้องการศึกษากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม แล้วสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ สถิติที่จะนำมาใช้ได้แก่ สถิติโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression) โดยควบคุมตัวแปรกวน (Confounding) และอิทธิพลร่วม (Interaction) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายโดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ใช้การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) มาใช้เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ (ตัวแปรต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ตัวแปรตาม) โดยใช้ Binary Logistic Regression โดยตัวแปรตามจะมีค่าเพียงสองค่า คือ 1 กับ 0 ดังนี้

$$Y = \begin{cases} 1 & \text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดี} \\ 0 & \text{พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ดี} \end{cases}$$

ข้อตกลงเบื้องต้นของ Binary Logistic Regression

1. ตัวแปรตาม (Y) เป็นตัวแปรประเภททวิ (Binary) ที่มีการแจกแจงแบบ Binomial มีสัดส่วนของการเกิด Outcome ($Y = 1$) อยู่ระหว่าง $0.1 - 0.9$ ($0.1 < p < 0.9$)
2. ขนาดตัวอย่างมีการกระจายในเซลล์ต่าง ๆ มีจำนวนมากกว่า 1 (Non Zero Cell) เมื่อตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ
3. ตัวแปรอิสระ ($X_1, X_2, X_3, \dots, X_p$) มีคุณสมบัติดังนี้
 - 3.1 เป็นตัวแปรประเภท Interval/Ratio Scale ที่มีการแจกแจงแบบปกติและมีความแปรปรวนร่วมระหว่างตัวแปรเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน หรือ
 - 3.2 เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ (Dichotomous/Categorical Variable) หรือ
 - 3.3 เป็นตัวแปรเชิงปริมาณที่ไม่ต่อเนื่องหรือต่อเนื่อง (Discrete/Continuous) ที่มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (Linear Risk)
- 3.4 ตัวแปรอิสระต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระด้วยกันเอง (ไม่มี Multicollinearity)

รูปแบบสมการ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

$$\text{Prob (Event)} = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p)}}$$

เมื่อ β_i = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระ ($i = 1, 2, 3, \dots, p$)
 X_i = ค่าของตัวแปรอิสระ ($i = 1, 2, 3, \dots, p$)
 e = ค่าคงที่ ที่มาจาก natural log ซึ่งมีค่าประมาณ 2.71828

ขั้นตอนการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ขั้นที่ 1 กำหนดตัวแปรสมการการถดถอยแบบ Binary Logistic

ขั้นที่ 2 ประมาณค่า สัมประสิทธิ์การถดถอยด้วยเทคนิคของความเป็นไปได้สูงสุด

Maximum Likelihood

ขั้นที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแปรดังต่อไปนี้

ตรวจสอบแต่ละตัวแปรอิสระ

ค่า ผลต่างของ Log Likelihood -2LL

ค่า สถิติ Wald

ค่า สถิติ Rao's Score Test

ตรวจสอบในภาพรวม

ค่า -2 Log Likelihood และค่าสถิติ Hosmer - Lemeshow

ค่า Cox และ Snell R Square

ค่า Nagelkerke R Square

ตรวจสอบประสิทธิภาพของพยากรณ์

ขั้นที่ 4 คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าไปในตัวแบบ โดยวิธี Backward Elimination

ขั้นที่ 5 ตรวจสอบค่าที่ผิดปกติ และมีอิทธิพลสูงเป็นพิเศษ

ขั้นที่ 6 นำตัวแปรไปใช้พยากรณ์ตัวแปรตาม

ขั้นที่ 7 แปลความหมายของผลที่ได้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาโดยเสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ก่อนทำการศึกษาและก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethical principles) ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)

ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มประชากรรับทราบทุกประเด็น เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการศึกษา พร้อมอธิบายให้ทราบว่ากลุ่มประชากรมีสิทธิ์ที่จะไม่ให้ข้อมูล หากไม่สบายใจและสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อหากต้องการ โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี Identifier ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัครและข้อมูลของกลุ่มประชากรจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีการใช้รหัสแทนชื่อจริง โดยข้อมูลที่ได้นี้จะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มประชากรมีสิทธิ์ตัดสินใจอย่างอิสระ ปราศจากการขู่บังคับ (free of coercion) การชักจูงเกินเหตุ (undue inducement) และแรงกดดัน (unjustifiable pressure) โดยใช้แบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล (informed consent form หรือ ICF) ที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.1 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษาวิจัย (Participant information sheet)

1.2 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence)

กลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 302 คน จะได้รับประโยชน์เกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยที่ผู้วิจัยยินดีให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาตามความเหมาะสม ผลของการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นภาพรวม โดยไม่เกิดความเสียหายหรือมีความเสี่ยงน้อยที่สุดต่ออาสาสมัคร

3. หลักความยุติธรรม (Justice) การเลือกอาสาสมัคร (Selection of Subjects) มีเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออกอย่างชัดเจน มีการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา (Randomization) โดยไม่เลือกกลุ่มตัวอย่างที่หาง่าย ตั้งง่าย และมีการจัดอาสาสมัครเข้ากลุ่มศึกษาโดยการสุ่ม (Randomization)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยได้ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 302 คน ทำการเก็บข้อมูลในวันที่ 1 ธันวาคม 2559 ถึง 31 มกราคม 2560 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัย และแปลความหมายตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ตอนที่ 2 ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ตอนที่ 3 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ตอนที่ 4 เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ตอนที่ 5 การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นโรคประจำตัว มีดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

(n=302)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
60 - 69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	196	64.90
70 - 79 ปี (ผู้สูงอายุตอนกลาง)	90	29.80
80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	16	5.30
Max = 86, Min = 60, $\bar{X}$ = 69, S.D.= 5.70		
เพศ		
ชาย	117	38.74
หญิง	185	61.26
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	20	6.62
ประถมศึกษา	263	87.09
มัธยมศึกษา	19	6.29
ศาสนา		
พุทธ	301	99.67
คริสต์	1	0.33
สถานภาพ		
คู่/ สมรส	213	70.53
หม้าย/ หย่า/ แยก	89	29.47

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n=302)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	93	30.79
รับจ้าง	108	35.76
ค้าขาย	30	9.93
เกษตรกรรม	71	23.51
รายได้สุทธิต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	183	60.60
2,001 บาทขึ้นไป	119	39.40
ความเพียงพอของรายได้		
พอเพียง/มีเหลือเก็บ	116	38.41
ไม่พอเพียง/ มีหนี้สิน	186	61.59
การมีโรคประจำตัว		
มี	293	97.02
ไม่มี	9	2.98
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	193	63.91
เบาหวาน	60	19.87
หัวใจ	1	0.33
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	8	2.65
ไต	3	0.99
กระดูกและข้อ	59	19.54
ไขมันในเลือดสูง	7	2.32

