



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

..... สาขา ..... พลศึกษา  
..... สาขา ..... ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Relating to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons  
in Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province

นามผู้วิจัย นายธนรัช ชนิกกุล

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

( รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

( อาจารย์ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์, Dr.P.H. )

รักษาราชการแทน

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธานี, Ph.D. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Relating to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons in  
Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province

โดย

นายธนรัช ธานีกุล

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ธนรัช ธนิกกุล 2553: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ปรินญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต  
(สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:  
รองศาสตราจารย์สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 140 หน้า

การวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 378 คน ซึ่งเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น  
ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม  
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอบางคนที  
จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม  
การส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริม  
สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ .05 4) ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความคาดหวังใน  
ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม  
การส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ที่ระดับ .05

Thanatuch Thaniggul 2010: Factors Relating to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons in Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 140 pages.

The purpose of this descriptive research was to study the factors related to health Promotion behavior of elderly persons in Bangkhontee District, Samut Songkhram Province. Samples were consisted of 378 people obtained by simple random sampling. Data were collected with the interview form constructed by the researcher and its quality was tested and accepted. The data analysis was made by statistical package for percentages, arithmetic means, standard deviation. The relationships between factors and people's health promotion behaviors were analyzed by Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

The majors finding were as follows: 1) The health promotion behaviors of elderly persons in Bangkhontee District, Samut Songkhram Province were at amoderate level. 2) The bio-social factors with health promotion behaviors of elderly with statistical significance at the level of .05 3) The perceiving of health promotion behaviors with health promotion behaviors of elderly with statistical significance at the level of .05 and perceiving of severity or noxiousness on health promotion had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistical significance at the level of .05 4) Perceiving of self- efficacy on health promotion had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistical significance at the level of .05 and outcome expectation on health promotion had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistical significance at the level of .05 5) The social support of health promotion behaviors with health promotion behaviors of elderly with statistical significance at the level of .05.

---

Student's signature

---

Thesis Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ ในการวิจัย ทั้ง 4 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้ง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ให้งานวิจัยมีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ หัวหน้าสถานีอนามัยในอำเภอบางคนที่ทุกแห่ง ที่อำนวยความสะดวก ในการเก็บแบบสอบถาม และผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้โอกาสและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่มีได้กล่าวนาม ที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ด้วยความดีหรือประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบอบแต่บุพการี ครอบครัวผู้ซึ่งมีส่วนในการให้กำลังใจ ความรักและความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลเสมอมา รวมทั้ง เพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาสุศึกษาทุกท่าน คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา สถาบันการศึกษา ทุกแห่งตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ธนัช ชนิกกุล

มีนาคม 2553

## สารบัญ

## หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
การตรวจเอกสาร	11
อุปกรณ์และวิธีการ	73
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	85
ผลการวิจัย	85
ข้อวิจารณ์	98
สรุปและข้อเสนอแนะ	106
สรุป	106
ข้อเสนอแนะ	109
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	113
ภาคผนวก	124
ภาคผนวก ก ราชนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	125
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	127
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	140

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละตำบล ในเขตอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	74
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	86
3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	88
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	89
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	89
6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	90
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ	90
8	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ	91
9	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	91
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	92
11	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	95
12	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	96
13	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	97

## สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	52
2	ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น	54
3	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น	55
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย	71

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Relating to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons  
in Bang Khonthi District, Samut Songkram Province

คำนำ

ในช่วงเวลากว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สภาวะการณ์ทางประชากรของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อัตราการเพิ่มประชากรลดลงจากระดับสูง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) คือ ประมาณร้อยละ 3.0 ต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2503 มาสู่ระดับที่ค่อนข้างต่ำ ประมาณร้อยละ 1.1 ต่อปีในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงอัตราการเพิ่มประชากรนี้ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านภาวะการตายและภาวะเจริญพันธุ์ หากเริ่มพิจารณาจากภาวะการตาย จะเห็นได้ว่าภาวะการตายเป็นบทบาทอย่างมาก ต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรไทยในอดีต การลดระดับการตายเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 2 ขณะที่ภาวะเจริญพันธุ์ หรือภาวะการเกิดนั้นยังคงอยู่ในระดับสูง อันเป็นเหตุให้จำนวนประชากรไทยในอดีตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันอัตราการตายของประชากรของประเทศไทยได้ลดลงมาอยู่ในระดับประมาณ 5-6 ต่อประชากรพันคนต่อปี

การลดลงของภาวะการตายของประชากรไทยเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการนำเอาวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ และการดำเนินงานทางด้านการสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการขยายบริการทางการแพทย์ เช่น การเพิ่มจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศหรือการมีโครงการสาธารณสุขขั้น มูลฐานและการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ อีกส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจในอดีตที่ส่งผลให้รายได้ส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการใช้จ่ายในการป้องกันสุขภาพมีมากขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาทางสังคม โดยเฉพาะในด้านการศึกษาและการส่งเสริมสถานภาพสตรี น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยลดระดับการตาย โดยเฉพาะการตายของทารกและเด็ก ทั้งนี้เนื่องมาจากมารดาที่ได้รับการศึกษาที่ดี ย่อมจะมีโลกทัศน์ที่เปิดกว้าง ย่อมเปิดรับวิทยาการสมัยใหม่ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันรักษาสุขภาพให้กับบุตร

จากการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะการเจริญพันธุ์ และภาวะการตายของประชากร ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย กล่าวคือ พบว่าในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต กล่าวคือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคนในปัจจุบันเป็นประมาณ 10 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุ จะเร็วกว่าประชากรโดยรวมทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากระหว่างปี 2523 ถึงปี 2533 ประชากรสูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 47 แต่เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มระหว่างปี 2523 ไปจนถึงปี 2563 จะพบว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มสูงถึงกว่าร้อยละ 300 (สำนักนโยบายและแผนงาน, 2542) สาเหตุของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว เป็นเพราะภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีตและภาวะการตายที่ลดลงเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้ประชากรในรุ่นที่เคยเป็นเด็ก ซึ่งเกิดมาเป็นจำนวนมากในอดีต ได้ค่อยๆ ทอยเข้าสู่วัยแรงงานและวัยสูงอายุในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มประชากรสูงอายุจะมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุมากๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับเช่นในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ประมาณ 700,000 คน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,400,000 คน ในราวปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (สำนักนโยบายและแผนงาน, 2542)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงและเพศชาย (สำนักนโยบายและแผนงาน, 2542) จะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง จะมีมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย และเมื่อพิจารณาอัตราส่วนทางเพศของประชากรในประเทศไทยจะพบว่าอัตราส่วนทางเพศเมื่อแรกเกิดจะมีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่ในกลุ่มสูงอายุกลับพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สะท้อนถึงอัตราการตายที่สูงกว่าของประชากรเพศชาย หากพิจารณาจากความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) จะพบว่าประชากรไทยมีการคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538-2539 แนวโน้มความคาดหมายการคงชีพในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 และ 70 ปี จะพบว่าประชากรที่มีชีวิตอยู่จนถึงอายุ 60 ปี มีโอกาสที่จะอยู่รอดเพิ่มสูงอีกเป็นลำดับ จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2528-2529 และพ.ศ. 2538-2539 แสดงให้เห็นว่า ประชากรเพศชายที่มีอายุ 60 ปี มีจำนวนโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดต่อไปเพิ่มประมาณ 4.8 ปี และเพศหญิงเพิ่มประมาณ 5.4 ปี เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาหรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม

ประเด็นที่ควรสนใจ คือ ความยืนยาวของชีวิตที่เพิ่มขึ้นนี้ เป็นการเพิ่มความยืนยาวที่มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่

เห็นได้ว่าคุณลักษณะของผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีความแตกต่างไปจากผู้สูงอายุในอนาคต ในหลายด้าน เช่น ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนไม่น้อยที่มีความสามารถในการอ่านอย่างจำกัด หรืออ่านหนังสือไม่ออกและเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุเพศชายกับเพศหญิงจะเห็นถึงความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่อ่านไม่ออกหรืออ่านหนังสือได้ลำบากสูงกว่าผู้สูงอายุในเพศชาย อย่างไรก็ตามในสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ คงจะลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากการขยายการศึกษาภาคบังคับเป็นลำดับ ความแตกต่างในระดับการศึกษา ระหว่างผู้สูงอายุปัจจุบันและในอนาคตนี้อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ อาทิเช่น ผู้สูงอายุในอนาคตที่มีการศึกษาดีขึ้น อาจจะชอบหรือเลือกรูปแบบการอยู่อาศัยที่แตกต่างกันไปจากผู้สูงอายุในปัจจุบัน เช่น อาจจะเลือกที่จะอยู่กันเองตามลำพังมากกว่าจะอาศัยอยู่กับลูกหลาน จากงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันมีไม่มากนักที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวหรือญาติพี่น้อง สถาบันครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามไม่ควรชะล่าใจภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในปัจจุบันอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งที่น่าห่วงใย ทำอย่างไรจึงจะทำให้ประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้นมีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นการของบุตรหลาน ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจ ในส่วนนี้กระทรวงสาธารณสุขคงมีบทบาทอย่างสำคัญในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับคนที่เข้าใกล้วัยสูงอายุนั้น ควรณรงค์ให้มีการเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ การเตรียมการนี้ควรส่งเสริมทั้งในด้านการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การกินอยู่ การตรวจสุขภาพ การเตรียมการด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนที่อยู่อาศัย ส่วนในกลุ่มวัยสูงอายุนั้นควรมีมาตรการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงหรือลดโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยให้เหลือน้อยที่สุด (วิพรรณ, 2542)

จังหวัดสมุทรสงคราม มีข้อมูลด้านประชากร พบว่า อัตราเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นของประชาชนส่วนหนึ่ง และการมีช่วงชีวิตที่ยาวนานมากขึ้นของประชากรอีกส่วนหนึ่ง ในปี 2550 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น จำนวน 111,160 คน คิดเป็นร้อยละ 13.24 ของประชากร (งานแผนงานและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2551) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือ

อาการต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปวดเข่า เข่าอักเสบ และปวดหลัง เป็นจำนวนมาก จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุไม่ว่าจะอยู่ในภูมิภาคใดก็ตามต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลงไป

อำเภอบางคนที เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงคราม(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที, 2551) ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก รวมทั้งสิ้น 8,079 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 ของประชากร นอกจากนี้ข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 9.36 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 72.14 แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นภาระต่อบุตรหลาน และอาจส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้พบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประชากรในเขตอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เอดส์ และอุบัติเหตุจราจร ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันที่นับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลไปสู่การมีสุขภาพดี ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานจนเกินไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และสภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม
3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม
4. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทาง ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม
5. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

## ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัยนำมากำหนดนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ
2. ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อการแก้ไขปัญหาและลดปัญหาสาธารณสุข ทำให้เกิดประโยชน์ที่เด่นชัดยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม และเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

## ตัวแปรที่ทำการศึกษา

### ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ประกอบด้วย

1. การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
  - 1.1 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

- 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
- 1.3 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
2. ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
  - 2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
  - 2.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
  - 3.1 การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
  - 3.2 การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ
  - 3.3 การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ

#### ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้าน

1. การออกกำลังกาย
2. การรับประทานอาหาร
3. การจัดการกับความเครียด
4. การตรวจสุขภาพประจำปี

## ตัวแปรอธิบาย (Intervening Variable)

ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

1. เพศ
2. สถานภาพสมรส
3. ระดับการศึกษา
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
5. ลักษณะงานที่ทำ
6. ภาวะสุขภาพ

### นิยามศัพท์

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยการนับอายุเป็นปีเต็ม เป็นผู้ที่สามารถพูดคุยได้รู้เรื่อง ได้ตอบได้ด้วยตนเอง

การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ จำแนกเป็น ไม่ได้เรียนประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา ได้แก่ มัธยมศึกษา อนุปริญญา และปริญญาตรี

ลักษณะงานที่ทำ หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำ จำแนกเป็นลักษณะงานที่ต้องใช้กำลังมาก ได้แก่ เกษตรกรรม ค้าขาย และรับจ้าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของผู้สูงอายุในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของบุคคลที่กำหนดไว้ดังนี้ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะงานที่ทำ ภาวะสุขภาพ ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้เกิดผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและความสามารถของแต่ละบุคคล โดยยึดหลักว่า ต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่า

การรับประทานอาหาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน ได้รับอาหารหลัก 5 หมู่ และควรลดปริมาณอาหารดังต่อไปนี้ ข้าว ขนมนึ่ง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง นม ขนมหั้ว แป้ง อาหารหวาน อาหารทอดในน้ำมันมากๆ นอกจากนี้ควรจะได้รับอาหารที่มีเส้นใย

การจัดการกับความเครียด หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่กระทำเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้น เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ ได้แก่ การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด การระบายความเครียด และการให้หลักทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในทุก ๆ ด้านเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ เป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่า การไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้มีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคหรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรือภาวะการเจ็บป่วยจากการไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่า การไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือความเสื่อมสภาพเร็วขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากผู้ให้การสนับสนุนหรือกลุ่มบุคคลอ้างอิงในครอบครัว

## การตรวจเอกสาร

การตรวจเอกสาร การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุป แนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้

1. บริบทอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)
6. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### บริบทอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

อาณาเขต จังหวัดสมุทรสงครามมีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที, 2551)

- ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดราชบุรีและจังหวัดสมุทรสาคร โดยมีลำคลองดอนมะโนรา และรางหัวตำลึงใน เขตท้องที่อำเภอบางคนที และอำเภอเมืองสมุทรสาคร เป็นแนวแบ่งเขต ติดทะเลอ่าวไทย ตรงปากแม่น้ำแม่กลอง และจังหวัดเพชรบุรี
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาคร ที่คลองพรมแดนท้องที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดราชบุรี โดยมีลำคลองวัดประดู่ เป็นแนวแบ่งเขตในท้องที่อำเภออัมพวา

### ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่โดยทั่วไปของจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มริมทะเลโดยตลอด สภาพของดินเป็นดินเหนียวปนทราย ไม่มีภูเขาหรือเกาะ เดิมเคยมีป่าโกงกาง ไม้แสม ตามชายฝั่งทะเลและมีป่าจากตามปากแม่น้ำ แต่ปัจจุบันได้มีการใช้ประโยชน์จากพื้นที่ดังกล่าวในการเลี้ยงกุ้งกุลาดำเกือบทั้งหมด ต่อมาการเลี้ยงกุ้งได้เกิดการขาดทุน ทำให้ปล่อยบ่อกุ้งร้างจำนวนมากแม่น้ำสำคัญที่ไหลผ่าน คือ แม่น้ำแม่กลอง ผ่านบริเวณท้องที่อำเภอบางคนที และอำเภออัมพวา ไปออกทะเลอ่าวไทย ที่บริเวณปากแม่น้ำแม่กลองในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม นอกจากนี้มีลำคลองใหญ่น้อยมากมาย แยกจากแม่น้ำแม่กลอง 338 คลอง ลำประโดง 1,947 ลำประโดง กระจายอยู่ทั่วพื้นที่ จากสภาพภูมิประเทศเช่นนี้ทำให้เกิดความสะดวกในด้านการคมนาคมทางน้ำ และการประกอบอาชีพด้านกสิกรรม

## เขตการปกครอง

อำเภอ แบ่งออกเป็น 3 อำเภอ 36 ตำบล 284 หมู่บ้าน

1. อำเภอเมืองสมุทรสงคราม มีเนื้อที่ 169.057 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 40.57 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด

2. อำเภออัมพวา มีเนื้อที่ 170.164 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 40.84 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด

3. อำเภอบางคนที มีเนื้อที่ 77.486 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 18.59 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด

เทศบาล (รวมพื้นที่ในเขตเทศบาลทั้งหมด 23.95 ตารางกิโลเมตร)

1. อำเภอเมืองสมุทรสงคราม มี 1 เทศบาล คือ เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม เนื้อที่ 8.0 ตารางกิโลเมตร

2. อำเภออัมพวา มี 2 เทศบาล คือ เทศบาลตำบลอัมพวา เนื้อที่ 2.5 ตารางกิโลเมตร เทศบาลตำบลเหมืองใหม่ เนื้อที่ 6.70 ตารางกิโลเมตร

3. อำเภอบางคนที มี 2 เทศบาล คือ เทศบาลตำบลบางนกแขวก เนื้อที่ 3.75 ตารางกิโลเมตร

### เทศบาลตำบลกระดังงา เนื้อที่ 3.00 ตารางกิโลเมตร

องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 30 แห่ง

#### เศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการประมง ส่วนอุตสาหกรรมนั้นส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก โดยอุตสาหกรรมที่สำคัญ ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตน้ำตาล อุตสาหกรรมอาหาร อุตสาหกรรมแปรรูปสัตว์น้ำ อุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร และมีโรงงานทั้งสิ้น 270 โรงงาน ทุนจดทะเบียนรวม 5,068,084,947 บาท จำนวนการจ้างงาน 7,099 คน สภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดสมุทรสงครามขยายตัวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และการประมงเป็นสาขาการผลิตในภาคเกษตรที่ทำรายได้สูงสุดของจังหวัด รองลงมาคือ กสิกรรม และการแปรรูปสินค้าเกษตรอย่างง่าย

#### การศึกษา

ระดับประถมศึกษา	ร้อยละ	62.22
ระดับมัธยมศึกษา	ร้อยละ	22.98
ระดับอนุปริญญา / ปวส.	ร้อยละ	10.15
ระดับปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ	4.65

#### พื้นที่และประชากรในเขตรับผิดชอบ

อำเภอบางคนที มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 13 ตำบล 101 หมู่บ้าน 3,712 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากร รวม 33,189 คน แบ่งเป็นชาย 15,759 คน และหญิง 17,430 คน มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 6,738 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 ของประชากร

ในปี 2440 อำเภอบางคนทีถูกรวมอยู่กับอำเภอสี่หมื่น จังหวัดราชบุรี ในปี 2454 ทางราชการได้จัดแบ่งเขตการปกครองใหม่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพื้นที่ระหว่างจังหวัดราชบุรีกับจังหวัดสมุทรสงครามขึ้นใหม่และได้สร้างที่ว่าการอำเภอบางคนที ขึ้นริมฝั่งแม่น้ำแม่กลอง จนถึงปัจจุบัน

## จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีจำนวน 1,185 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.36 ของจำนวนประชากร และในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 72.14 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.77 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาเป็น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 19.35 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18.71 จิตเวชคิดเป็นร้อยละ 1.16 และโรคเรื้อรังอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 9.01 ตามลำดับ

## สาเหตุการตายที่สำคัญ

สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ในปี พ.ศ. 2548-2551 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ อัตราตาย 410.74 ต่อประชากรแสนคน อุบัติเหตุต่าง ๆ อัตราตาย 371.25 ต่อประชากรแสนคน และโรคมะเร็งทุกชนิด อัตราตาย 229.06 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันหรือลดอัตราการเจ็บป่วยหรือตายได้ เนื่องจากส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของประชาชน โดยอุบัติเหตุต่างๆ และโรคมะเร็งทุกชนิดมีแนวโน้มอัตราการตายต่อแสนประชากรเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่โรคหลอดเลือดและหัวใจ อัตราการตายต่อแสนประชากรมีแนวโน้มลดลง

จากข้อมูลข้างต้น พิจารณาได้ว่าในพื้นที่อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามมีประชาชนที่เจ็บป่วยหรือตายจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตประจำวันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น ถ้ามีอัตราป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมลดลง จะทำให้ลดภาระแก่บุตรหลานเป็นอย่างมาก อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจแก่บุตรหลานต่อไปอีกยาวนาน

## ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สำหรับคำว่า ผู้สูงอายุ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ มากมาย ดังนี้

สุพัตรา (2531) คำจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุหรือวัยชรา (The Old Age) ในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะให้ไว้แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาถืออายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียถืออายุ 67 ปี ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอายุไม่ได้เป็นเครื่องชี้วัดว่าบุคคลใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่อายุก็เป็นแนวทางให้ทราบว่าบุคคลใดสมควรจะเป็นคนชราหรือเป็นผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1989) ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้างๆ เนื่องจากไม่มีคำจำกัดความเพียงอย่างเดียวที่จะสามารถประยุกต์ได้ทุกเรื่อง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจหรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือวัยสูงอายุเริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิตเมื่อนับตามชีววิทยา

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย สมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือ และเป็นวัยที่ถือว่าปลดเกษียณจากการทำงานหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม

### ลักษณะการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

วิฑูร (2533) ได้จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 60 - 70 ปี ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมด้วยการใช้ประสบการณ์ชีวิตที่สั่งสมมา

2. ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 70 - 80 ปี ผู้สูงอายุในวัยนี้  
กว่าครึ่งยังคงมีสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. ผู้สูงอายุวัยชรา หมายถึงผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จำเป็นต้อง  
ได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นๆ โดยการดูแลจะต้องไม่ละเลยการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ  
ควบคู่กันไป

จากการศึกษาของ Hall (อ้างถึงใน เบญจมา, 2534) ได้แบ่งการสูงอายุของคนออกเป็น  
4 ประเภท ดังนี้

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยนับ  
จากปีเกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุน้อยเพียงใด

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้าน  
สมรรถภาพและหน้าที่ของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้น

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่  
ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏ  
ในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละบุคคลตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้าน  
บทบาทหน้าที่และสถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงานราชการ เอกชน  
สโมสร และอื่นๆ

เลก (2540) อ้างถึงใน ชัยยศ (2538) พูดถึงความชราไว้ว่า ความชรานั้นมี 3 ประเภท

ประเภทที่ 1 คือ ชราโดยอายุ คือ เกิดมานานเท่าใดนับได้ตามปีปฏิทิน

ประเภทที่ 2 ชราโดยสังขาร คือ สภาพเรือนร่างเป็นไปตามสังขาร เช่น หลังโกง  
ผิวหนังเหี่ยวย่น ตามัว หูตึง ผมหงอก ฟันหัก ฯลฯ เป็นต้น

ประเภทที่ 3 ชราโดยจิตใจ เป็นสภาพที่เรื้อรังโดยจิตใจหรือประสาทไม่ปกติ มีจิตวิตกกังวล ช่างคิด ช่างระแวง ฯลฯ ดูเศร้าหมองและดูแก่ชรากว่าอายุจริง

### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีสาระสำคัญที่สรุปได้ 4 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological Change)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Change)
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change)
4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Behavior Change)

#### 1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันแล้วแต่บุคคล กระบวนการดังกล่าวจะดำเนินไปอย่างช้าๆ เมื่อเลยวัยกลางคนไปแล้วร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ ตัวยภาพของอวัยวะระบบต่างๆ จะค่อยๆ ลดลง สามารถพิจารณาไปตามระบบภายนอกสู่ภายในร่างกาย ดังนี้

ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดจากภายนอก จากสีเดิมเปลี่ยนเป็นสีขาว ผมมักแห้งและร่วงง่ายเป็นผลมาจากเนื้อเยื่อบริเวณหนังศีรษะที่ช่วยป้องกันการไหลเวียนของโลหิตทำให้เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ และภาวะเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผมได้ง่ายขึ้น

ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อต่างๆ จะขาดความตึงตัวเนื่องจากการลดจำนวนน้ำในเซลล์ น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังน้อยลงทำให้ผิวหนังเริ่มแห้งหยาบ การลดจำนวนไขมันใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังเริ่มห่อนยานปรากฏรอยย่นอย่างชัดเจน คนวัยนี้ จะรู้สึกหนาวง่าย และการตกกระเป็นอีกหนึ่งสัญลักษณ์ของวัยผู้สูงอายุ

กล้ามเนื้อและกระดูก โครงกระดูกเป็นส่วนที่ยึดเซลล์และกล้ามเนื้อต่างๆ และทำหน้าที่ในการป้องกันอวัยวะภายในต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของสารแคลเซียม ทำให้กระดูกมีความเปราะมากขึ้น กระดูกมีน้ำหนักน้อยลง ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง น้ำในไขข้อลดลงทำให้การเคลื่อนไหวของข้อลดลง เกิดการ ติดเชื้อได้ง่าย ฟันจะสึกกร่อนทำให้กินอาหารไม่อร่อย นอกจากนี้ระบบกล้ามเนื้อลาย (ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ทำงานภายใต้อำนาจของจิตใจ และเป็นกล้ามเนื้อส่วนที่เกาะติดกับกระดูกโดยมีเส้นเอ็นเป็นตัวยึด) ก็มีความสามารถในการยืดและหดตัวได้ช้าลง ไยคลอโรเจน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของมัดกล้ามเนื้อ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้การยืดหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เป็นไปอย่างลำบาก และเมื่อเกิดการฉีกขาดจะประสานตัวซ้ำหรือประสานกันไม่สนิท

เล็บ จะหนาแข็งและเปราะบาง เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายน้อยลง จึงทำให้การจับตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงด้วย

การได้ยิน จะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากการหย่อนสมรรถภาพของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหูไม่เพียงพอ เพราะเส้นเลือดของผู้สูงอายุจะตีบเล็กทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอ และการเพิ่มขึ้นของปริมาณแคลเซียมในกระดูกหู ทำให้การส่งกระแสประสาทของเสียงไปยังอวัยวะรับการได้ยินซึ่งอยู่ในหูเสียไป อาการหูตึงในผู้สูงอายุจะพบมากขึ้นเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

การมองเห็น ลักษณะตาของผู้สูงอายุจะเล็กลงเพราะจำนวนไขมันรอบๆ ลูกตาน้อยลง กระจกตาดำเนื่องจากความยืดหยุ่นของหนังตาลดลง ตาลึก มีความเสื่อมโทรมของประสาทตา มีความไวแสงน้อย ทำให้มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหดตัวของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุสายตายาว และทำให้เกิดต่อกระจก ต้อหินได้

การลิ้มรส เป็นอาการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การรู้สึกในรสชาติของสิ่งต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากต่อมรับรสอาหารสูญเสียหน้าที่ โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็ม ในขณะที่รสขมและรสเปรี้ยวยังปกติ อาการอย่างนี้มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

การได้กลิ่น การได้กลิ่นเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการแยกแยะกลิ่นของสิ่งต่างๆ ดังนั้นในผู้สูงอายุต้องเพิ่มความเข้มข้นของกลิ่นมากขึ้น 11 เท่าของเด็ก จึงจะทำให้ผู้สูงอายุแยกแยะกลิ่นต่างๆ ได้ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น อาจทำให้ขาดความสดชื่นในชีวิตเพราะไม่ได้กลิ่นความหอมของสิ่งต่างๆ

การสัมผัส ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุจะหย่อนสมรรถภาพลง บางครั้งผู้สูงอายุจะไม่รู้สึกและไม่รับรู้ต่อสภาพความหนาวเย็นความร้อนของอากาศที่อบอ้าวตลอดจนความเจ็บปวดต่างๆ

การไหลเวียนของโลหิต หัวใจของผู้สูงอายุโดยปกติจะมีขนาดเล็กลงเป็นลำดับ หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อหัวใจทำงานเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่ขนส่งออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ และช่วยในการขนถ่ายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์กลับไปปอดยังปอด การแข็งตัว (Clot) ซึ่งถ้าเกิดในหลอดเลือดจะทำให้เกิดการอุดตันได้ แรงดันของเลือดจะเป็นตัวทำลายภาวะการอุดตันนี้ได้ในผู้สูงอายุภาวะการอุดตันนี้อาจจะเกิดขึ้นได้จากการแข็งตัวของเม็ดเลือดเอง หรือเกิดจากการช้าเพราะความเก่าแก่ของเซลล์ก็ได้ ดังนั้น กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุจึงต้องทำงานอย่างหนัก ในการสูบฉีดเลือดให้ไปทำลายภาวะอุดตันที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และมีโอกาสจะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอายุอื่น นอกจากนี้ลิ้นหัวใจจะมีการเปลี่ยนสภาพไปโดยมีขนาดหนาและแข็งขึ้น ผนังเซลล์ของเส้นเลือดหนาและแข็งขึ้น และขาดความยืดหยุ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเส้นเลือดแดง พบว่าปริมาณเลือดจากหัวใจจะลดปริมาณลงร้อยละ 40 จำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจจะลดลงน้อยกว่าที่ไปเลี้ยงไตและตับทำให้อัตราการทำงานของหัวใจลดลงประมาณร้อยละ 30 และพบว่าความต้านทานของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1 หลังจากเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องบีบตัวสูงและทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน

ระบบหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจลดลงประมาณร้อยละ 50 เพราะเนื้อเยื่อของปอดเปลี่ยนแปลง เป็นผลให้ปริมาณออกซิเจนที่เข้าไปในร่างกายมีน้อยไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ภาวะการขาดออกซิเจนที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องหายใจถี่ขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการสำลักสิ่งต่างๆ เข้าระบบทางเดินหายใจได้และส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการวิงเวียนเป็นลมได้ง่าย (ซึ่งถ้าขาดออกซิเจนมากอาจเกิดการสลบหรือตายได้)

ระบบย่อยอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก ได้แก่ ความสามารถในการลิ้มรสอาหารและสิ่งต่างๆ ลดลง น้ำย่อยของต่อมไต้ลีนจะมีปริมาณลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของการย่อยอาหารลดลงไปด้วย น้ำเมือกที่จะมาเกาะติดกับบริเวณลิ้นจะหนาขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการแยกสชาติต่างๆ น้อยลง สภาพในช่องปากมีความเป็นด่างมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในหลอดอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการยืดหรือหดของหลอดอาหารจะลดน้อยลง จึงทำให้ความถี่ในการปิดเปิดของกล้ามเนื้อที่จะเป็นทางผ่านของอาหารน้อยและทำให้ช้าลง เป็นสาเหตุทำให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างเชื่องช้า การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ กล้ามเนื้อของลำไส้หย่อนสมรรถภาพทำให้ระบบการย่อยของอาหารเป็นไปได้อ่อนแอ ลำไส้เนื้อที่ก่อให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรง มีผลทำให้ระบบการย่อยอาหารเสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการดูดซึมผนังลำไส้ลดน้อยลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประสบกับปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับช่องปาก ดังต่อไปนี้ เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน เหล่านี้มีผลทำให้ประสิทธิภาพของการย่อยและการดูดซึมของอาหารลดลง จึงเกิดปัญหาด้านโภชนาการและท้องผูกในวัยสูงอายุได้ง่ายขึ้น

ระบบทางเดินปัสสาวะ ขนาดของไตจะเล็กลงและอัตราการกรองของไตจะลดลงด้วย โดยพบว่าการทำงานของไตของเลือดไปยังไตจะมีปริมาณลดลง โดยเฉลี่ยร้อยละ 55 จากอายุ 55 ปี ไปถึงอายุ 80 ปี หรือประมาณร้อยละ 0.6 ต่อปีในวัยผู้ใหญ่ ในเพศชายมักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและบ่อยครั้งมากขึ้น นอกจากนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลงและมีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีการสูญเสียความสามารถในการขับถ่ายเกลือจำนวนมาก อาจทำให้เกิดการเสียดสีของอวัยวะไตได้ง่าย และถ้าหน้าที่ของไตเสื่อมมากถึงระดับหนึ่งจะมีผลในการเพิ่มระดับความดันโลหิตด้วย

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมต่างๆ เช่น ต่อมไต้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมเพศ และตับอ่อน เป็นต้น จะทำงานลดลง เป็นผลให้มีการผลิตฮอร์โมนน้อยลงด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้สูงอายุมักเป็นโรคเบาหวานจำนวนมาก

ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่ายและมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือระบบภูมิคุ้มกันที่พึ่งเซลล์ การที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องของภูมิคุ้มกันทำให้เกิดอุบัติการณ์ของวัณโรค โรคถุงส่ว และมะเร็งชนิดต่างๆ เพิ่มสูงขึ้นในคนกลุ่มวัยนี้