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 60 - 69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 64.90 ถ้าจัดเรียงลงมา ได้แก่ ผู้มีอายุ 70 - 79 ปี

(ผู้สูงอายุตอนกลาง) จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 29.80 และ อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.30

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 61.26 และเป็นเพศชาย จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 38.74

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 87.09 รองลงมาคือไม่ได้เรียน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.62 และ จบมัธยมต้น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.29

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 301 คน คิดเป็นร้อยละ 99.67 และนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.33

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 35.76 รองลงมาคือไม่มีอาชีพ จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 30.79 อาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 23.51 และอาชีพค้าขาย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 9.93

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้สุทธิต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000 บาท จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 60.60 รองลงมาคือ 2,001 บาทขึ้นไป จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 39.40

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง/มีหนี้สิน จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 61.59 รองลงมาคือ มีรายได้พอเพียง/มีเหลือเก็บ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 38.41

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 97.02 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.98

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 63.91 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 19.87 โรคกระดูกและข้อ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 19.54 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.65 โรคไข้มันในเลือดสูง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.32 โรคไต จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.99 และโรคหัวใจ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.33 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ประกอบด้วย ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และอารมณ์ มีดังนี้

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน

(n=302)

ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (3 อ.)	$\bar{X}$	SD	ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ด้านการออกกำลังกาย (เต็ม 6 คะแนน)	3.78	1.07	ปานกลาง
ด้านการบริโภคอาหาร (เต็ม 8 คะแนน)	5.38	1.27	ปานกลาง
ด้านอารมณ์ (เต็ม 3 คะแนน)	1.85	0.87	ปานกลาง
รวม (เต็ม 17 คะแนน)	11.01	2.07	ปานกลาง

*จัดระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์ (2537)

จากการประเมินระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.01$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน เรียงตามลำดับ คือ ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X} = 5.38$) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.78$) และด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 1.85$)

ตารางที่ 4.3 ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน

ระดับความรู้ในการ ส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ*	รวม 3 ด้าน (3 อ.)		การออกกำลังกาย		การบริโภค อาหาร		อารมณ์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	99	32.8	93	30.8	49	16.2	91	30.1
ปานกลาง	181	59.9	140	46.4	214	70.9	141	46.7
สูง	22	7.3	69	22.8	39	12.9	70	23.2
รวม	302	100	302	100	302	100	302	100

*จัดระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์ (2537)

ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระดับปานกลาง 181 คน คิดเป็นร้อยละ 59.9 รองลงมาคือ ระดับต่ำ 99 คน คิดเป็นร้อยละ 32.8 และระดับสูง 22 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และอารมณ์ มีดังนี้

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน

(n=302)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (3 อ.)	$\bar{X}$	SD	ระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ด้านการออกกำลังกาย (เต็ม 2 คะแนน)	1.89	0.33	ดีมาก
ด้านการบริโภคอาหาร (เต็ม 1 คะแนน)	0.93	0.25	ดีมาก
ด้านอารมณ์ (เต็ม 1 คะแนน)	0.97	0.18	ดีมาก
รวม (เต็ม 4 คะแนน)	3.79	0.47	ดีมาก

จากการประเมินระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ($\bar{X} = 3.79$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอารมณ์เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ($\bar{X} = 0.97$) รองลงมา ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X} = 0.93$) และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ ($\bar{X} = 1.89$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน

ระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*	รวม 3 ด้าน (3 อ.)		การออกกำลังกาย		การบริโภคอาหาร		อารมณ์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีปานกลาง	0	0.00	2	0.66	20	6.62	10	3.31
ดี	8	2.65	29	9.60	0	0.00	0	0.00
ดีมาก	294	97.35	271	89.74	282	93.38	292	96.69
รวม	302	100	302	100	302	100	302	100

* จัดระดับเกณฑ์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom, B.S. et al. (1971)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมมีระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีมาก จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 97.35 รองลงมา คือ ระดับดี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.65 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 เครื่อง่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

เครื่อง่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ประกอบด้วยลักษณะสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลที่พบปะหรือพูดคุยกันเป็นประจำ เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้าน ดังนี้

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยคะแนนเครื่อง่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

(n=302)

เครื่อง่ายทางสังคม*	$\bar{X}$	S.D.	ระดับเครื่อง่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ
1. คู่สมรส	0.71	0.46	ปานกลาง
2. บุตร	0.95	0.22	สูง
3. พ่อแม่	0.11	0.31	ต่ำ
4. พ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยา	0.09	0.28	ต่ำ
5.ญาติที่ใกล้ชิด คู่ในเคย	1.00	0.00	สูง
6. เพื่อนสนิท	0.99	0.08	สูง
7. สมาชิกหรือส่วนร่วมในกิจกรรมศาสนา	1.00	0.00	สูง
8. เพื่อนร่วมชั้นเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ	0.00	0.00	ต่ำ
9. เพื่อนร่วมงาน (งานประจำและชั่วคราว)	1.00	0.00	สูง
10. เพื่อนบ้าน	1.00	0.00	สูง
11. อาสาสมัครหรือทำกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์	0.83	0.38	สูง
12. เพื่อนในชมรมอื่น ๆ กลุ่มอื่น ๆ	1.00	0.00	สูง
ระดับเครื่อง่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ (เต็ม 12 คะแนน)	8.68	0.14	ปานกลาง

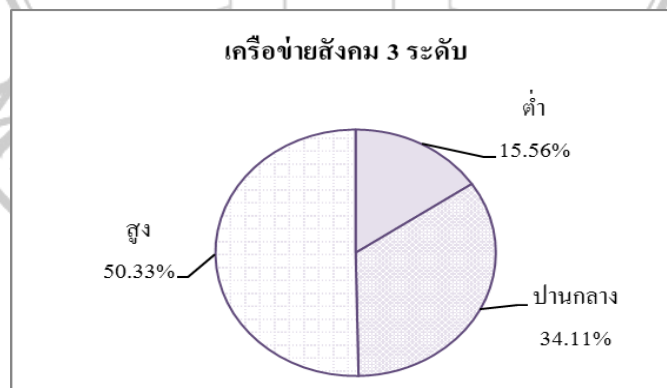
* จัดระดับเกณฑ์เครื่อง่ายทางสังคมของผู้สูงอายุในแต่ละข้อ โดยใช้เกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์ (2537)

จากการประเมินระดับเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 8.68$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ญาติที่ใกล้ชิด คั่นเคย สมาชิกหรือส่วนร่วมในกิจกรรมศาสนา การทำงาน (งานประจำและงานชั่วคราว) เพื่อนบ้านและเพื่อนในชมรมอื่น ๆ กลุ่มอื่น ๆ เป็นเครือข่ายทางสังคมมากที่สุด ($\bar{X} = 1.00$) รองลงมาคือ เพื่อนสนิท ($\bar{X} = 0.99$) บุตร ($\bar{X} = 0.95$) อาสาสมัครหรือทำกิจกรรมบำเพ็ญ ($\bar{X} = 0.83$) คู่สมรส ($\bar{X} = 0.71$) พ่อแม่ ($\bar{X} = 0.11$) พ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยา ($\bar{X} = 0.09$) ตามลำดับ และพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีเครือข่ายทางสังคมทางด้านชั้นเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.7 ระดับเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

ระดับเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ	เครือข่ายสังคม 12 คะแนน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	47	15.56
ปานกลาง	103	34.11
สูง	152	50.33
รวม	302	100.00

เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า โดยภาพรวมมีเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ระดับสูง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 50.33 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 34.11 และระดับต่ำ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 ตามลำดับ



ภาพที่ 4.1 กราฟแสดงเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ 3 ระดับ

ดัชนีเครื่องใช้สัณคณของผู้นสูงอายุ พบว่า ผู้นสูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโง้ง อำเภอบ้านโง้ง จ้งหวัดลำพูน มีระดับเครื่องใช้สัณคณทางสัณคณสูง ร้อยละ 50.33 รองลงมาคือ เครื่องใช้สัณคณระดับปานกลาง ร้อยละ 34.11 และเครื่องใช้สัณคณระดับต่ำ ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ

ตอนที่ 5 การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นสูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโง้ง อำเภอบ้านโง้ง จ้งหวัดลำพูน

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นสูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโง้ง อำเภอบ้านโง้ง จ้งหวัดลำพูน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และอารมณ์ มีดังนี้

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้นสูงอายุ และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นสูงอายุ จำแนกตามการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นสูงอายุในแต่ละด้าน

(n=302)

การส่งเสริมสุขภาพของ ผู้นสูงอายุ (3 อ.)	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการออกกำลังกาย	3.17	0.56	ดีปานกลาง
ด้านการบริโภคอาหาร	3.53	0.27	ดี
ด้านอารมณ์	3.32	0.42	ดี
รวม	3.35	0.27	ดี

ผู้นสูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้นสูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.53$) ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.32$) และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$)

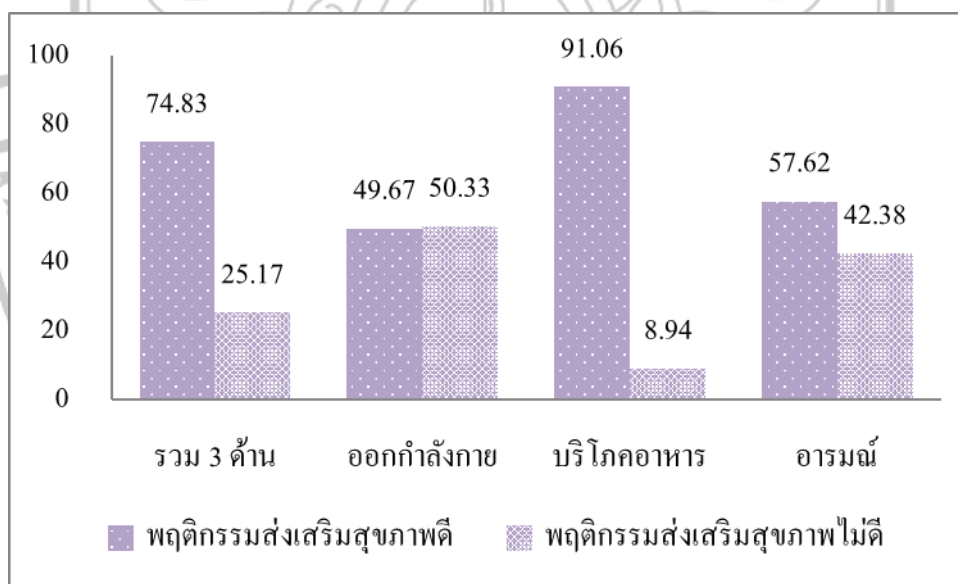
ตารางที่ 4.9 ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน

ระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ*	รวม 3 ด้าน (3 อ.)		การออกกำลังกาย		การบริโภค อาหาร		อารมณ์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	226	74.83	150	49.67	275	91.06	174	57.62
ไม่ดี	76	25.17	152	50.33	27	8.94	128	42.38
รวม	302	100.00	302	100.00	302	100.00	302	100.00

* จัดระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) แล้วนำมา
ตัดแปลงโดยจัดเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับ ดี คือ ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีมาก และ ดี

ระดับ ไม่ดี คือ ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีปานกลาง และ ควรปรับเปลี่ยน
เพื่อนำไปทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)



ภาพที่ 4.2 กราฟแสดงระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง โดยภาพรวมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 74.83 ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับไม่ดีนั้นมีจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 25.17

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายทางสังคม ที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน โดยตัวแปรในการส่งเสริมสุขภาพคิดจากการส่งเสริม 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ การวิเคราะห์ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression analysis) ดังแสดงในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

ปัจจัย	การส่งเสริมสุขภาพ n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
ข้อมูลทั่วไป			
อายุ			
80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	11/16 (68.75%)	Referent	Referent
70 - 79 ปี (ผู้สูงอายุตอนกลาง)	64/90 (71.11%)	1.12 (0.35 - 3.54)	0.88 (0.47 - 1.64)
60 - 69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	151/196 (77.04%)	1.53 (0.5 - 4.62)	1.23 (0.31 - 4.95)
เพศ			
ชาย	84/117 (71.80%)	Referent	Referent
หญิง	142/185 (76.80%)	1.30 (0.77 - 2.20)	1.12 (0.62 - 2.04)

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	การส่งเสริมสุขภาพ n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
ระดับการศึกษาสูงสุด			
มัธยมศึกษา	15/19 (78.90%)	Referent	Referent
ประถมศึกษา	195/263 (74.10%)	0.76 (0.25 - 2.38)	0.76 (0.21 - 2.75)
ไม่ได้เรียน	16/20 (80.00%)	1.07 (0.23 - 5.05)	1.74 (0.30 - 9.99)
สถานภาพ			
หม้าย/ หย่า/ แยก	59/89 (66.30%)	Referent	Referent
คู่/ สมรส	167/213 (78.40%)	1.85 (1.07 - 3.19)*	1.74 (0.86 - 3.54)
อาชีพ			
ไม่มีอาชีพ	71/93 (76.30%)	Referent	Referent
รับจ้าง	82/108 (75.90%)	0.98 (0.51 - 1.87)	0.73 (0.35 - 1.54)
ค้าขาย	17/30 (56.70%)	0.41 (0.17 - 0.96)*	0.13 (0.03 - 0.60)*
เกษตรกรรม	56/71 (78.90%)	1.16 (0.55 - 2.43)	0.33 (0.08 - 1.29)
รายได้สุทธิต่อเดือน			
2,001 บาทขึ้นไป	93/119 (78.15%)	Referent	Referent
ต่ำกว่า 2,000 บาท	133/183 (72.68%)	0.74 (0.43 - 1.28)	0.32 (0.09 - 1.08)
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่พอเพียง/ มีหนี้สิน	138/186 (74.19%)	Referent	Referent
พอเพียง/มีเหลือเก็บ	88/116 (75.86%)	1.09 (0.64 - 1.87)	1.18 (0.43 - 3.30)
การมีโรคประจำตัว			
ไม่มี	6/9 (66.70%)	Referent	Referent
มี	220/293 (75.10%)	1.51 (0.37 - 6.18)	0.95 (0.17 - 5.24)