ระบบประสาทและสมอง น้ำหนักของสมองจะลดลงจาก 1,400 กรัม เมื่ออายุ 20 ปี เหลือประมาณ 1,334 กรัม เมื่ออายุ 60 ปี จะลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ขนาดของสมอง เล็กลง เกิดช่องว่างระหว่างกลีบสมอง สมองบางส่วนจะฝ่อมากกว่าสมองส่วนอื่นๆ เช่น สมองน้อย เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการมองเห็น ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำระยะสั้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา นานขึ้นในการทบทวนความจำ ความสามารถในการแก้ปัญหาเชิงตรรกะวิชายาลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจและปฏิกิริยาของร่างกายในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลงเมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการนำสื่อกระแสไฟฟ้าของ เซลล์ประสาทลดลง ระบบประสาทอัตโนมัติลดประสิทธิภาพลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืด เมื่อลุกนั่งเร็วๆ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลง ของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ขณะนอนหลับทำให้ระยะเวลาในการหลับระดับหลับสนิทสั้นลง เป็นผล ให้ผู้สูงอายุมักตื่นในตอนกลางดึกบ่อยๆ ระบบประสาทที่ทำหน้าที่ในการรับรสเสื่อมประสิทธิภาพลง ระบบประสาทในการรับกลิ่นเสื่อมลงด้วยเช่นกัน

ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง นั้นมีหลายประการ เช่น ความสามารถในการร่วมเพศจะลดน้อยลง ผู้สูงอายุเพศหญิงจะหมด ประจำเดือนในช่วงอายุ 48 – 52 ปี ผนังเซลล์ของกล้ามเนื้อในอวัยวะเพศจะคลายความตึงตัวและ มีความยืดหยุ่นน้อยลง ขนาดของอวัยวะเพศทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีขนาดเล็กลงตามลำดับ

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่กล่าวมาแล้ว ล้วนเป็นสาเหตุให้ความสามารถ ในการปรับตัวทางร่างกายของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการใช้พลังงานเพื่อรักษาและคงไว้ ซึ่งสภาพร่างกายจึงเป็นไปได้ยากขึ้น การเกิดโรคในผู้สูงอายุจึงเป็นไปได้ง่ายและต้องใช้เวลา ในการรักษาพยาบาลยาวนานกว่าวัยอื่นๆ แม้จะเป็นโรคเดียวกัน

## 2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุมีสาเหตุหลายประการ Charlotte (n.d.) อ้างถึงใน สุรศักดิ์ (2541) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการสูญเสียในเรื่องต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งจะนำมาสู่ภาวะการซึมเศร้าได้ง่าย
- 2) การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ
- 3) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่
- 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง
- 5) การสูญเสียความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางเพศ

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2538) ได้อธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดังนี้

การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึก การสื่อสารและการรับรู้เสื่อมสภาพลง ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อด้วยภาษาพูด กิริยาท่าทางหรือการสื่อในรูปแบบอื่นๆ เป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สมบูรณ์ การแปรความหรือการตีความมีโอกาสผิดพลาดง่ายต้องอาศัยเวลา ผู้สูงอายุจึงใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจ การรับรู้ของตนเอง ลักษณะดังกล่าวนี้เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่าและมักขัดแย้งกันเสมอๆ

การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่สังคมมิให้ความสำคัญต่อตนเองดังที่เคยเป็นมาก่อน บางครั้งก็ลืมไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงอารมณ์จะเป็นอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อผู้สูงอายุเริ่มยอมรับและปรับสภาพได้แล้วเมื่ออายุมากขึ้นต้องมีความสูญเสีย ต้องมีบทบาทใหม่มิใช่ผู้ปฏิบัติเอง แต่เป็นเพียงผู้แนะนำหรือบางทีต้องเป็นผู้รับการดูแล เพราะข้อจำกัดต่างๆ ของสังขาร ความมีเหตุผลและประสบการณ์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักสกัดกั้นอารมณ์และแสดงออกในทางที่ดีขึ้น

การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นภาระแก่คนอื่น การมีอายุมากขึ้น ก็คือการเดินเข้าสู่ความตาย ความตายเป็นกาลเวลาแห่งความสิ้นสุด การยอมรับต่อสภาวะดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิธีการดำเนินชีวิตให้กับตนเอง เป็นโลกใหม่ของวัยสูงอายุ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามเหตุผลและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล บางคนมุ่งสร้าง ความดี บางคนมุ่งชีวิตสงบเข้าวัดถือศีลกินมังสวิรัต บางคนชอบเลี้ยงหลานและบางคนก็ชอบ อยู่คนเดียว เพราะให้ความรู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนชอบก่อนตาย

ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจของตนเองเท่านั้น โดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน ความสนใจจะมุ่งไปที่ตนเอง เพราะมีเวลาที่จะคิดถึงตนเอง เนื่องจากว่างจากภาระกิจการทำงานและสังคม จะชอบหรือสนใจในสิ่ง ที่ตนคุ้นเคยเท่านั้น งานแปลกใหม่อื่นๆ จะไม่ชอบและไม่สนใจ ชอบชีวิตที่เรียบง่าย ความมั่งหวัง หรือใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบที่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ลดน้อยลง

ความสามารถทางสติปัญญาและการเรียนรู้ มโนทัศน์ต่างๆ ที่ซับซ้อน ยุ่งยากจะ เรียนรู้ได้ยาก การขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้ ความคิด ความเร็วในการคิดจะลดลง แต่ยังคงมีความแม่นยำ ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุจะมี ความสามารถในการใช้วิจารณญาณหรือแสดงความคิดเห็นได้ดี โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้อง อาศัยประสบการณ์และความรอบคอบสุขุม ความสามารถในการเรื่องของการวิเคราะห์สิ่งต่างๆ จะลดลง

ความเหงาเดี่ยวดาย (Loneliness) เกิดจากการที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวให้ ได้กับการเปลี่ยนแปลงหรือการสูญเสีย ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะของการขาดการสนองตอบทางอารมณ์ (Emotional Deprivation)

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สังคมถือเป็นภาวะแวดล้อมของมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยทั่วไปสามารถแบ่งระยะของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของมนุษย์ ได้เป็น 3 ระยะ คือ (เกษม และ กุลยา, 2528)

ระยะเข้าสู่สังคม (เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 30 ปี) การสร้างปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ จะเริ่มจากสิ่งที่ใกล้ชิดตัวออกไป กล่าวคือจะเริ่มจากบุคคลในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม การก้าวเข้าสู่สังคม ระยะนี้เป็นกลไกทางสังคมที่ทุกคนจะต้องกระทำ

ระยะสร้างสังคม (อายุ 30 - 60 ปี) เป็นการสร้างครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยทางสังคม หน่วยแรกขึ้นก่อน มีสมาชิกเพียง 2 คน จากนั้นก็ขยายสังคมของตนให้กว้างขึ้นอาจจะเป็นการสร้างฐานะ สร้างสมาชิกเพิ่ม สร้างความมั่นคงทางสังคม จนถึงการยกฐานะของตนทางสังคม ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม

ระยะออกจากสังคม (อายุ 60 ปีขึ้นไป) การออกจากสังคมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากสาเหตุ 2 ประการ คือ

- 1) เป็นการออกจากสังคมตามข้อกำหนด เป็นการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมของบุคคลที่ถูกกำหนดโดยสังคม
- 2) เป็นการออกจากสังคมที่เกิดขึ้นจากการยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความเสื่อมทางด้านร่างกาย
- 3) การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุที่กล่าวมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เมื่อพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงทางด้านหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อหรือมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในส่วนที่เหลือ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ นับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลงไป (บรรณ และคณะ, 2531)

#### 4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงของควมมีอายุเป็นต้นเหตุของความเครียดในชีวิตคน การปรับตัวจึงเป็นกลไกของร่างกายและจิตใจอย่างหนึ่งที่มีขึ้นเพื่อลดความเครียด เป็นความพยายามที่จะคงสภาพด้านร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลในขณะที่ความเครียดเกิดขึ้น การปรับตัวดังกล่าว

ทำให้คนมีพฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอบโต้เหตุการณ์ในลักษณะต่างๆ บางคนปฏิเสธ แต่บางคนยอมรับได้ กล่าวคือ

ประเภทที่ 1 ผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพความมีอายุจะมีการปรับตัวแบบยอมรับ ผู้สูงอายุประเภทนี้ยังคงความเป็นตัวของตัวเองและคงความสามารถของตนเองได้ดี มีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าของชีวิต มีการประพฤติปฏิบัติอย่างสอดคล้องตามวัยของตนด้วยความพอใจไม่เป็นการต่อกรบกร้าวหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 2 ผู้สูงอายุที่ชอบต่อสู้และมีพลังใจรู้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความกระฉับกระเฉงคล่องตัวใจสู้ไม่ยอมแพ้กับชีวิตและวัย แต่กลับมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ เกิดขึ้น มองเห็นประโยชน์ที่พึงให้ต่อสังคมและอนาคต สามารถทำงานได้ประสพผลสำเร็จดังที่คิด ดังนั้นผู้สูงอายุประเภทนี้วัยจึงไม่ใช่อุปสรรคต่อการทำงานและการใช้สติปัญญา

ประเภทที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมถดถอยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมสิ้นหวังและท้อท้อต่อชีวิต ต้องการความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวมากกว่าปกติ เป็นลักษณะที่คิดว่าเมื่อตนเองอายุมากขึ้นหรือแก่แล้วทำอะไรไม่ได้ต้องพึ่งพาลูกหลาน

ประเภทที่ 4 ผู้สูงอายุที่สิ้นหวังในชีวิตจะพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริง พยายามหลีกเลี่ยงชีวิต เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ บางรายท้อแท้มากอาจทำให้ถึงอหิวาตกรรมเมื่อสูงอายุ

ดังนั้นผลของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุมักถูกมองเป็นผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางกายลดลงต้องให้การช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นในทุกๆ เรื่อง แต่จริงๆ แล้วในสภาพแวดล้อมของสังคมปัจจุบันผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ต้องรู้จักสังเกตสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพเพื่อจะได้หาทางแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง เพราะถ้ามีแต่รอผู้อื่นอาจไม่ทันการณ์และเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายที่รุนแรงในภายหลังได้ (เกษม และ กุลยา, 2528)

## ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในระหว่างช่วงตั้งแต่ ค.ศ. 1974 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) ได้ถูกนำมาใช้และเน้นการจัดกิจกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น รวมทั้งองค์การอนามัยโลกก็ได้ใช้คำนี้เป็นต้นมาตั้งแต่เริ่มแนวคิดทางการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป้าหมายเพื่อ “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000” โดยมีการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชน และระดับชาติ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ถูกนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ในปี ค.ศ. 1975 รัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายสาธารณะ (Public Law) โดยระบุให้มีการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกันก็มีการออกพระราชบัญญัติสารสนเทศทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพได้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน (ประภาเพ็ญ และคณะ, 2538)

จากกฎบัตรออกดาดาว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถในการจำแนก และตระหนักถึงความปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงหรือเผชิญกับภาวะแวดล้อมได้ สุขภาพเป็นขุมพลังของชีวิต และแนวคิดสุขภาพเชิงบวกเน้นขุมพลังทางสังคมเท่ากับขุมพลังของบุคคล นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพมิใช่ความรับผิดชอบของภาคสาธารณะเท่านั้น แต่ยังคงขยายแนวคิดจาก “ลีลาชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี” (Healthy Lifestyle) ไปสู่ “สุขภาวะ” (Well-being หรือ Wellness) ด้วย

Green and Kreuter (1991) อ้างถึงใน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษาและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Supports) เพื่อให้เกิดผลทางการปฏิบัติ (Action) และสถานการณ์ (Conditions) ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การปฏิบัตินั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ซึ่งการปฏิบัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม

Gochman (n.d.) อ้างถึงใน จินตนา (2532) ให้ความหมายของ “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ” คือ การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้คืออาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

Karl (1983) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ ขบวนการกระทำของบุคคลและสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุข และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

Pender (1987) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม

Parse (1990) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำเพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการเจริญเติบโต การพัฒนาตนเองและการปรับปรุงให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

Murray and Zentner (1993) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น และการบรรลุถึงศักยภาพในด้านการดูแลสุขภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ในแต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

Kaplan and others (1994) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพว่า ได้รับการออกแบบมาเพื่อป้องกันการตายก่อนวัยอันสมควร หรือเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น แต่ความพยายามในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมิใช่ได้ผลดีเท่าเทียมกันตลอด ตัวอย่างเช่น การป้องกันการสูบบุหรี่ อาจมีประโยชน์มากมาย แต่ในเรื่องอื่นๆ เช่น การป้องกันโรคหัวใจ ประโยชน์ที่ได้ก็ยังเป็นเรื่องถกเถียงกันอยู่ และการออกกำลังกายสำหรับผู้ทำงานในสถานประกอบการก็ยังคงได้ประโยชน์ไม่ชัดเจน

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศที่ส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา มีดังนี้ (ลักขณา, 2539)

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นการมีนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเป็นนโยบายที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จะต้องยอมรับและมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับกฎหมายมาตรการเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนี้ จะมีความหมายใน 2 นัยยะ คือ นัยยะแรกหมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ประเทศ และระดับโลก ทั้งนี้เนื่องจากสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพที่ดีของมนุษย์ ส่วนอีกนัยยะหนึ่งก็คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงาน การใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพที่ดี (Healthy Society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy School) เป็นต้น

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) หัวใจสำคัญของกระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชน คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของชุมชนเองได้ ซึ่งหมายถึงว่า ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนามีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (Life Skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ระบบการบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ด้านการเมือง และเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนั้นยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

#### แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ (รุจินารถ, 2541)

1. พยายามกำจัดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ภายนอก เช่น กำจัดมลพิษในสภาพแวดล้อม ปรับปรุงสถานที่ประกอบการให้มีลักษณะที่ปลอดภัย ควบคุมระบบการขนส่งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย ออกกฎระเบียบควบคุมโรงงานอุตสาหกรรมให้ปล่อยของเสียของโรงงานออกมาให้น้อยที่สุดจนกระทั่งไม่มีเลย รัฐพึงออกกฎหมายควบคุมมาตรฐานสุขภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยและตรวจสอบมาตรฐานนั้นเสมอ

2. พยายามมุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ของตัวบุคคล โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Activities) ซึ่งมุ่งไปที่พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน และระดับคอเลสเตอรอลสูง การไม่ออกกำลังกาย การเที่ยวหญิงบริการ การใช้สารเสพติด และแอลกอฮอล์ ตลอดจนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด

วิชัย (2547) กล่าวว่า การสร้างสุขภาพมีกลวิธี 3 ประการ คือ

1. Advocate คือการกระตุ้นให้ประชาชน รัฐ ผู้กำหนดนโยบายเรื่องสุขภาพ ให้เป็นนโยบายสาธารณะ

2. Enable คือ การสนับสนุนประชาชน ชุมชนให้มีความเข้มแข็งในเรื่องสุขภาพ

3. Mediate คือ รัฐเป็นสื่อกลางในการประสานกับประชาชนในเรื่องสุขภาพ

กรมอนามัย (2535) ได้ให้ข้อแนะนำการกินอาหารของคนไทยเพื่อให้มีสุขภาพและภาวะโภชนาการที่ดีไว้ 10 ประการ ได้แก่ 1) เลี่ยงลูกด้วยนมแม่ 2) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน 3) กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัยจากเชื้อโรคและสารเคมี 4) กินอาหารที่มีไขมันขนาดพอเหมาะ 5) กินอาหารที่มีเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ 6) กินอาหารรสหวานและน้ำตาลพอสมควร 7) รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 8) ระวังการรับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง 9) ระวังการดื่มสุราและหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีประโยชน์น้อย 10) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสเค็มจัดและเผ็ดจัด

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้ดำเนินการปรับปรุง “สุขบัญญัติแห่งชาติ” เพื่อให้มีเนื้อหาเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งอยู่ในรูปของสุขบัญญัติ 10 ประการ ดังนี้ 1) การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและหมั่นแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหาร และหลังขับถ่าย 4) กินอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีฉูดฉาด 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนันและการสำส่อนทางเพศ 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ และ 10) มีสำนึกต่อส่วนรวมและสร้างสรรค์สังคม

## พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุว่าเป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพ 10 ข้อ คือ

### อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารนี้ ยังคงเดิม ดังนั้นอาหารของผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีปริมาณและคุณภาพพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกวันในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญ และควรปฏิบัติ ในการแนะนำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์และพึงประสงค์

### อาหารหลัก 5 หมู่

ประเทศไทยแบ่งออกเป็น 5 หมู่ โดยแยกตามหน้าที่และประโยชน์ที่มีต่อร่างกาย คือ นำเอาอาหารที่มีประโยชน์คล้ายคลึงกันหรือเหมือนกันมาไว้ด้วยกัน เพื่อสะดวกในการเลือกใช้อาหารทดแทนกัน และสะดวกในการตรวจสอบว่า ใน 1 วัน ร่างกายได้รับอาหารครบถ้วนเพียงพอหรือไม่ คนเราทุกคนควรได้รับอาหารครบที่ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอทุกวัน เพราะไม่มีอาหารชนิดใดเพียงชนิดเดียว ที่มีสารอาหารที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายเพียงพอและครบถ้วน เราจึงต้องกินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ทุกวัน เพราะแต่ละหมู่ของอาหารมีหน้าที่ต่อร่างกายต่างกัน นอกจากนั้นอาหารแต่ละชนิดต่างก็อาศัยซึ่งกันและกันในการย่อยดูดซึมและนำไปใช้ประโยชน์ในร่างกาย

### อนามัย (ช่องปาก)

การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ฟันเป็นอวัยวะหนึ่ง ที่สามารถอยู่กับร่างกายเราได้ตลอดชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีฟันแข็งแรงและสภาพช่องปากที่แข็งแรงสมบูรณ์ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพปราศจากความเจ็บปวด ควรต้องปฏิบัติตน ดังนี้

### การทำความสะอาดช่องปากโดย

การแปรงฟัน การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี ควรแปรงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - ก่อนนอน ถ้าหากเป็นไปได้ควรแปรงทันทีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ โดย วิธีแปรงฟันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ ฟันบน ให้หงายแปรงเอียงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน ฟันล่าง ให้คว่ำแปรงเอียง 45 องศากับตัวฟันเช่นกัน มีขนแปรงบางส่วนอยู่ที่คอฟันและขอบเหงือก ซึ่งบริเวณนี้ ควรจะเน้นเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นส่วนที่สะสมคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบและฟันผุที่ต้องกำจัดออก

การใช้ไหมขัดฟัน เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยทำความสะอาดซอกฟันได้ดี ควรใช้ควบคู่กับการแปรงฟัน หรืออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีทั้งแบบเส้นใหญ่ เส้นเล็ก เลือกใช้ตามขนาดความกว้างของซอกฟัน

### การใช้แปรงซอกฟัน

เป็นแปรงขนาดเล็กๆ คล้ายแปรงล้างขวด มีหลายขนาดให้เลือก ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่ค่อนข้างกว้างเป็นรู เหงือกกร่น รากฟันโผล่ หรือบริเวณง่ามฟันกรามหลัง แปรงซอกฟันจะใช้งานได้ง่าย โดยสอดแปรงเข้าไปในช่องระหว่างซี่ฟัน ให้แนบกับฟันซี่ใดซี่หนึ่งก่อน ถูเข้าออก 4-5 ครั้ง แล้วจึงเปลี่ยนไปแนบกับฟันอีกซี่หนึ่งในลักษณะเดียวกัน

### การตรวจช่องปากด้วยตนเอง

ต้องหมั่นตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยการอ้าปากดูจากกระจกเงาในที่สว่าง

การตรวจฟัน เพื่อดูว่ามีรูผุ สีกร่อน บิ่น แตก มีฟันโยก คลอนหรือไม่ โดยใช้นิ้วที่ล้างสะอาดแล้วลองจับ โยกดูเบาๆ

การตรวจเหงือก หมั่นตรวจสีผิวของเหงือกบริเวณซี่ฟันทุกซี่ในปาก ซึ่งปกติควรมีสีชมพูซีด สังเกตดูว่า บริเวณใดที่มีสีแดงเข้มจัดเป็นมัน บวมโต หรือเหงือกกร่น ซี่ฟันยื่นยาวกว่าซี่อื่น ถ้ามีหรือสงสัยว่าเป็นลักษณะดังกล่าวให้รีบไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที

การตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก สังเกตว่าบริเวณใดมีปุ่มก้อนของเนื้อเยื่ออ่อน ทั้งสีและขนาด โตผิดปกติ ต่างจากบริเวณอื่นทั่วไป อาจใช้มือที่ล้างสะอาดแล้วถูบคลำดูหรือการเกิดแผลเป็นระยะเวลานานๆ ไม่หาย ซึ่งถ้าสงสัยให้รีบไปพบทันตแพทย์

### ออกกำลังกาย

การเจริญและการเสื่อมโทรมของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายมนุษย์เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ในเด็ก การเจริญเติบโตมีมากกว่า ในผู้สูงอายุอัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าการเจริญเติบโต จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆ ได้โดยทั่วไป และเกิดเป็นโรคที่พบเสมอ อาทิเช่น หลอดเลือดตีบแข็ง ข้อติดขัด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ ถุงลมโป่งพอง การเปลี่ยนแปลงตามวัยของคนแต่ละคน ในแต่ละระยะมีการแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยทั่วไปหลังอายุ 30 ปีไปแล้ว ร่างกายจะค่อยๆ เสื่อมโทรมลง และสมรรถภาพจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เห็นชัด คือผิวหนังจะหยابกร้านมีรอยย่น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจเห็นได้ด้วยตาเปล่า คือการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายใน ของระบบต่างๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง องค์ประกอบและหน้าที่การทำงาน

### ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

1. ช่วยลดการเสี่ยงจากการตายก่อนวัยอันสมควร
2. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ
3. ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง
4. ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น เพื่อป้องกันโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและช่วยให้ไม่เป็นลมหน้ามืดง่าย
5. ช่วยป้องกันโรคกระดูกผุ ทำให้กระดูกแข็งแรงไม่หักง่าย
6. ทำให้การทรงตัวดีขึ้น รูปร่างดีขึ้น และเดินได้คล่องแคล่ว ไม่หกล้ม

7. เพิ่มความต้านทานโรค และชะลอความชราภาพ

8. ช่วยผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดีขึ้นและนอนหลับสบาย

9. ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และอดทนยิ่งขึ้น

10. ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น

11. ช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง สามารถลดระดับน้ำตาลและไขมันลงได้จากการออกกำลังกาย

12. ควบคุมน้ำหนักตัว

13. ทำให้พลังงานทางเพศดีขึ้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุคงกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นการชะลอ "ความชรา" ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานยืนยันทางการทดลองที่แน่นอนว่าการออกกำลังกายจะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไป แต่จากผลของการออกกำลังกายต่างๆ รวมทั้งจากการปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีสมรรถภาพ ทำให้เชื่อได้ว่าการออกกำลังกายสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้อีก

**ข้อแนะนำการออกกำลังกายโดยทั่วไป**

1. ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา ลำตัว

2. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน

3. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20 - 60 นาที

4. ควรออกกำลังกายที่มีการพัฒนาความเหนื่อยเพิ่มขึ้นเท่าที่ร่างกายจะรับได้ และหยุดพักเป็นช่วงสั้นๆ เพื่อมิให้เกิดอาการวิงเวียน หรือหยุดพักขณะที่เปลี่ยนท่า หรือหยุดพักเมื่อต้องการ

5. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากายบริหารอย่างน้อยครั้งละ 5 - 10 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

## อากาศ

ปัจจุบันมลพิษทางอากาศมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เช่น นนทบุรี ปทุมธานี รวมทั้งเมืองใหญ่ เช่น เชียงใหม่ หาดใหญ่ นครราชสีมา ขอนแก่น ชลบุรี สระบุรี เป็นต้น สำหรับจังหวัดอื่นๆ สภาพอากาศยังคงอยู่ในสภาพที่ดี ปัญหามลพิษทางอากาศที่มีแนวโน้มมากขึ้นนั้น เนื่องจากการจราจรคับคั่งและมลพิษที่ปล่อยมาจากโรงงานอุตสาหกรรม ปัญหามลพิษในอากาศที่พบเป็นปัญหาหลัก คือ ฝุ่นละออง ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ไนโตรเจน ไดออกไซด์ และตะกั่ว มลพิษเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของเราทั้งสิ้น โดยแยกออกได้ดังนี้ คือ

คาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นก๊าซไม่มีสี กลิ่น รส สามารถจับเฮโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน ซึ่งทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ถ้าร่างกายได้รับก๊าซนี้ในจำนวนเล็กน้อย จะทำให้เกิดอาการวิงเวียนปวดศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ถ้าได้รับในปริมาณมาก จะทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้

ฝุ่นละออง ฝุ่นละอองขนาดเล็กเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยมากกว่าฝุ่นละอองขนาดใหญ่ เพราะฝุ่นละอองขนาดเล็กสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนลึกได้ ทำให้เนื้อเยื่อปอดเสื่อมสุขภาพ ภูมลง โป่งพอง เป็นต้น

ตะกั่ว สามารถเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง เช่น ผิวหนัง จมูก ปาก เป็นต้น และจะสะสมในร่างกายทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ เมื่อมีการสะสมไว้ระดับหนึ่ง จะปรากฏเส้นสีม่วงคล้ำที่เหงือก โลหิตจาง และมีอาการทางประสาท ถ้ามีระดับตะกั่วในเลือดสูงจะเกิดอาการที่กล้ามเนื้อที่ใช้งานมาก เช่น กล้ามเนื้อยึดกระดูก ข้อมือ ข้อเท้า อาการที่เด่นชัด คือ มือเท้าแตก เป็นอัมพาต สำหรับไนโตรเจนออกไซด์ โอโซน และโอโดคาร์บอน ทำให้เกิดอาการระคาย

เคื่องต่อเนื้อเยื่อ เช่น เคื่องตา แสบจมูก และระคายเคื่องต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการจาม ไอและแน่นหน้าอก นอกจากนี้ยังมีปัญหาพิษจากควันบุหรี่ ทันทีที่ผู้สูบบุหรี่จุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ การเผาไหม้ของบุหรี่ จะทำให้เกิดสารเคมีที่เป็นพิษหลายชนิด ซึ่งส่งผ่านมายังผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในรูปของควันบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นควันบุหรี่ที่ผู้สูบพ่นออกมาหรือควันที่ออกมาจากบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้ไม่สูบทั้งสิ้น อาจแตกต่างกันก็ตรงที่ ผู้สูบพ่นออกมาจะมีความเข้มข้นของสารพิษ น้อยกว่าควันบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ เพราะพิษบางส่วนเข้าไปติดตามหลอดลม และปอดของผู้สูบบ้างแล้ว ดังนั้นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่อยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ จึงมีโอกาสเจ็บป่วยได้เท่าๆ กับผู้สูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่นี้เป็นระยะเวลานานๆ จะมีผลต่อสุขภาพร่างกาย คือทำให้เป็นมะเร็งปอด หลอดลม โป่งพอง หลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบหืด โรคมะเร็ง

## อารมณ์

ตามธรรมชาติของมนุษย์มีภาวะสุข และทุกข์ได้ในคนๆ เดียวกัน ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละเวลา และโอกาสการที่คนมีความสุขอยู่ใกล้ๆ ย่อมทำให้ตัวบุคคลข้างเคียง และสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวมีความสุขด้วยเช่นกัน ความวิตกกังวล หรือมีปัญหาในการแก้ปัญหาต่างๆ ไม่ได้ ถ้าเรายังวิตกกังวล ก็จะไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ ซึ่งจะมีผลต่อระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย

## การหัวเราะ

การหัวเราะเป็นยาอายุวัฒนะ เมื่อมีการขี้หรือหัวเราะ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมน "ความสุข" ชื่อ "เอนโดฟิน" ซึ่งช่วยให้สามารถต่อสู้กับความกลัว ความเครียด ระบบย่อยอาหารดีขึ้น กระตุ้นการเจริญอาหารและระบบต่างๆ ในร่างกายมีการผ่อนคลาย การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น สามารถต่อต้านและช่วยบรรเทาอาการกังวลและเจ็บปวดต่อโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ และช่วยในการปรับปรุงสมดุลของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย การเก็บกวาดสิ่งที่ไม่ต้องการในร่างกาย เช่น คลอเลสเตอรอล ไขมันส่วนเกินและขยะต่างๆ จากจิตใจด้วย

การหัวเราะให้ความตึงเครียดผ่อนคลายลง ให้ผลดีกว่าการออกกำลังกายทุกชนิดเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด ถ้าหัวเราะ 1 นาที เท่ากับได้พักผ่อนนานถึง 45 นาที ดังนั้นการหัวเราะถือเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง คนที่หัวเราะมากๆ จะมีชีวิตยืนยาว

## การยิ้ม

คนที่สามารถมองโลกในแง่ดี และเห็นว่าชีวิตสดใสอยู่เสมอ คนๆ นั้นจะไม่มีทางเจ็บป่วย เพราะความเครียด คนที่ยิ้มทุกครั้งเมื่อมีโอกาส คนที่รู้จักผ่อนคลาย และคนที่ยิ้มอยู่เสมอไม่เพียงจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้นเท่านั้น ยังสามารถทำให้ผู้อื่นมีอาการดีขึ้นด้วย เวลาเรายิ้มอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลง ความดันโลหิตและระบบต่างๆ ในร่างกายผ่อนคลายลง นำไปสู่ระบบต่างๆ เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนยิ้มมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ การยิ้มช่วยให้ดูอ่อนกว่าวัย ตรงกันข้ามกับการแสดงความรู้สึกอื่นๆ บนใบหน้าที่จะมีผลทำให้ดูแก่กว่าวัย การยิ้มให้คนมองเห็นคุณมีชีวิตชีวา สดชื่น กระปรี้กระเปร่า และอ่อนกว่าวัยอยู่เสมอ สามารถช่วยผ่อนคลายภาวะความตึงเครียดต่างๆ ลงได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการหัวเราะ ยิ้ม และสนุกสนานรื่นเริงอยู่เสมอ จะมีอายุยืนยาวกว่าคนที่ไม่ยิ้ม ซึ่งวิธีที่จะทำให้เป็นคนหัวเราะได้ยิ้มได้และสนุกสนานนั้น ต้องมีการปล่อยวาง มีการพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูงหรือคนที่รู้จัก เข้าวัดฟังธรรม ช่วยงานบ้าน ชุมชน และสังคมเป็นครั้งคราว หางานที่ตนเองชอบทำ ตามแต่สถานภาพของตนเอง อย่าอยู่คนเดียว

อดิเรก (ม.ป.ป.) กล่าวว่า "ความลับของการเกษียณคือการที่ทำให้เราเกิดความขุ่นเคือง ปล่อยตัวเองให้ว่างเกินไปนั่นเอง ยาแก้ความขุ่นเคืองก็คือ คุณต้องทำงานอะไรสักอย่าง ดังนั้นวันหยุดพักผ่อน ของชีวิตตลอดกาลคือ การทำงานที่ดีโดยไม่มีที่สิ้นสุดนั่นเอง" ความสุขหลังเกษียณงาน นั้น ขึ้นอยู่กับอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนไป การปรับสภาพของตนเอง ใหว่ปรับและความสนใจในสิ่งต่างๆ คนที่ไม่ได้สนใจในการทำงานอื่น ๆ นอกจากงานที่เคยทำ หรือเตรียมงาน ทำหลังเกษียณ จะมีผลทำให้อายุสั้นหลังเกษียณไปกี่ปี ซึ่งจะตายด้วยโรคแห่งความเบื่อหน่าย และการสูญเสียความทรงจำต่างๆ ตรงกันข้ามกับผู้เกษียณมีงานอดิเรกทำ จะใช้เวลาไปกับงานอดิเรก ไม่มีเวลาว่างในการคิดฟุ้งซ่าน ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และมีอายุยืนยาวต่อไปอีกหลายปี ผู้เกษียณเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และความชำนาญสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ได้มาก ชีวิตคืองาน งานคือชีวิต งานคือการปฏิบัติธรรม การเข้าสู่วัยชรา มิได้หมายความว่า หมดสมรรถภาพในการทำงานต่างๆ โดยสิ้นเชิง ดังนั้นควรให้ผู้สูงอายุมีงานทำตามความพอใจและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