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	การส่งเสริมสุขภาพ n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ			
ต่ำ	64/99 (64.60%)	Referent	Referent
ปานกลาง	142/181 (78.50%)	1.99 (1.16 - 3.43)*	1.94 (1.06 - 3.55)*
สูง	20/22 (90.90%)	5.47 (1.21 - 24.78)*	5.43 (1.15 - 25.53)*
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ			
ดีปานกลาง	33/37 (70.21%)	Referent	Referent
ดี	76/103 (73.79%)	1.19 (1.56 - 2.56)*	1.03 (0.56 - 1.87)
ดีมาก	117/152 (76.97%)	1.42 (1.68 - 2.94)*	0.48 (0.13 - 1.76)
เครือข่ายสังคม			
ต่ำ	2/2 (100.00%)	Referent	Referent
ปานกลาง	139/190 (73.16%)	1.19 (1.56 - 2.56)*	1.23 (1.54 - 2.81)*
สูง	85/110 (77.27%)	1.42 (1.68 - 2.94)*	1.11 (1.45 - 2.75)*

* Significant with P value < 0.05

จากตารางที่ 4.10 แสดงให้เห็นว่าอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับปานกลาง มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน มากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ 1.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับสูง มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน มากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ 5.43 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) เครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุที่มีระดับปานกลาง มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน มากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ 1.23 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54 - 2.81) และเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ ที่มีระดับสูง มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน มากกว่าผู้ที่มีระดับเครือข่ายสังคมต่ำ 1.11 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45 - 2.75) และอาชีพค้าขาย มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ไม่ดี 0.13 เท่า ของผู้ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR 0.13, 95% CI 0.03 - 0.60)



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโสง อำเภอบ้านโสง จังหวัดลำพูน มีหัวข้อการนำเสนอในบทนี้ คือ การสรุป การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังมีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Study) เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโสง อำเภอบ้านโสง จังหวัดลำพูน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงมกราคม พ.ศ. 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 302 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,869 คน ซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตเทศบาลตำบลบ้านโสง อำเภอบ้านโสง จังหวัดลำพูน ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of item objective congruence) และได้มีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability test) โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตเทศบาลตำบลศรีเตี้ย อำเภอบ้านโสง

จังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ที่ 0.81 แบบประเมินความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ที่ 0.81 และแบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ที่ 0.78 ทำการประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแปลผลของการวิจัย โดยใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การหาความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Binary Logistic Regression แสดงข้อมูลโดยค่า Odd Ratio กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 % สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน จำนวน 302 คน มีอายุเฉลี่ย 69 ปี อายุอยู่ระหว่าง 60–69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจบการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพมีคู่และสมรส ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้สุทธิต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง/มีหนี้สิน มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความรู้โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร และด้านอารมณ์ โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 11.01 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 17 คะแนน

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งแวดล้อมโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหารและด้านอารมณ์ โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูง เท่ากับ 3.78 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 4 คะแนน

ปัจจัยเสริม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

ระดับเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า เครือข่ายสังคมโดยรวมส่วนใหญ่ มีระดับเครือข่ายทางสังคมปานกลาง โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุเท่ากับ 8.68 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 12 คะแนน

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหารและด้านอารมณ์ โดยที่ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 3.35 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 4 คะแนน

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ส่วนอาชีพค้าขาย ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาชีพ 0.13 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนผู้ที่ไม่มีอาชีพ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 76.30

ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง มีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ 5.43 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง มีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ 1.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 90.90 ผู้ที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 78.50 ผู้ที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 64.60

ผู้สูงอายุที่มีระดับเครือข่ายสังคมปานกลาง มีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มากกว่าผู้ที่มีระดับเครือข่ายสังคมต่ำ 1.23 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ ที่มีระดับสูง มีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มากกว่าผู้ที่มีระดับเครือข่ายสังคมต่ำ 1.11 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ที่มีระดับเครือข่ายสังคมปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 73.16 ผู้ที่มีระดับเครือข่ายสังคมสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 77.27 ผู้ที่มีระดับเครือข่ายสังคมต่ำ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 100.00