## การเตรียมงานทำในวัยสูงอายุ ต้องเริ่มตั้งแต่วัยกลางคน

โดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. หลังเกษียณจะทำงานอะไร
2. งานที่ทำให้ผลตอบแทนอะไรบ้าง หรือคุณได้รับความสุขจากการทำงาน
3. ทำทุกวัน หรือทำงานพิเศษบางวัน

### งานที่มีลักษณะดังนี้

1. ทำงานเต็มเวลา กรณีที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หรือกรณีที่คุณคิดว่าตนเองไร้ค่า
2. งานพิเศษทำเป็นครั้ง อาจเป็นการหารายได้เสริม หรือคิดว่าตนเองไร้ค่า
3. ทำธุรกิจส่วนตัว ในด้านการให้คำปรึกษา หรือทำธุรกิจส่วนตัวที่เป็นธุรกิจเล็กๆ เช่น ปลูกดอกไม้ หรือพืชผักต่างๆ รับจ้างแปลหนังสือ สอนพิเศษ ฯลฯ

เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม ชาย หญิงวัยแรงงาน และหนุ่มสาววัยทำงาน ต้องทำงานหารายได้เสริมฐานะในครอบครัว ดังนั้น จะให้คนสูงอายุช่วยดูแลบุตรหลาน และดูแลบ้านในขณะที่ตนไปทำงาน ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งผิดกับผู้สูงอายุทำงานกับหน่วยงานราชการ หรือเอกชน เมื่อเกษียณแล้ว จะรู้สึกว่าเหว ถ้าไม่ทำงานอะไร ดังนั้น การหางานอดิเรกทำ จะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ดังคำกล่าว "อยากแก่ช้า อย่าอยู่ว่าง ออกแรงบ้างอายุยืน"

## อุจจาระ

อาหารที่เรากินไม่ว่าจะเป็นอาหารชนิดไหน และมีคุณสมบัติเพียงใด ล้วนมีความสำคัญต่อชีวิต อาหารที่มีคุณค่านั้น นอกจากจะไปทำหน้าที่ในการซ่อมแซมเซลล์และเนื้อเยื่อเพื่อให้เราดำรงชีวิตอยู่เป็นปกติแล้ว ยังคงเป็นอาหารที่มีส่วนเหลือจากการย่อยแล้ว สามารถขับออกไปนอกร่างกายได้โดยง่าย เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารเกิดอาการบดเน่าเสีย อยู่ในร่างกาย เมื่อใดที่อุจจาระคั่งค้างในร่างกาย หรือเกิดอาการท้องผูก ก็จะมีผลต่อระบบการทำงานของระบบอื่นๆ ในร่างกาย

การขับถ่ายของเสียหรืออุจจาระ มีความสำคัญมากๆ พอกับการย่อยอาหาร และการนำสารอาหารไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เมื่อใดอาหารคั่งค้างในลำไส้ใหญ่ และไม่ถูกขับออกมาจากร่างกาย ก็เกิดการบดเน่า และดูดซึมสารพิษที่เกิดจากการเน่าเสียของอาหาร กลับไปสู่ร่างกาย ยิ่งคั่งค้างนานเท่าใด ก็ได้รับสารพิษเพิ่มขึ้นเท่านั้น ร่างกายก็จะได้รับสารพิษ ไม่สบายมีอาการต่างๆ ด้านร่างกาย เช่น อึดอัด หายใจไม่สะดวก เป็นแผลร้อนใน ฯลฯ อาหารที่มีผลต่อระบบการย่อยอาหารที่สมบูรณ์ คืออาหารที่มีเส้นใย หรือกากอาหารที่เหลือจากการรับประทาน เมื่อเส้นใยผ่านลำไส้เล็กก็จะดูดซับสิ่งสำคัญต่อร่างกาย ที่เหลือจะส่งต่อไปยังลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นอาหารที่ร่างกายย่อยไม่ได้ หรือเหลือจากการย่อย ความหนายของเส้นใยในกากอาหาร จะทำหน้าที่เหมือนไม้กวาดทำความสะอาดลำไส้

### การป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องผูกในผู้สูงอายุ

1. กินอาหารที่มีเส้นใยมากๆ ทุกวัน ได้แก่ ผักสด ผลไม้สด ข้าวซ้อมมือ รำข้าว 1 - 2 ช้อนโต๊ะ ชงน้ำกินระหว่างมื้อ ลูกพรุน ลูกเกด กากน้ำตาล โมลลาด น้ำมันมะกอก
2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำ กายบริหาร พยายามลุกขึ้นทำวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น ครั้งละ 20 - 30 นาที หากไม่เคยทำ เริ่มจาก 5 - 10 นาทีก่อนการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง วิธีนี้จะเป็นการกระตุ้นลำไส้โดยอัตโนมัติ เช่น ขณะตื่นนอนตอนเช้า ให้นอนหงายโดยใช้ปลายเท้าขัดกับขอบเตียงและยกตัวขึ้นนั่งและลดตัวลงนอน โดยใช้มือช่วยยัน ทำเช่นนี้หลายๆ ครั้ง
3. เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร อย่างรับประทานอาหารขณะเครียด อย่างรับประทานอาหารคำน้ำคำ

4. เข้าส้วมทันทีเมื่อรู้สึกอยากถ่าย จะเป็นการหัดลำไส้ให้มีพฤติกรรมอัตโนมัติ ถ้ามีนิสัยนี้ก็จะไม่ไปเข้าห้องน้ำทันทีจะนำไปสู่ภาวะท้องผูกในที่สุด

5. ดื่มน้ำมากๆ วันละ 4 - 8 แก้ว เพิ่มจำนวนมากขึ้นถ้าเสียเหงื่อมากกว่าปกติ เช่น อากาศร้อน หรือออกกำลังกาย ถ้าท้องผูกมากต้องดื่มน้ำ 1 แก้ว ทุกชั่วโมง

6. การฝึกหัดนั่งส้วม เป็นการฝึกหัดการทำงานของลำไส้ และการขับถ่ายอย่างต่อเนื่อง เช่น หัดนั่งถ่ายอุจจาระในเวลาเดิมทุกวัน เช่นเวลาเช้าหลังตื่นนอน หรือหลังอาหารเย็น การขับถ่ายอุจจาระวันละครั้งหรือ 2 ครั้ง ถือเป็นเรื่องปกติแต่ความสำคัญควรขับถ่ายสม่ำเสมอ

7. พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาระบาย การใช้ยาระบายจะทำให้กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้อัตโนมัติเสียไป ถ้าไม่ได้รับยาลำไส้จะไม่ทำงานทำให้เกิดอาการท้องผูก

8. พยายามละเว้นยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก เช่น ยาโคเคอีน และยาลดกรดบางชนิด

## อบอุ่น

ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเคารพใคร่ผูกพันระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ กำลังเสื่อมทรามลง ลูกหลานไม่เคารพและสนิทสนม กับพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย คนรุ่นลูกหลานไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุตั้งความหวังว่า ลูกหลานจะปฏิบัติกับตนเช่นวัฒนธรรมเก่า (ดั้งเดิม) แต่ลูกหลานในปัจจุบัน ไม่สามารถตอบสนองต่อผู้สูงอายุได้ ตามที่คาดหวังได้ในแง่ต่าง ๆ และในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุก็ไม่ได้เตรียมใจรับความเปลี่ยนแปลง ค่านิยม และแนวคิดของรุ่นหลานได้ทัน

ธรรมดานุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอยู่ร่วมกัน ไม่มีใครอยู่คนเดียวในโลก ชีวิตจะมีความหมายและมีชีวิตชีวาเมื่อมีความสัมพันธ์กับคนอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุมีความจำเป็น และสำคัญอย่างยิ่งทั้งนี้เพราะ ทำให้ไม่ว่าง และว้าเหว่ อารมณ์สดชื่น มีชีวิตชีวา และช่วยแบ่งเบางาน ที่ไม่สามารถทำคนเดียวได้ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กิจกรรมต่างๆ ลดลง ความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงหรือหยุดไปลูก ๆ โตขึ้น ก็มีความเป็นตัวของตัวเอง หรือการที่คู่ชีวิตตายจากไปก่อน หรือเกิดหย่าร้าง และในขณะที่ความสัมพันธ์กับคนอื่นที่ยังมีอยู่ ก็จากไปตามธรรมชาติ เช่น คนในครอบครัว

เพื่อนฝูง คนรู้จัก แยกย้ายไปอยู่ที่อื่น หรือตายจากไป ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาก ดังนั้น สิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวได้ คือ

### ครอบครัว

ความผูกพันในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐานและเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่แน่นหนาและยืนนาน ในฐานะที่ตนเป็นลูกหลานควรมีการทดแทนบุญคุณ แก่พ่อแม่ที่เป็นผู้ให้ชีวิตเลี้ยงดูและให้ตนมีสภาพความเป็นอยู่เช่นปัจจุบัน ถ้าขาดพ่อแม่แล้ว เราจะยืนอยู่ในเช่นปัจจุบัน ได้อย่างไรดังนั้น ควรดูแลให้พ่อแม่หรือผู้สูงอายุ ให้อยู่ได้ตามสถานภาพที่ควรจะเป็น และตามศักยภาพของตนไม่ควรส่งพ่อแม่ หรือผู้สูงอายุไปอยู่บ้านพักคนชรา ซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจ ว่าเหงาหงอ ไม่มีความสุขใดที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขเท่ากับการได้อยู่กับลูกหลาน

### เพื่อน

เพื่อน ก็เหมือนครอบครัวที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ยิ่งเพื่อนที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุข หรือเคยทำงานด้วยกัน ดังนั้นควรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และหาเพื่อนใหม่ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนเพื่อนเก่าที่ตายจากไป มิตรภาพจะเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัยแม้ต่างวัยก็ตาม ซึ่งจะเป็นการก่อให้เกิดประโยชน์เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร ซึ่งกันและกัน ช่วยปรับทุกข์ พุดคุย ปกป้องหาหรือ หรือทำงานร่วมกัน มีผลทำให้ไม่เหงา และรู้ว่าตนเองมีค่า

การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ลูกหลาน และเพื่อนฝูง จะนำมาซึ่งความสุข แก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ตามปกติผู้สูงอายุมีความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่าคนหนุ่มสาว สามารถเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มาก และให้โอกาสผู้สูงอายุแสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจ และทำงานด้วยใจรัก

## อนาคต

ปัจจุบันภาพพจน์วัยชรา หรือสูงอายุเปลี่ยนไป วัยชราหรือสูงอายุมีความเปลี่ยนแปลง แต่วัยชรา หรือสูงอายุสามารถเข้มแข็ง ปราดเปรียว มีชีวิตที่เข้มแข็ง กระฉับกระเฉงและเต็มไปด้วยชีวิตชีวาได้ การเกษียณอายุนั้น ไม่ใช่อายุที่จะรอความตายแต่จะเป็นอายุที่เริ่มต้นชีวิตใหม่ และสามารถจะรื่นรมย์กับชีวิตใหม่ไปได้ยาวนานกว่าร้อยปีขึ้นไป และเป็นร้อยที่แข็งแรง สดใส สดชื่น เพราะธรรมชาติให้ชีวิตและอายุมากขนาดนั้น

### ต้องเตรียมรับสภาพความจริงของวัยชรา

ทุกชีวิตเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะแปรเปลี่ยนตามไปด้วย ในวัยเด็กร่างกายยังไม่โตเต็มที่ พอเป็นผู้ใหญ่ร่างกายก็จะโตอย่างเต็มที่ แต่ครั้งพออายุย่างเข้าสู่วัยชราแล้ว มันก็แน่นอนเหลือเกินว่า ความเหยียวย่น จะต้องติดตามมาเป็นเพื่อนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งดังกล่าวนี้มักจะต้องเกิดขึ้นกับทุกๆ คนอย่างแน่นอน ซึ่งตัวมันเอง ก็ไม่ได้เจาะจงเกิดขึ้นแต่เฉพาะตัวใครคนใดคนหนึ่ง ยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าไร ร่างกายก็ยิ่งแปรเปลี่ยนมากขึ้นตามไปด้วย จะอ่อนแอลงกว่าเดิม เชื่องช้าลง หลังจะโก่ง ผิวหนังเหยียวย่น และผมจะกลายเป็นสีเทา การปรับตัวทำได้ยาก ทำทาง งกๆ เงินๆ จะต้องใช้เวลาเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และความจำก็จะเสื่อมสมรรถภาพลง วัยชราเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ แม้อายุ 60 70 หรือ 80 ปี จะต้องเรียนรู้ตลอดเวลา วัยชราที่ประสบความสำเร็จอันสง่างามนั้น ต้องมีการเรียนรู้ เพื่อที่จะประยุกต์ หรือปรับปรุงความสามารถที่ลดถอยลง ที่ทุกคนต้องตระหนัก และวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อในสิ่งนั้นจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล (จรรยา, 2541) ความเชื่อมีบทบาทสำคัญในการกำหนดหลักแห่งการกระทำหรือกำหนดกรอบความคิดเห็นในด้านต่างๆ ของบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยบุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับ

สถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย Rokeach (1970) กล่าวว่า ความเชื่อ คือความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคล ซึ่งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบโต้ในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin cited in Becker (1974) ซึ่งกล่าวว่าในช่วงชีวิต (Life Space) ของบุคคลที่ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้ ประกอบด้วยบริเวณที่เป็นประจุลบ (Negative Valance) และบริเวณที่เป็นประจุบวก (Positive Valance) และบริเวณที่เป็นกลาง (Relative Neutral) ความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคที่เกิดขึ้นจะถูกกำหนดให้อยู่ในบริเวณที่เป็นประจุลบ ซึ่งจะมีแรงผลักดันออกจากบริเวณนี้ตลอดเวลา ในขณะที่พฤติกรรมหรือกิจกรรมของบุคคลจะถูกดึงเข้าสู่บริเวณแรงด้านบวก จากแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายถึงการตัดสินใจกระทำหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps *et al.*, 1983) ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล (King, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tirrel (1980) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขา
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วย

ลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1976) ได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายถึงพฤติกรรม การไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ในปี ค.ศ. 1972 Becker ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น มีส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้ (Becker *et al.*, 1977)

1. การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (Perceived Severity)
2. ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา และคุณค่าของพฤติกรรมที่จะช่วยลดอันตรายจากโรค นั่นคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefit)
3. องค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินหรืออื่นๆ จะเป็นสิ่งชักนำให้ การปฏิบัติ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สิ่งที่มาชักนำอาจเป็นการกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการจากความเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักนำมาจากภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ต่อมา Karl and Cobb (1985) ได้ประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของบุคคลเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (Health Related Behavior) ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคล ที่มีสุขภาพสมบูรณ์เพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของโรค ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย โดยการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อนและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น ยอมรับการรักษาจากแพทย์ ยอมรับการฟังกายาศัยบุคคลอื่นรวมทั้งหยุดการทำงานที่ตามปกติชั่วคราว

จากพฤติกรรมดังกล่าวนี้ บุคคลมีโอกาที่จะแสดงพฤติกรรมตามระยะต่างๆ โดยมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งกดดันให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ นักวิจัยหลายท่านได้ใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) มาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะแรก โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษาและลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระเบียบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน (Becker, 1974) ต่อมาในปี ค.ศ. 1977 Becker ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้นำแรงจูงใจและตัวแปรด้านสังคมเข้าไปเกี่ยวข้องเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)**

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อนี้ในระดับไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Hochbaum, 1958) อ้างถึงใน (รุ่งกานต์, 2530) ดังนั้น Becker (1977) ได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

### การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity or Noxiousness)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ Hijack (1984) กล่าวว่า การที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ เมื่อบุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น และมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น การศึกษาของ McCausland (1990) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน สอดคล้องกับการศึกษาของ Larson *et al.* (1979) cited in Janz and Becker (1984) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับวัคซีนป้องกันโรคหัวใจ

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และจากข้อกำหนดต่างๆ ของแพทย์ พฤติกรรมการปฏิเสธการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นในระยะของการรักษาเนื่องจากมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ มัลลิกา (2530) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมดังนี้

1. ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. ใ้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจซื้อยามารับประทาน ใ้ยากลางบ้าน

3. รักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่มีใช้การใช้จ่าย เช่น การนอนพักและดื่มน้ำอุ่น เมื่อเริ่มรู้สึกว่าจะเป็นหวัด

4. ไปหาเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาและขอคำแนะนำ

#### การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันมิให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย มีการศึกษาของ Burak and Meyer (1997) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะมารับการตรวจปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ

#### การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้นยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะของเขาได้จริงและจะได้รับประโยชน์คุ้มค่างับเวลาที่เสียไปในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มค่างับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการรักษา Connelly (1987) กล่าวว่า ความไม่สุขสบาย ความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

รวมทั้งความซับซ้อนและระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนานจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่ง Klinger (1984) ศึกษาพบว่า ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ความไม่สบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ปรัทณี (2540) พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและการดูแลบุตรเมื่อติดเชื่อเจ็บป่วยระบบหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง และจากการศึกษาของ มยุรี (2543) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### **แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)**

แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้ความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

### **ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)**

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. ตัวแปรด้านประชากร (Demographic Variables) การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ตัวแปรด้านประชากรเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ กล่าวคือ

เพศ จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่า เพศหญิงและเพศชาย มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวตลอดจนทัศนคติการเจ็บป่วย และเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย (Anderson and Noris, 1972) และจากการศึกษาของ Weissfeld *et al.* (1990) พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย

อายุ อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่าง (Becker, 1974) พบว่าความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษา มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ และการศึกษาของ บุรณี (2540) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส (สมจิต, 2541) การศึกษาของ Brown and Mc Greedy (1986) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสคู่และ ผู้สูงอายุหญิงที่เป็น โสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็น โสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่

ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ (Pender, 1982) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะได้รับการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

อาชีพ อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยต่างกัน เนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกันจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ต่างกัน จากการศึกษาของ Nemcek (1990) พบว่า อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองด้านสุขภาพ

2. ตัวแปรด้านสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่ใกล้ชิด Becker and Maimann (1980) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนถึงไปรับ ภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกับรายงานของ สุภภรณ์ (2531) พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วย ตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีผลทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงในสังคม เช่น โรคซิฟิลิส ผู้ที่เป็นโรคมักจะถูกมองว่ามีความต่ำส่งทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความอับอาย และได้รับการต่อต้านจากครอบครัวและเพื่อนๆ ทำให้ผู้ป่วยบิดบังและไม่กล้ามารับการรักษา

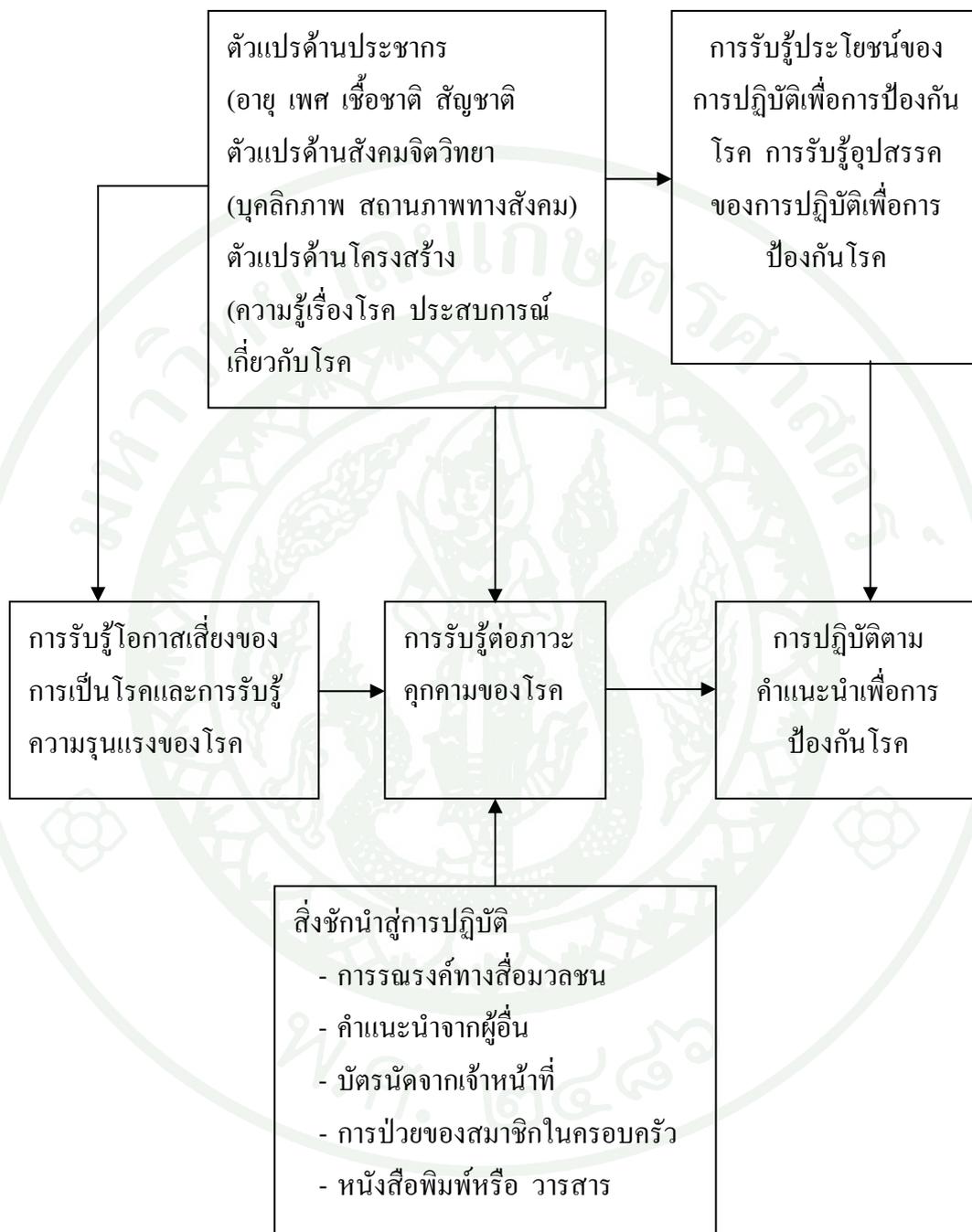
3. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น และการกระตุ้นเตือน สิ่งเหล่านี้จะ ช่วยให้คนปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความเข้ม (Intensity) ของสิ่งชักนำที่จะ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้จะขึ้นกับความพร้อมของกลุ่มหรือบุคคลในการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษาของ Petosa and Jackson (1991) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมกรณีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยชักนำ เช่น ข้อมูลความรู้ ข่าวสาร คำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรณีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การศึกษาของ Lee (2000) พบว่า สิ่งกระตุ้นในการตรวจหาเซลล์มะเร็งเรื้องรังปากมดลูกในระยะแรก คือคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ จะช่วยเพิ่มแรงกระตุ้นในการมา รับการตรวจที่เพิ่มขึ้นของสตรี

จากความสัมพันธ์ดังกล่าว Becker (1974) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคและได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ ดังภาพที่ 1

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมที่ควรแสดง



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

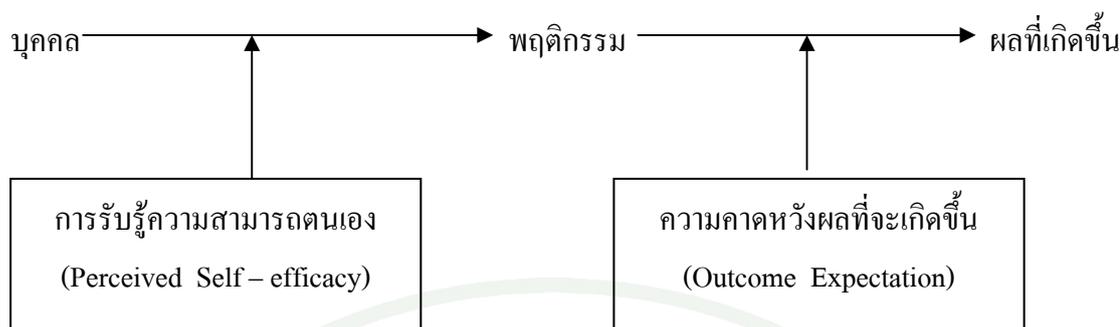
ที่มา: Becker *et al.* (1974)

## ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

ผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถของตนเอง คือ Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ซึ่งศึกษาตามแนวทฤษฎีของ Skinner แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีความสามารถตนเองมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยได้ศึกษาและพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ. 1962 ต่อมาในปี ค.ศ. 1968 Bandura ได้ขยายแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อทฤษฎีใหม่เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) Bandura ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่กระทำ จะทำอะไร กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ

ในระยะแรก Bandura (1977) ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และเป็นตัวกำหนดการแสดงออกพฤติกรรมต่อมา Bandura ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้ความหมายใหม่ว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเอง นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและประสบความสำเร็จ

ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) Bandura อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพที่ 2 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญคือ

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) Bandura ให้ความหมายว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคน ที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้น การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความพอเหมาะ เพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดอีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง จะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

#### ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพที่ 3 Bandura (1994) กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญปัญหาต่างๆ แม้กระทั่งความล้มเหลวหรือสิ่งที่ยากและพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเอง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงปัญหา คิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นยาก ซึ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำ/ ปานกลาง จนอาจทำให้บุคคลไม่พยายามกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามี 4 ประการ คือ (Evans, 1989) อ้างใน (สมโภชน์, 2539)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำได้ซึ่งจะทำให้เขาสามารถใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่กลับจะพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่าผู้สังเกตก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าผู้สังเกตมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยให้ดูจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งสามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

2.1 การเรียนรู้จากตัวแบบ การเรียนรู้จากตัวแบบเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นแล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนี้ได้ประมวลเป็นข้อมูลไว้ใช้เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตนต่อไป การเรียนรู้จากตัวแบบนี้เป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง หรือการอ่าน เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น การที่บุคคลสามารถเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้นประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่าง

2.1.1 กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) ความใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับ จากการสังเกตพฤติกรรมทั้งหมดที่ตัวแบบแสดงออกมา ถ้าผู้สังเกตใส่ใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบก็จะสามารถจำแนกพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบได้ ในทางตรงข้ามถ้าผู้สังเกตไม่ใส่ใจ ขาดการรับรู้และเข้าใจพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมา ก็จะไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นได้

2.1.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นการรวบรวมรูปแบบของพฤติกรรม ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วเก็บจำในลักษณะของสัญลักษณ์ซึ่งเป็นมโนภาพและภาษา ถ้าการเก็บจำมโนภาพแปลงเป็นสัญลักษณ์ทางภาษาก็จะทำให้จำได้ง่ายถูกต้องและนานขึ้น การที่บุคคลมีการเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมผ่านไประยะหนึ่งโดยไม่มีตัวแบบให้เห็น

2.1.3 กระบวนการกระทำทางกาย (Motor Reproduction Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำ เป็นการทำในการแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ครั้งแรกอาจมีความใกล้เคียงแต่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสมนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบ และความคิดความจำของผู้สังเกต ถ้ามีการให้ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

2.1.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจจะถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มในการเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ

## 2.2 อิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต คือ

2.2.1 การสร้างพฤติกรรมใหม่ เมื่อผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบนั้น ผู้สังเกตไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้สังเกตจะรวบรวมรูปแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์ และถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่

2.2.2 การสร้างกฎเกณฑ์ หรือหลักการใหม่ จะเกิดในสภาพการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะต่างๆ ภายในสถานการณ์ต่างๆ และถ้าการตอบสนองส่งผลทางบวก ผู้สังเกตก็จะรวบรวมลักษณะของตัวแบบในรูปแบบต่างๆ นำมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่

2.2.3 การสอนความคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การมีตัวแบบจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เพราะผู้สังเกตเมื่อเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผู้สังเกตอาจใช้ประสบการณ์ต่างๆ ที่อยู่ประกอบการกระทำของตัวแบบมาพัฒนาเป็นความคิดหรือพฤติกรรมใหม่ขึ้น

2.2.4 การยับยั้งการกระทำและลดความหวั่นเกรงที่จะกระทำ การที่ได้เห็นตัวแบบถูกลงโทษ ผู้สังเกตจะมีแนวโน้มไม่กระทำตามพฤติกรรมนั้น และในทำนองเดียวกันถ้าได้เห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมไม่ถูกต้องและถูกห้ามปรามแล้วไม่มีผลลัพธ์ใดๆ ตามมา ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามตัวแบบ

2.2.5 การส่งเสริมการกระทำ การมีตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ ถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมหนึ่งและได้รับรางวัล ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะทำตามมากขึ้น

2.2.6 ทางด้านอารมณ์ ตัวแบบสามารถมีผลต่ออารมณ์ของผู้สังเกต ทำให้อารมณ์รุนแรงเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้ายตามไปด้วยได้

2.2.7 การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่คนให้คุณค่าและมีความชื่นชอบอยู่แล้ว การกระทำของตัวแบบนั้นก็ทำให้ผู้สังเกตกระทำได้โดยเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

2.3 ประเภทของตัวแบบ การเสนอตัวแบบ Bandura ได้เสนอไว้ 2 รูปแบบ ดังนี้

2.3.1 ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อย่างอื่น ๆ

2.3.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ เป็นต้น

3. การใช้คำพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป Bandura กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงใจ มักจะไม่ค่อยได้ผลดีนัก การที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ถ้าจะให้ผลควรจะใช้ร่วมกับการกระทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ เสริมสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงใจร่วมด้วย ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่มากเกินไปในการปฏิบัติไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะเกิดความคาดหวังในความสำเร็จ เมื่อบุคคลอยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่พึงพอใจ ความกลัวจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวมากขึ้น เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ของความล้มเหลว จะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองต่ำลง

Bandura ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองของบุคคล อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ (Dimension) 3 มิติ คือ

1. มิติตามขนาดความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคล ในการกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างในพฤติกรรมที่แสดงออกในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ย่างๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลวได้

2. มิติการแผ่ขยายความคาดหวัง (Generality) ประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่น ในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันของประสบการณ์บางอย่าง ไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น

3. มิตិความเข้มข้นของความคาดหวัง (Strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนั้นมีความเข้มข้นน้อย คือไม่มั่นใจในความสามารถตนเอง เมื่อประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองลดลง แต่หากมีความเข้มข้นของความคาดหวังมากหรือมีความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความพยายามมากแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม

### แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

#### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจะสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ซึ่งนักวิชาการสังคมศาสตร์ได้ให้ความสนใจและทำการศึกษาวเคราะห์อย่างจริงจัง ตั้งแต่ Fritz Heider นักมานุษยวิทยา เผยแพร่บทความเรื่อง “Attitudes and Cognitive Organization” เมื่อปี ค.ศ. 1946 อธิบายว่า ปกติมนุษย์จะมีความสัมพันธ์ต่อกัน ทำให้มนุษย์โยงใยเข้าด้วยกันเป็นเครือข่ายสังคม ต่อมาก็ที่ทั้งนักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา นักมานุษยวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ หันมาศึกษาอย่างจริงจังเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุคคลที่โยงใยกันเป็นเครือข่าย (บุญเยี่ยม, 2528)