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยจะทำการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ 5 ข้อ คือ 1) การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.83 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองและให้ความสำคัญต่อสุขภาพร่างกายของตนเองในระดับที่ดี ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร มีการปฏิบัติเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ และอารมณ์ มีวิธีจัดการกับความเครียดได้ ใช้เวลาในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมและสมดุล นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การร่วมมือในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของภาครัฐ ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทย โดยพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพค้าขาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านลบ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายไม่มีการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าถึง 0.13 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า อาชีพค้าขายเป็นอาชีพที่มีการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ค่อยดีนัก เนื่องจากเป็นอาชีพที่ต้องประจำอยู่ภายในร้านตลอดเวลาทำการค้าขาย ทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง บางรายไม่มีเวลาในการให้ความร่วมมือส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ จึงเป็นเหตุทำให้อาชีพค้าขายเป็นอาชีพที่เข้าถึงต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ยากกว่าอาชีพอื่น ๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทรงพล ต่อนิและคณะ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพค้าขายในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้ที่มีอาชีพค้าขายในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย = 1.20 SD = 0.24) และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางด้านการออกกำลังกายต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีอาชีพค้าขายส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตประจำวันด้วยความเร่งรีบ และต้องแข่งขันกับเวลา ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาในการผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ผู้ที่มีอาชีพค้าขายในตลาดนัดจะต้องมีการย้ายสถานที่ค้าขาย มีการเก็บร้านและจัดร้านใหม่ทุกวัน รวมทั้งต้องตื่นแต่เช้าเพื่อเคลื่อนย้ายร้านและสินค้า จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ คือ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายการบริโภคอาหาร และอารมณ์ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ซึ่งถือได้ว่าความรู้ถึงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับเท่าที่ควร เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจึงทำให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพในระดับพื้นฐานตามความรู้และความเข้าใจของตนเองเพียงเท่านั้น การได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ที่ถูกต้องค่อนข้างมีอยู่จำกัด การเข้าถึงกลุ่มวัยผู้สูงอายุยังมีน้อย แม้ปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุได้รับความสำคัญและมีการส่งเสริมระดับชุมชนแล้วก็ตาม กลุ่มผู้สูงอายุบางคนปิดกั้นตนเองไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปให้ความรู้และไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นผลทำให้ความรู้มีภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรตระหนักถึง โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพภาคประชาชนไทย ควรมีการลงพื้นที่ในการส่งเสริมความรู้เพิ่มมากขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกสุขลักษณะต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ยิ่งสูงมากเท่าไร จะมีการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำมากเท่านั้น ผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับปานกลางจะมีการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าถึง 1.94 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อพิจารณาผู้ที่มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่มีระดับสูง พบว่า จะมีการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าถึง 5.43 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ก็จะสามารถปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวพิชชาและคณะ (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ มะลิ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อ คือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและอารมณ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ แต่เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน พบว่า สิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจาก หมู่บ้านที่มาจาก การสุมตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ บ้านห้วยห้า บ้านป่าปวย และบ้านกลาง มีบริบทวิถีการดำเนินชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแทบไม่แตกต่างกัน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ทุกหมู่บ้านมีแหล่ง/ตลาดจำหน่ายอาหารปลอดสารพิษในหมู่บ้าน ด้านการออกกำลังกาย ทุกหมู่บ้านมีสถานที่/ลานออกกำลังกายของหมู่บ้าน มีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันในหมู่บ้าน ด้านจัดการความเครียด ทุกหมู่บ้านมีกิจกรรม/ชมรมต่าง ๆ เพื่อรวมกลุ่มเข้าสังคมในหมู่บ้าน มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ให้ความบันเทิงที่บ้าน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ เป็นต้น จึงทำให้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมของแต่ละหมู่บ้านมีความแตกต่างกันน้อย ส่งผลทำให้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรินทร์ งามแสง (2559) เรื่องการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้่น มีสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพและวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการส่งเสริมสุขภาพ เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากขึ้น

5. ปัจจัยเสริม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริม คือ เครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน มีระดับเครือข่ายทางสังคมปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความเป็นครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง ผู้ร่วมงาน ซึ่งการไหลเวียนของทรัพยากรภายในเครือข่ายที่กล่าวมานั้น ทำให้ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน มีการพูดคุย การให้คำแนะนำ การให้ความไว้วางใจ การแลกเปลี่ยนสารสนเทศ การติดต่อสื่อสารผ่านเครื่องมือสื่อสารและสื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูง จึงทำให้ปัจจัยด้านเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวแปรหนึ่งที่เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร เหมาะแก่การส่งเสริมสุขภาพ เริ่มต้นจากครอบครัวไปจนถึงเพื่อนร่วมงาน ให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มเติมความรู้ร่วมกับการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อเป็นพลังและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุให้มีความรู้ ดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี มีชีวิตยืนยาว และสามารถอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีระดับเครือข่ายทางสังคมปานกลาง จะมีการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าถึง 1.23 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับเครือข่ายทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อพิจารณาผู้ที่มีระดับเครือข่ายทางสังคมสูง พบว่า จะมีการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าถึง 1.11 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับเครือข่ายทางสังคมต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า ลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความเป็นครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่าง ๆ เกิดการตระหนักและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดิ์ (2560) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cachadinha, Pedro & Fialho (2012) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation) ในช่วงบั้นปลายชีวิต ส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพ สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางปัญญาและอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุ และ Social Policy Research Center (2013) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในเครือข่ายสังคมเป็นองค์ประกอบที่มีนัยสำคัญต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดเด่น คือ มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มศักยภาพที่แตกต่างกับกลุ่มติดบ้านและสังคม ผลการศึกษานี้จึงเฉพาะเจาะจงในการนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ลักษณะของสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านมีลักษณะคล้ายคลึงกันจึงทำให้การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงและควรทำการศึกษาในรูปแบบการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหามติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีอาชีพค้าขายในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการนำเอาผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ผลจากการศึกษาวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีและกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขายส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี จึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น การพึ่งพิงธรรม การทำบุญตักบาตร เป็นต้น

3. ขอสนับสนุนความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ในการพัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่

4. การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีอาชีพค้าขายพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มศักยภาพกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีอาชีพค้าขาย ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งจะได้ข้อมูลที่ละเอียดในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2554). หลักสูตร/คู่มือ ค่ายครอบครัว. ฝ่ายส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายเอกชน.
- กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์. (2556). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม. เพื่อผู้สูงวัย สายใยรักครอบครัว ชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2557). แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ วรากร เกรียงไกรศักดิ์. (2560). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมนักวิจัย, 22(1), 81-97.
- จารุณี จันทร์เปล่ง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชนินทร์ งามแสง. (2559). การจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค่นุ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. บทความวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. บทความวิจัย; 2559. [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค.2560]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=20
- ทรงพล ต่อนี้ และคณะ. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพค้าขายในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 15 (ฉบับพิเศษ) , 263-268.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

ธีระศักดิ์ อุ่นอารมณ์เลิศ (บรรณาธิการ). (2549). เครื่องมือวิจัยทางการศึกษา: การสร้างและการพัฒนา. นครปฐม: ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร และกฤษณา ตรีขมิณรัตน์. (2553). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศิริชัยการพิมพ์.

น้ำทิพย์ มะลิ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประนอม โอทกานนท์. (2554). ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อ้างถึงใน วิทมา ธรรมเจริญ. 2555. อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์) คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546). ราชกิจจานุเบกษา. มาตรา 3, หน้า 1.

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2), 94-109.

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 9(2), 13-20.

เขวลักษณ์ ปรีภักย์ขาม และคณะ. (2550). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2547. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(2), 98-115.

มนทิญา กงลา และคณะ. (2558). การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2. วิทยาลัยนครราชสีมา: ภาควิชาศิลปการพิมพ์, 101-107.

- เล็ก สมบัติ. (2549). ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท มิสเตอร์ก๊อบปี่ (ประเทศไทย) จำกัด.
- เล็ก สมบัติ และคณะ. (2554). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วชิราพรณ เทวิน. (2553). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิชัย แสนชุ่ม และคณะ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. บทความวิจัย วารสารพยาบาลและสุขภาพ, 5(2), 23-33.
- สมาคมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2554). คู่มือปฏิบัติงานการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าวพาณิชย์.
- สำนักงานจังหวัดลำพูน. สถานการณ์และการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. ลำพูน: สำนักงานจังหวัดลำพูน; 2559: [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.lamphun.go.th/officialwebsite/2013>
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2554). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่๓. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวพิชา ประกอบจันทร์ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. บทความวิจัย วารสารฉบับพิเศษ ประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย, 12(ฉบับพิเศษ), 543 - 552.
- เสรี लाखโรจน์. (2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรรวรรณ น้อยวัฒน์ และคณะ. (2558). การศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. วารสารราชพฤกษ์, 13(1), 36 - 45.

- Active Ageing A Policy Framework [Internet].2002 [cited 9 June 2006]. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- Bloom, B.S. et al. (1971). Hand Book on formative and summative evaluation of student learning.
 New York: McGraw Hill.
- Cachadinha, C, Pedro, J.B., Fialho, J.C. (2012). Social participation of community living older persons: importance, determinants and opportunities. Retrieved from
<http://repository.tudelft.nl/islandora/object/uuid%3A43c6504b-4cbe-4f01-8918-0b428cebbfbb?collection=research>.
- Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. JAMA, 277, 1940-4.
- Green , L. Krueter , M. (1999) Health Promotion Planning An Education Approach (3 ed.).
 Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Jump, N. (1978). Psychometric theory (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Mahoney, F.I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14, 56-61.
- Pender, N.J. (1996). Health Promotion in nursing practice. 3 rd ed. Stanford, CT: Appleton and Lange .
- Pender,N.J.(1987). Health Promotion in nursing practice. New York: Appleton Century - Croft.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott, 2008.
- US Department of Health and Human Services (2000). Healthy People 2010 Virginia:
 International Publishing Inc. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987).
 The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36 (2), 76-81.
- Walker, S. N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The health - Promotion lifestyle Profile II: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36 (2), 76 – 81
- World Health Organization: WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization.
- Yamane, Taro Statistics: An Introductory Analysis (Yamane, Taro 1973). New York Harper and Row 1973.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล	นางสาววาสนา สิทธิกัน
วัน เดือน ปีเกิด	17 กุมภาพันธ์ 2524
ที่อยู่ปัจจุบัน	239/89 หมู่ 6 ถนนเชียงใหม่-ฝาง ตำบลสันโป่ง อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ 50180 โทรศัพท์ 08-2182-0768 E-mail address: aoy_076@hotmail.com
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2547 - 2553 โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จ.ลำพูน ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2553 - 2555 สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข แขวงคลองมอหานะ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ พ.ศ. 2555 - 2557 สำนักวิชาการและจัดการความรู้ กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่ ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. นางกมลภรณ์ เสราดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่
2. ดร.ทรงยศ คำชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
2. นางปัทมากร สุวรรณาศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมนำไปประกอบการศึกษาในหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและแสดงความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์

นางสาววาสนา สิทธิกัน

นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

หมู่ที่ ตำบล บ้านโอง อำเภอ บ้านโอง จังหวัด ลำพูน โทรศัพท์

1. อายุ ปี

2. เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง

3. การศึกษาสูงสุด

- ☐ 1 ไม่ได้เรียน ☐ 2 ประถมศึกษา ☐ 3 มัธยมต้น ☐ 4 มัธยมปลาย/ปวช.
☐ 5 อนุปริญญา/ปวส. ☐ 6 ปริญญาตรี/สูงกว่า

4. นับถือศาสนา ☐ 1 พุทธ ☐ 2 คริสต์ ☐ 3 อิสลาม

5. สถานภาพ ☐ 1 สมรส ☐ 2 หม้าย ☐ 3 หย่า/แยก ☐ 4 โสด

6. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ หรือไม่

- ☐ 1 ไม่มีอาชีพ
☐ 2 รับจ้าง ☐ 3 ค้าขาย ☐ 4 ข้าราชการบำนาญ
☐ 5 เกษตรกรรม ☐ 6 อื่นๆ.....

7. รายได้สุทธิต่อเดือน

- ☐ 1. ต่ำกว่า 2,000 บาท ☐ 2. 2,001 บาท – 4,000 บาท
☐ 3. 4,001 บาท – 5,000 บาท ☐ 3. 5,001 บาท ขึ้นไป

8. ความเพียงพอของรายได้ประจำเดือน

- ☐ 1 พอเพียง ☐ 2 ไม่พอเพียง
☐ 3 มีเหลือเก็บ ☐ 4 มีหนี้สิน

9. โรคประจำตัว ☐ 1 มี ☐ 2 ไม่มี.....(ข้ามไปตอบข้อ 10)

- ถ้ามี ☐ 1 ความดันโลหิตสูง ☐ 2 เบาหวาน ☐ 3 หัวใจ ☐ 4 ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
☐ 5 โรคไต ☐ 6 กระดูกและข้อ ☐ 7 ไขมันในเลือดสูง
☐ 8 อื่นๆ.....

10. ระยะเวลาในการเป็นโรคประจำตัว

- ☐ 1) ไม่เกิน 10 ปี ☐ 2) 11 ปี – 20 ปี ☐ 3) 21 ปี – 30 ปี ☐ 4) มากกว่า 30 ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	(1) ไม่เคย ปฏิบัติ	(2) ปฏิบัติ บางครั้ง	(3) ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	(4) ปฏิบัติ สม่ำเสมอ
1	ออกกำลังกายตามแผนที่ได้วางไว้ (เช่น 3 ครั้ง/ สัปดาห์ หรือที่กำหนด)				
2	การออกกำลังกายอย่างจริงจังเป็นเวลา 20 นาทีหรือ มากกว่า อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ (เช่น เดินเร็ว, ปั่น จักรยาน, เต้นแอโรบิก, ว่ายน้ำ, โยเก้ก)				
3	การออกกำลังกายอย่างเบาๆ (เช่น การเดิน, แกว่งแขน , โยคะ, ฤาษีคัตตณ เป็นเวลา 30-40 นาที อย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์)				
4	ใช้การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมยามว่าง (เช่น เดิน เร็ว, ว่ายน้ำ, ว่ายน้ำ, ว่ายน้ำ, ปั่นจักรยาน, โยเก้ก)				
5	ยืดเหยียด หรือกิจกรรมที่คล้ายคลึง เช่น ใช้ผ้าขาวม้า, ยางยืดในการยืดเหยียด, โยคะ, ฤาษีคัตตณ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์				
6	ออกกำลังกายในระหว่างกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตามปกติ (เช่น การเดินระยะทางที่ไกลแทนการใช้ มอเตอร์ไซด์, การเดินไปสวน/นา ใกล้บ้าน)				
7	ตรวจสอบอัตราการเต้นของชีพจรเมื่อออกกำลังกาย				
8	อัตราการเต้นหัวใจเป็นปกติเมื่อออกกำลังกาย				
9	เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และ คอเลสเตอรอลต่ำ				
10	ไม่กินรสหวานจัด หรืออาหารที่มีน้ำตาลสูง (ขนมหวาน)				
11	กินอาหารประเภทธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง งามาลี ทานตะวัน/ ข้าว/ ในแต่ละวัน				

ข้อ	คำถาม	(1) ไม่เคย ปฏิบัติ	(2) ปฏิบัติ บางครั้ง	(3) ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	(4) ปฏิบัติ สม่ำเสมอ
12	กินผลไม้ ในแต่ละวัน				
13	กินผัก ในแต่ละวัน				
14	กินนม/นมเปรี้ยว/โยเกิร์ต/ นมถั่วเหลือง ในแต่ละวัน				
15	กินเนื้อ/ ไข่/ ปลา/ ถั่ว/ ไข่ ในแต่ละวัน				
16	อ่านฉลากแจ้งสารอาหารไขมัน ปริมาณเกลือโซเดียม ในอาหารที่บรรจุภัณฑ์/อาหารกระป๋อง/ซองขนม				
17	กินอาหารเข้าทุกวัน				
18	นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง				
19	ใช้เวลาว่างในการพักผ่อนในแต่ละวัน				
20	การยอมรับสิ่งที่เป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (เช่น ความชรา ความร่วงโรย)				
21	นอนหลับง่าย				
22	มีวิธีการจัดการกับความเครียดได้				
23	ใช้เวลาในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมและสมดุล (ทำงาน พักผ่อน กลับ)				
24	ทำสมาธิ/สวดมนต์ ประมาณ 15-20 นาที เป็นประจำ				
25	หยุดพักเสมอเมื่อเกิดความเหนื่อยล้า ไม่ทำงานหนัก เกินกำลัง				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	คำถาม	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
	ด้านการบริโภคอาหาร		
1	ในหนึ่งวันผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่		
2	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารพวกผักและผลไม้เป็นประจำ เพื่อร่างกายจะได้สร้างสารต้านอนุมูลอิสระป้องกันการเกิดโรค		
3	ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเป็นประจำ ทำให้ไตทำงานผิดปกติได้		
4	ผู้สูงอายุที่ดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ หรือแอลกอฮอล์ จะทำให้เป็นโรคกระดูกพรุนและความดันโลหิตสูง		
5	ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้เกิดโรคหัวใจได้		
6	อาหารประเภทโจ๊ก ข้าวต้ม เหมาะสำหรับผู้สูงอายุรับประทานในมือเย็น เพราะย่อยง่าย ท้องไม่อืดในตอนกลางคืน		
7	ผู้สูงอายุควรรับประทานปลาเป็นประจำทุกวันเพราะเป็นอาหารที่ย่อยง่าย และให้พลังงานสูง		
8	ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาดให้ได้วันละ 6-8 แก้ว		
	ด้านการออกกำลังกาย		
9	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มต้นออกกำลังกาย		
10	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง		
11	ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเป็นประจำ เพราะจะทำให้กระดูกเสื่อมเร็ว		
12	ขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้องมี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนอุ่นร่างกายและขั้นตอนออกกำลังกายจริง		
13	การออกกำลังกายในแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลาต่ำกว่า 20 นาที จึงจะเกิดผลดีต่อร่างกาย		
14	การไม่ออกกำลังกายอาจทำให้เป็นโรคหัวใจได้		
	ด้านการจัดการความเครียด		
15	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง		
16	ความเครียดมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ		
17	การจัดการความเครียดมีหลายวิธี วิธีที่ดีที่สุดคือการทำสมาธิ		

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
	ด้านการบริโภคอาหาร		
1	มีแหล่ง/ ตลาด จำหน่ายอาหารปลอดภัยในหมู่บ้าน		
2	มีห้องครัว/ สถานที่ปรุงอาหารที่ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเองในบ้าน		
3	มีการปลูกผัก/ ผลไม้ปลอดภัยรับประทานเอง		
	ด้านการออกกำลังกาย		
4	มีสถานที่/ลานออกกำลังกาย ของหมู่บ้าน		
5	มีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันในหมู่บ้าน		
6	มีเพื่อน/ กลุ่ม ออกกำลังกายร่วมกัน		
7	มีอุปกรณ์กีฬาเพื่อใช้ในการออกกำลังกายในบ้าน/ ลานออกกำลังกาย		
	ด้านการจัดการความเครียด		
8	มีกิจกรรม/ชมรมต่างๆ เพื่อรวมกลุ่มเข้าสังคมในหมู่บ้าน ถ้ามี ได้แก่ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ แพทย์แผนไทย ☐ บัณฑิตวิทยาน ☐ ไปด้วยปฏิบัติธรรม ☐ จิตอาสา ☐ เข็มบ้าน ☐ OTOP ☐ อื่นๆ.....		
9	มีการสื่อสารในกลุ่มสังคม เช่น โทรศัพท์, ไลน์, เฟสบุ๊ก แอปพลิเคชันต่างๆ		
10	มีเครื่องมืออุปกรณ์ให้ความบันเทิงที่บ้าน เช่น โทรทัศน์, วิทยุ, โทรศัพท์		

1.

ส่วนที่ 5 แบบประเมินดัชนีเครือข่ายทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

-
1. ข้อใดตรงกับการอยู่ด้วยกันของผู้สูงอายุมากที่สุด
 - () 1. มีการจดทะเบียนสมรสและอยู่ด้วยกัน หรือ ไม่ได้จดทะเบียนสมรสหรือแต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน
 - () 2. ไม่แต่งงานและอยู่คนเดียว
 - () 3. แยกกันอยู่
 - () 4. หย่า
 - () 5. หม้าย
 2. ผู้สูงอายุมีบุตรกี่คน (ถ้าไม่มีให้เลือกคำตอบที่เลข 0 และข้ามไปตอบข้อ 3)

___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า
 - 2.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์กับบุตรอย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ มีจำนวนกี่คน

___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า
 3. พ่อแม่ของผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่หรือไม่(ถ้าพ่อแม่ของผู้สูงอายุเสียชีวิตแล้วทั้งคู่ให้เลือกคำตอบ 0 และข้ามไปตอบคำถามข้อ 4)
 - ___ (0) เสียชีวิตแล้วทั้งพ่อและแม่
 - ___ (1) แม่ยังมีชีวิตอยู่
 - ___ (2) พ่อยังมีชีวิตอยู่
 - ___ (3) มีชีวิตอยู่ทั้งพ่อและแม่
 - 3.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์กับพ่อแม่ อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ หรือไม่
 - ___ (0) ไม่ได้มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์ทั้งพ่อและแม่
 - ___ (1) ได้มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์เฉพาะแม่
 - ___ (2) ได้มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์เฉพาะพ่อ
 - ___ (3) มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์ทั้งพ่อและแม่

4. พ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยาของผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ (ถ้าพ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยาของผู้สูงอายุเสียชีวิตแล้วทั้งคู่ให้เลือกคำตอบ 0 และข้ามไปตอบคำถามข้อ 5)
- ___ (0) เสียชีวิตแล้วทั้งพ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยา
- ___ (1) แม่สามีหรือแม่ภรณายังมีชีวิตอยู่
- ___ (2) พ่อสามีหรือพ่อภรณายังมีชีวิตอยู่
- ___ (3) มีชีวิตอยู่ทั้งพ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยา
- 4.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์กับพ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยา อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ หรือไม่
- ___ (0) ไม่ได้มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์ทั้งพ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยา
- ___ (1) ได้มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์เฉพาะแม่สามีหรือแม่ภรรยา
- ___ (2) ได้มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์เฉพาะพ่อสามีหรือพ่อภรรยา
- ___ (3) มีการพบปะพุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์ทั้งพ่อแม่สามีหรือพ่อแม่ภรรยา
5. ญาติที่ผู้สูงอายุใกล้ชิด คู่เนช (ที่ไม่ใช่ พ่อแม่ หรือ พ่อแม่ของคู่สามีภรรยา และลูกของ ผู้สูงอายุ) มีจำนวนกี่คน (ถ้าไม่มีให้เลือกคำตอบที่เลข 0 และข้ามไปตอบข้อ 6)
- ___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า
- 5.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์กับญาติที่ผู้สูงอายุใกล้ชิด คู่เนช อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวนกี่คน
- ___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า
6. ผู้สูงอายุมีเพื่อนสนิท (ที่ไม่ใช่ พ่อแม่ หรือ พ่อแม่ของคู่สามีภรรยา และลูกของผู้สูงอายุ) มีจำนวนกี่คน (ถ้าไม่มีให้เลือกคำตอบที่เลข 0 และข้ามไปตอบข้อ 7)
- ___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า
- 6.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พุดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์กับเพื่อนสนิท อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวนกี่คน
- ___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า

7. ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมศาสนา เช่น ไปวัด ไปโบสถ์ ไปมัสยิด ใช่หรือไม่ (ถ้าไม่ใช่ข้ามไปตอบข้อ 8)
- _____ ไม่ใช่
- _____ ใช่
- 7.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พูดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์กับเพื่อนหรือสมาชิกที่ร่วมทำกิจกรรมศาสนา อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวนกี่คน
- _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 หรือมากกว่า
8. ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมชั้นเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือไม่ (ถ้าไม่มีให้ตอบไม่มี และข้ามไปข้อ 9)
- _____ ไม่มี
- _____ มี
- 8.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พูดคุย หรือคุยทางโทรศัพท์กับเพื่อนที่ร่วมกิจกรรมด้วยกันหรือครูโรงเรียนผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวนกี่คน
- _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 หรือมากกว่า
9. ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุยังทำงาน รวมทั้งงานประจำและงานชั่วคราวหรือไม่
- _____ (0) ไม่ทำ (ถ้าไม่มีให้ข้ามไปข้อ 10)
- _____ (1) ทำงานอยู่ โดยงานเป็นธุรกิจของผู้สูงอายุเอง
- _____ (2) ทำงานอยู่, แต่ไม่ใช่ธุรกิจของตนเอง
- 9.1 จำนวนคนทำงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้สูงอายุ มีกี่คน
- _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 หรือมากกว่า
- 9.2 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พูดคุยกับผู้ร่วมงานคนอื่นๆที่ไม่ใช่คนที่อยู่ภายใต้การดูแลของตนเอง อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ มีจำนวนกี่คน
- _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 หรือมากกว่า
10. ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พูดคุย กับเพื่อนบ้าน อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวนกี่คน
- _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 หรือมากกว่า
11. ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัครหรือทำกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ (ถ้าไม่มีให้ข้ามไปข้อ 12)
- _____ ไม่มี

มี



11.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พูดคุย กับเพื่อนอาสาสมัคร อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์
จำนวนกี่คน

___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า

12. ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พูดคุย กับเพื่อนในชมรมอื่น ๆ กลุ่มอื่นๆ อย่างน้อย 1 คน และพูดคุย
อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2 สัปดาห์ ใช่หรือไม่ (ถ้าไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมใดๆ ให้เลือก
คำตอบไม่ใช่)

___ ไม่ใช่

___ ใช่ ระบุชื่อชมรม/ชื่อกลุ่ม.....

12.1 ผู้สูงอายุได้มีการ พบปะ พูดคุย กับเพื่อนในชมรมอื่น/กลุ่มอื่นๆ อย่างน้อย 1 ครั้งในทุกๆ 2
สัปดาห์ จำนวนกี่คน

___ 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 หรือมากกว่า

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม หาดัชนีความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการหา
ค่า IOC: Index of item objective congruence ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณา
ข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน	+1	ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
ให้คะแนน	0	ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
ให้คะแนน	-1	ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

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

เมื่อ	IOC	คือ	ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์
	$\sum R$	คือ	ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
	N	คือ	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

กำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้อง^๑ ของข้อคำถามที่ได้จากการ
คำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง นำไปใช้ได้
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

การหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน
ในการพิจารณาข้อคำถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่อง
อำเภอบ้านโฮ่อง จังหวัดลำพูน

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม ΣR	IOC $\Sigma R/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป						10 ข้อ
1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
8	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม ΣR	IOC $\Sigma R/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ						25 ข้อ
1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
4	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
5	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
6	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
7	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
13	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
15	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
16	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
17	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
18	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
19	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
20	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
21	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
22	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
23	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
24	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
25	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม ΣR	IOC $\Sigma R/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						17 ข้อ
1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
8	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
13	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
15	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
16	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
17	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม ΣR	IOC $\Sigma R/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ส่วนที่ 4 แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						10 ข้อ
1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
8	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
ส่วนที่ 5 แบบประเมินดัชนีเครือข่ายทางสังคม						12 ข้อ
1	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	1	0	1	2	0.67	นำไปใช้ได้
3	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	1	1	1	3	1.00	นำไปใช้ได้

ภาคผนวก ง

AF 09-10

COA No.

REC No 2560 - 02



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 263 หมู่ที่ 1 ถนนเชียงใหม่-ลำพูน ต.เหมืองง่า อ.เมือง จ.ลำพูน 51000 โทร. 053 093725-6 ต่อ 117

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข
ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่
Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on
Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายการได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน

เลขที่โครงการวิจัย : REC 2560-02

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววาสนา สิทธิกัน ตำแหน่ง -

สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงาน ☐ ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ

ความก้าวหน้า ☒ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

☒ ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน

☐ ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

เอกสารรับรอง :

ลงนาม
(นายปิยบุตร เฉลิมวงศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : วันที่ 1 ธันวาคม 2559

วันหมดอายุ : วันที่ 30 พฤศจิกายน 2560