Caplan (1976) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง วัตถุประสงค์ที่ผู้ให้อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนมอบให้กับผู้รับโดยตรง วัตถุประสงค์นี้อาจจะเป็นวัตถุประสงค์หรือไม่ใช่วัตถุประสงค์ เพื่อสนองความต้องการของผู้รับ ซึ่งให้ผู้รับเกิดความสุขกายและใจ

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข่าวสารหรือข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทองหรือสิ่งของ

Pilisuk (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึง การแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย

บุญเยี่ยม (2528) ได้สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และยังมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในเครือข่ายสังคมนั้นๆ และผลของการได้รับการสนับสนุนดังกล่าวทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมไปในทางที่ดี นั้นหมายถึง การมีสุขภาพดี

#### หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย (Pilisuk, 1982)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
  - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
  - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

**แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม**

โดยทั่วไปแรงสนับสนุนทางสังคมจัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ซึ่งกลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ซึ่งมีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จะเห็นได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งปฐมภูมิ อันได้แก่ ครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน นับว่ามีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ อันได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือกลุ่มอื่นๆ เช่น พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

## ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสื่อสารสองทาง ประกอบด้วย ผู้ให้และผู้รับ จึงมีลักษณะการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 8 รูปแบบ (สุภาภรณ์, 2531) ดังนี้

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความทะนุถนอม เอาใจใส่ มักเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เพราะฉะนั้นหากขาดความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมบุคคลจะรู้สึกโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้ง
2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) เป็นการร่วมกิจกรรมทางสังคม ก่อให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนหรือระดมความคิดและพลังงาน นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกห่วงใยและเข้าใจขณะกระทำกิจกรรมร่วมกันด้วย มักเป็นความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน หุ้นส่วน สมาชิกองค์กร หากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต
3. การส่งเสริมการให้รู้ค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) การได้รับการยอมรับจากสังคมในการแสดงบทบาททางสังคม เช่น ช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือเพื่อนๆ เป็นต้น หากขาดไปจะทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง
4. โอกาสจะได้โอ้อุ้มเลี้ยงดูผู้น้อย (Opportunity for Nurture) เป็นความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่เลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโต เป็นต้น เป็นความปรารถนาจะให้ผู้อื่นสุขสบายเป็นที่พึงพาของผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า หากขาดไปจะทำให้ตนรู้สึกว่างเปล่าและขาดจุดหมาย
5. ความเป็นมิตรที่ดี (Reliable Alliance) เป็นความจริงใจต่อกัน ไว้วางใจกันได้ เป็นที่คาดหวังของกันและกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะมีความเชื่อใจที่ดีต่อกันหรือไม่ มักจะเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว หากขาดบุคคลจะรู้สึกถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำแนะนำที่แข็งแรง (Guidance) มักเป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลเผชิญภาวะตึงเครียดหรือภาวะวิกฤติ ต้องการคำปลอบใจ กำลั้งใจ คำแนะนำ เพื่อผ่อนคลายความเครียดและเผชิญภาวะการได้มั่นคงยิ่งขึ้น

7. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ ทำให้บุคคลปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

8. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและบริการอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดเวลาและแรงงานเพื่อให้รับความสะดวกสบาย

Israel (1985) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

## ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Middle Level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

3. ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การสนับสนุนทางสังคมในระดับกลาง คือ ให้เพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน และญาติเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยให้การสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตใจ และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์

## ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ Becker and Maiman (1974) อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534) ได้เสนอความคิดเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนี้ Haynes (อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย และครอบครัวเป็นแหล่งปฐมภูมิของนิสัยทางด้านสุขภาพ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประสิทธิ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 ระดับต่ำร้อยละ 40.6 ตามลำดับ

ผ่อง (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน สภาพแวดล้อมภายนอกโรงเรียน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนใหญ่ครูประถมศึกษา มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ และระดับสูง ตามลำดับ

มนัสศรี (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีแหล่งบริการสุขภาพ/การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ /การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ การมีแหล่งบริการสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

สุภาพรณ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม

สุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล

วารินทร์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดิ่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ปัจจัยอื่น ได้แก่ ความชัดเจนของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดวงใจ (2540) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา ชา และกาแฟ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยการอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง มีการออกกำลังกาย นอนหลับคืนละ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ไม่นอนกลางวัน มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนโดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อรู้สึกเหงาจะทำงานอดิเรก เมื่อรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด และรู้สึกว่ามีปัญหาที่ลดลงจะทำใจยอมรับ ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรับการรักษาที่

สาธารณสุข และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี

นพวรรณ (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุออกกำลังกายร้อยละ 36.1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการไม่ออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการคาดหวัง ในผลดีด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

อรานญา (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 58.8 มีการออกกำลังกายแต่ไม่ถูกต้องทุกขั้นตอน ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ลักษณะงานที่ทำ รายได้ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

น้ำทิพย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว

กันยรัตน์ และ รุจิระชัย (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับการรู้คิดของผู้สูงอายุในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุข เขต 2 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรู้คิด พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความ

รับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

ปานทิพย์ (2548) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทตำบลทับทิม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ชลธิชา และ จิราพร (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุนิยมทำมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 80.8 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีการใส่ใจต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านการใส่ใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีกิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก

อาทิตย์ และ อุษา (2549) ศึกษารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาพรุ อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ได้รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุที่แสดงว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับ ปัจจัยร่วม ได้แก่ ลักษณะการดำเนินชีวิตในวัยเด็ก การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนจากบุตร และการสนับสนุนจากแหล่งอื่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความหมายสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามจากปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

นงรัตน์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 4 ตำบลนาพรุ อำเภอยะพราง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากการประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานที่ 3 ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

## อุปกรณ์และวิธีการ

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 6,738 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที, 2551)

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane (Yamane, 1973) ที่กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง  
ในที่นี้ให้ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

เมื่อ N = 6,738

e = 0.05

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{6,738}{1 + 6,738(0.05)^2}$$

$$\text{กลุ่มตัวอย่าง} = 377.58 \text{ คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 378 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 378 คน โดยมีวิธีและขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นปฐมภูมิ (Stratified Random Sampling) (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จากการแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 13 ตำบล

ขั้นตอนที่ 2 ทำการกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการคำนวณเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละตำบล จะได้จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบล ดังนี้

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละตำบล ในเขตอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ชื่อตำบล	จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	บ้านปราโมทย์	358	20
2	ดอนมะโนรา	558	31
3	บางสะแก	517	29
4	บางยี่รงค์	562	31
5	จอมปลวก	730	41
6	บางกระบือ	369	21

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อตำบล	จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
7	โรงหีบ	398	22
8	ยายแพง	348	20
9	บางคนที	449	25
10	บางกุ้ง	415	23
11	บางพรม	470	27
12	บางนกแขวก	576	33
13	กระดังงา	988	55
	<b>รวม</b>	<b>6,738</b>	<b>378</b>

ขั้นตอนที่ 3 จากจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละตำบล ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหน่วยวิเคราะห์ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุจากทะเบียนบ้านเยี่ยมบ้านในแต่ละตำบล ให้ได้ผู้สูงอายุตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก ข้อ 1,4,8,2 คำถามเชิงลบมีข้อ 2,3,5,6,7,9,10,11

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก ข้อ 6,6,7,8,10,11,12 คำถามเชิงลบมีข้อ 1,2,3,5,9

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ คำถามเชิงบวก ข้อ 2,5,6,7,8 คำถามเชิงลบมีข้อ 1,3,4,9

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ คำถามเชิงบวก ข้อ 1,2,8,9,10 คำถามเชิงลบมีข้อ 3,4,5,6,7

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ คำถามเชิงบวก ข้อ 2,3,4,7,8,9,11 คำถามเชิงลบมีข้อ 1,5,6,10

ส่วนที่ 2 – ส่วนที่ 6 มีลักษณะแบบสอบถามที่สร้างตามแบบการวัดของ Likert (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับมาก ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 39.53 – 44.00

คะแนน

มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 30.92 – 39.52

คะแนน

มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 23.00 – 30.91

คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับมาก ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 33.08 – 37.00

คะแนน

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 29.07 – 33.07 คะแนน

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 26.00 – 29.06

คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคระดับมาก ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 25.56 – 29.00 คะแนน

มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 20.37 – 25.55 คะแนน

มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 – 20.36 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับมาก ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 27.27 – 32.00 คะแนน

มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 20.94 – 27.26 คะแนน

มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15.00 – 20.93 คะแนน

การประเมินระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับมาก ได้คะแนนอยู่ระหว่าง  
33.23 – 38.00 คะแนน

มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง  
28.58 – 33.22 คะแนน

มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ระหว่าง  
24.00 – 28.57 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ  
จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามที่สร้างตามแบบการวัดของ Likert (Likert's Scale)  
แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ "ได้รับมาก" "ได้รับปานกลาง"  
"ได้รับบ้างเล็กน้อย" "ไม่ได้รับเลย" แบบสอบถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or  
Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
ได้รับมาก	4 คะแนน	1 คะแนน
ได้รับปานกลาง	3 คะแนน	2 คะแนน
ได้รับบ้างเล็กน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ได้รับเลย	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม  
ออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)  
(บุญธรรม, 2547) ดังนี้

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 47.95 – 61.00 คะแนน

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 29.96 – 47.94  
คะแนน

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 22.00 – 29.95 คะแนน

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างตามแบบการวัดของ Likert (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 20 ข้อคำถามเชิงบวก ข้อ 1-7,9,11,12,13,16,18,19,20 คำถามเชิงลบมีข้อ 8,10,14,15,17 แต่ละข้อมีมาตราวัด 4 อันดับตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และ ปฏิบัติน้อยที่สุด แบบสอบถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
ปฏิบัติมากที่สุด	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติมาก	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 53.55 – 73.00 คะแนน

มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์ปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 38.16 – 53.54  
คะแนน

มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์ไม่ดี ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 30.00 – 38.19 คะแนน

### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสอบถามโดยมีข้อกระทงคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด และมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอกรรมการที่ปรึกษา เมื่อพิจารณาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย

5.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปให้กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน(ภาคผนวก) พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ

5.2 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุใน ตำบลท่าคา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทำการตรวจสอบ คุณภาพ โดยทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่นำไปใช้ในภาพรวมเท่ากับ .954 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละส่วนมีดังนี้

5.2.1 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่า ความเชื่อมั่น เท่ากับ .852

5.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .797

5.2.3 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริม สุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .760

5.2.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .867

5.2.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .759

5.2.6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ .825

5.2.7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .762

### 5.3 การหาค่าอำนาจจำแนก

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนำไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยการทดสอบค่า T (Separated t-test) เป็นรายข้อ โดยเลือกข้อที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขึ้นไป ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

6. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอปรแกรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงสาธารณสุขอำเภอ บางคนที เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงผู้ช่วยผู้วิจัยคือนักวิชาการสาธารณสุขประจำสถานีอนามัย 13 แห่ง ทำความเข้าใจให้ตรงกันเพื่อนำแบบสอบถามลงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุที่สถานีอนามัยตามจำนวนที่สุ่ม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Movement Correlation Coefficient)

## ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ศึกษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็น โรคหรือ ภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์และ ประมวลผลข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้เสนอ ในรูปตารางประกอบการอธิบาย โดยแบ่งออกเป็น 6 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
- ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
- ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ
- ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 6 การพิสูจน์สมมติฐาน

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 378)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	133	35.2
หญิง	245	64.8
สถานภาพสมรส		
โสด	35	9.3
คู่	189	50.0
ม่าย / หย่า / แยก	154	40.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	108	28.9
ประถมศึกษา	261	69.0
มัธยมศึกษา / ปวช.	6	1.6
อนุปริญญา / ปวส.	2	0.5
ปริญญาตรี	1	0.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	194	51.3
2,000 – 2,999 บาท	111	29.4
3,000 – 3,999 บาท	46	12.2
4,000 บาทและสูงกว่า	27	7.1

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 378)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน		
เกษตรกรรม	53	14.0
ค้าขาย	22	5.8
รับจ้าง	134	35.4
ข้าราชการบำนาญ	4	1.1
ดูแลบ้าน	73	19.3
ไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเฉย ๆ	92	24.3
ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพดี	54	14.3
สุขภาพดีปานกลาง ป่วยเป็นบางครั้ง	235	62.2
สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อยๆ	89	23.5
การมีโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์		
ไม่มี	237	62.7
มี	141	37.3
ระบุโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์		
โรคความดันโลหิตสูง	80	21.2
โรคเบาหวาน	20	5.3
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	15	4.0
โรคหัวใจและหลอดเลือด	13	3.4
โรคไตเรื้อรัง	4	1.1
โรคอื่นๆ	9	2.4

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 และเพศชาย ร้อยละ 35.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 รองลงมา มีสถานภาพสมรสฝ่าย / หย่า / แยก ร้อยละ 40.7 และสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 9.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.0 รองลงมา ไม่ได้เรียน ร้อยละ 28.6 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 1.6 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 51.3 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 2,000 – 2,999 บาท ร้อยละ 29.4 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 3,000 – 3,999 บาท ร้อยละ 12.2 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.4 รองลงมา ไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเฉยๆ ร้อยละ 24.3 และดูแลบ้าน ร้อยละ 19.3 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดีปานกลาง เจ็บป่วยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 62.2 รองลงมา มีภาวะสุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อยๆ ร้อยละ 23.5 และมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 62.7 และมีโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 37.3

## ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (39.53-44)	59	15.60
ระดับปานกลาง (30.92-39.52)	264	69.80
ระดับน้อย (23-30.91)	55	14.60

$$\bar{X} = 35.27$$

$$S.D. = 4.35$$

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.80 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 15.60

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (33.08-37)	47	12.40
ระดับปานกลาง (29.07-33.07)	260	68.80
ระดับน้อย (26-29.06)	71	18.80

$$\bar{X} = 31.07$$

$$S.D. = 2.00$$

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.80 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 18.80

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วย เป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (25.56-29)	49	13.00
ระดับปานกลาง (29.37-22.55)	267	71.20
ระดับน้อย (14-20.36)	60	15.90

$$\bar{X} = 22.96$$

$$S.D. = 2.59$$

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.20 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 15.90

### ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (27.27-32)	46	12.20
ระดับปานกลาง (20.94-27.26)	283	74.90
ระดับน้อย (15-20.93)	49	13.00

$$\bar{X} = 24.10$$

$$S.D. = 3.16$$

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.90 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 13.00

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (33.23-38)	55	14.60
ระดับปานกลาง (28.58-33.22)	278	73.50
ระดับต่ำ (24-28.57)	45	11.90

$$\bar{X} = 30.90$$

$$S.D. = 2.32$$

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.50 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 14.60

**ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ**

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (47.95-61)	59	15.60
ระดับปานกลาง (29.96-47.94)	283	74.90
ระดับน้อย (22-29.95)	36	9.50

$$\bar{X} = 38.95$$

$$S.D. = 8.99$$

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.90 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 15.60

**ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (53.55-73)	49	13.00
ระดับปานกลาง (38.16-53.54)	279	73.80
ระดับไม่ดี (30-38.15)	50	13.20

$$\bar{X} = 45.85$$

$$S.D. = 7.69$$

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.80 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 13.20

## ตอนที่ 6 การพิสูจน์สมมติฐาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และแรงสนับสนุนที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ตัวแปรที่มีการวัดเชิงคุณภาพ ระดับนามมาตรา (Nominal Scale) และระดับอันดับมาตรา (Ordinal Scale) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square Test ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ ระดับช่วงมาตรา (Interval Scale) และระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ผลการทดสอบสมมติฐานพบดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามตัวแปร ดังนี้

### ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ						$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							.500	.779
ชาย	19	14.3	98	73.7	16	12.0		
หญิง	30	12.2	181	73.9	34	13.9		
สถานภาพสมรส							4.059	.131
โสด, ม่าย, หย่า, แยก	18	9.50	144	76.20	27	14.30		
คู่	31	16.40	135	71.40	23	12.20		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

(n=378)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ						$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การศึกษา							.571	.752
ไม่ได้เรียน	16	14.80	79	73.10	13	12.00		
ประถมศึกษาขึ้นไป	33	12.20	200	74.10	37	13.70		
รายได้ต่อเดือน							20.576	.002
ต่ำกว่า 2,000 บาท	31	16.00	128	66.00	35	18.00		
2,000 - 2,999 บาท	10	9.00	87	78.40	14	12.60		
3,000 - 3,999 บาท	3	6.50	43	93.50	0	0.00		
4,000 บาท ขึ้นไป	5	18.50	21	77.80	1	3.70		
ลักษณะงานที่ทำ							29.073	.000
เกษตรกร	7	13.20	43	81.10	3	5.70		
ค้าขาย	8	36.40	14	63.60	0	0.00		
รับจ้าง	7	5.20	111	82.80	16	11.90		
ชรก. อยู่บ้าน	27	16.00	111	65.7	31	18.30		
ภาวะสุขภาพ							13.703	.008
สุขภาพดี	8	14.80	46	85.20	0	0.00		
สุขภาพปานกลาง	35	14.90	166	70.60	34	14.50	229.45	
สุขภาพไม่ดี	6	6.70	67	75.30	16	18.00		

P ≤ .05

จากตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 4,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท ลักษณะงานที่ทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปานกลาง และสุขภาพไม่ดี ส่วน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สรุป ตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย รายได้ต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่จังหวัดสมุทรสงคราม แต่เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	-.009	.866
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	.251	.000
การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	.212	.000

$P \leq .05$

จากตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุดที่  $r = .251$  รองลงมาการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพที่  $r = .212$  ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 แต่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย และถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

สรุป ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็น การยอมรับสมมติฐานบางส่วน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ น้อย (ระดับประถม 69.00% ไม่ได้เรียน 28.90%)

สมมติฐานที่ 3 ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ส่งเสริมสุขภาพ	.360	.000*
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริม สุขภาพ	.361	.000

$P \leq .05$

จากตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริม สุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r=.360$ ) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมี การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r=.361$ ) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

สรุป ตัวแปรความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามลำดับตัวแปรดังนี้

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

(n=378)

การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ		.458	.000

$P \leq .05$

จากตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

ตัวแปรสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัด สมุทรสงคราม ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

### ข้อวิจารณ์

การวิจัยเชิงพรรณนาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาพบว่าประเด็นที่สำคัญที่ควรนำมา เป็นข้อวิจารณ์ ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความ สามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อ การส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัด สมุทรสงคราม

### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย ด้าน การบริโภคอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า โดยรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 73.80 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 13.20 และระดับมาก ร้อยละ 13.00 ทั้งนี้เนื่องจากว่า ผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีปานกลางเจ็บป่วย เป็นบางครั้ง ร้อยละ 62.20 และส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของน้ำทิพย์ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 รองลงมาในระดับต่ำ ร้อยละ 22.00 และระดับสูง ร้อยละ 18.00 และการศึกษาของนงรัตน์ (2549) ที่พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม**

### ปัจจัยทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ ตัวแปรรายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

เพศ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.80 ซึ่งมากกว่าเพศชายที่มีร้อยละ 35.20 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจาก Orem (1980) กล่าวว่า เพศนอกจากจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย รวมทั้งยังเป็นสิ่งแสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงสุขภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) อารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และการศึกษาของกันยารัตน์ และรุจิระชัย (2548) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมา มีสถานภาพสมรสฝ่าย/หย่า/แยก ร้อยละ 40.70 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของอารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกันยารัตน์ และรุจิระชัย (2548) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 69.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาไม่ได้เรียน ร้อยละ 28.90 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของประภาเพ็ญและสวิง (2534) กล่าวว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารญา (2544) วารินทร์ (2547) และปานทิพย์ (2548) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกันยารัตน์ และรุจิระชัย (2548) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 51.30 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท รองลงมา มีรายได้ตั้งแต่ 2,000 – 2,999 บาท ร้อยละ 29.40 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 4,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท ซึ่ง Pender (1982) กล่าวว่า ผู้ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีความสุขกายสบายใจ มีการกินคืออยู่ดี มีการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) อารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะงานที่ทำ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 35.40 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเฉยๆ ร้อยละ 24.30 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานที่ทำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 75.00 รองลงมาผู้สูงอายุที่ดูแลบ้าน/เลี้ยงดูบุตรหลานมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 45.90 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) ที่พบว่า ลักษณะงานที่ทำไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 62.20 มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง รองลงมา มีภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 23.50 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปานกลางและมีภาวะสุขภาพไม่ดี ซึ่ง Orem (1980) กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมเต็มความสามารถ สภาวะที่ร่างกายมีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามพัฒนาการของวัย ผู้สูงอายุ หรือการมีโรคประจำตัว หรือมีความเจ็บป่วย ย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายมีความจำกัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) และอารญา (2544) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค ตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 69.80 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 15.60 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่ง ขัดแย้งกับ Pender (n.d.) อ้างใน ดวงเดือน (2539) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ผลด้านบวกว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อตน บุคคลที่มีการรับรู้นี้มีแนวโน้มว่าจะออกกำลังกาย สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายว่าเกิดผลดีต่อตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะมีการปฏิบัติกรออกกำลังกายได้บ่อยกว่า และมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มบุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระยะสั้นกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อารญา (2544) และ วารินทร์ (2547) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ของ นพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.80 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 28.97 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมี ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $r=.251$ ) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อารญา (2544) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุใน

จังหวัดอ่างทอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.20 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 15.90 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r=.212$ ) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นอย่างน้อยที่สุด โรคนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร และการศึกษาของ นพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อารญา (2544) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

#### ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.90 รองลงมาในระดับน้อย ร้อยละ 13.00 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมี

ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r=.360$ ) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อารญา (2544) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ วารินทร์ (2457) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.50 รองลงมาในระดับสูงร้อยละ 14.60 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r=.361$ ) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพวรรณ (2542) ที่พบว่า การคาดหวังในผลดีด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อารญา (2544) ที่พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r=.218$ )

#### การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปร การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านจิตใจ ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.90 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 15.60 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อารญา (2544) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการออกกำลังกาย ประกอบด้วยตัวแปร การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านจิตใจ ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุภาพรณี (2546) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การศึกษาของวารินทร์ (2547) ที่พบว่า การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพจาก อบต. ความชัดเจนของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อบต. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ชลธิชา และ จิราพร (2549) พบว่า ปัจจัยด้านการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า ปัจจัยร่วมได้แก่ ลักษณะการดำเนินชีวิตในวัยเด็ก การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนจากแหล่งอื่น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล จะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบหลายๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนหรือกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## สรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งการพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัย อันจะนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสม มีสุขภาพที่แข็งแรงและสมบูรณ์ ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นภาระแก่บุตรหลานส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุ จำนวน 6,738 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 378 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีของ Cronbach Alpha Coefficient พบว่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในภาพรวมเท่ากับ .954 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .852 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .797 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .760 การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .867 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .759 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ .825 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .762 โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 ถึงเดือนกันยายน 2552 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

### สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้จะต้องประกอบด้วยหลายปัจจัย ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ได้กำหนดไว้ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 และเพศชาย ร้อยละ 35.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 51.3 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.4 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 62.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 62.7

ผลการศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.80 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 68.8 และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.20

ผลการศึกษารับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.90 และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.50

ผลการศึกษารับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.90 รองลงมาคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์มาก ร้อยละ 15.60

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ พบว่ารายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานบางส่วน

ผลการศึกษาตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม แต่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานบางส่วน

ผลการศึกษาดัชนีความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ผลการศึกษาดัชนีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ควรมีการกำหนดนโยบายที่จะส่งเสริมพัฒนาตัวแปร โดยเฉพาะการให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากสื่อต่างๆ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนผู้นำต่างๆ ในชุมชน เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ และให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ
2. จากผลการวิจัยพบว่า องค์กรบริหารส่วนตำบล และผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่เน้นการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติงานประจำปี โดยเน้นการพัฒนาทั้งด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุและประชากรผู้สูงอายุเอง

3. จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีความถูกต้อง และเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดปัญหาด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุ ควรนำปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการประสานงาน ประชุม สัมมนา หรือการจัดฝึกอบรม เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จำเป็นต้องมีการสร้างและพัฒนาให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืนตลอดไป

#### ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติการ

1. การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ ควรเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของหรืองบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล โดยเน้นปัจจัยดังกล่าวให้สอดคล้องกัน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

2. จัดทำแผนระยะสั้น โดยการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและสนใจที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ เพราะจากผลการวิจัยพบว่า

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง เช่นจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนในผู้สูงอายุ

3. ควรส่งเสริมและพัฒนาให้มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม และสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนได้จัดขึ้น โดยเน้นให้มีการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของหรืองบประมาณที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้และทำกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะจากการวิจัย พบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของจากสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

4. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การร่วมออกกำลังกาย การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมวันครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุในชุมชนโดยองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ) เพราะจากผลการวิจัย พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

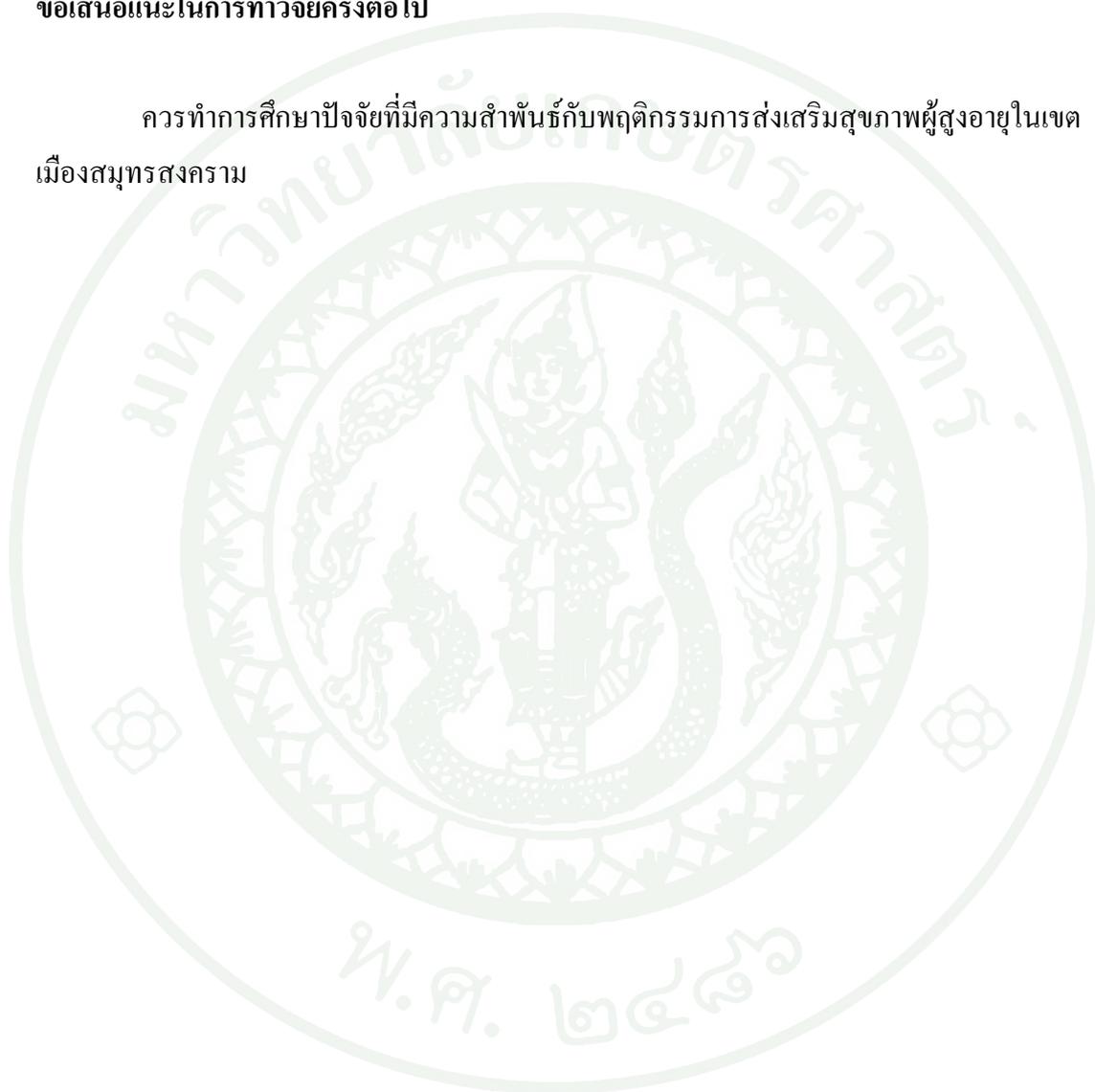
5. องค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข จัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และโทษหรือผลกระทบจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

6. จัดให้มีกลุ่มเพื่อนสูงวัยช่วยเพื่อนสูงวัย โดยการรวมกลุ่มระหว่างผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างได้ อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อ

เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุและเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุสามารถ  
แก้ไขปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน  
และมีคุณภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขต  
เมืองสมุทรสงคราม



## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2535. **สถานการณ์ของประเทศไทย**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

\_\_\_\_\_. 2547. **สุขภาพประชาชนไทย**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กองสุศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กองสุศึกษา. 2537. **แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. โรงพิมพ์กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538. **หลักสูตรการปฏิบัติและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กอบกุล ประเสริฐลาภ. 2549. **เอกสารประกอบการสอน วิชาการสร้างเสริมสุขภาพ**. มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี, ม.ป.ท.

กันยรัตน์ อุบลวรรณ และ รุจิระชัย เมืองแก้ว. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับการรู้คิดของผู้สูงอายุในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุข เขต 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. เจริญกุลการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. **การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ**. อรุณการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

- จรรยา สุวรรณทัต. 2541. เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก  
สาขาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 8-15 เรื่อง ความเชื่อ  
เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 12. ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2532. การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทาง  
การพยาบาล. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เฉก ณะศิริ. 2540. คู่มือทำอะไรชีวิตจะยืนยาวและมีสุข. ป.สัมพันธ์พาณิชย์, กรุงเทพฯ.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล  
สหประชาพาณิชย์, กรุงเทพฯ.
- เฉลียว บุรีภักดี. 2527. จิตวิทยาสังคม. โรงพิมพ์คุรุสภา, กรุงเทพฯ.
- ชลธิชา จันทะศิริ, จิราพร เกษพิชญพัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2549. พฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์,  
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูดา จิตติพิทักษ์. 2532. พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ศุภานิชการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ดวงใจ เปลี้นบารุง. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัด  
ชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน พันธุโยธี. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์  
ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คูสิต สุจิรารัตน์. 2541. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for WINDOWS เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทจุดทอง จำกัด, กรุงเทพฯ.

นงรัตน์ โมปลอด. 2549. พฤติกรรมสร้างเสริมของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช, นครศรีธรรมราช.

นพวรรณ ภัทรวงศา. 2542. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทศักดิ์ เศษสุวรรณ. 2547. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข. ภาคนิพนธ์ปริญญาโท, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

น้ำทิพย์ มะลิ. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

\_\_\_\_\_. 2531. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. รายงานการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. โรงพิมพ์เจริญผล, กรุงเทพฯ.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 เรื่อง จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ชวนพิมพ์, นนทบุรี.

บุรณี ชีพบริสุทธิ. 2540. การศึกษาความรู้เรื่องเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เบญจมา เลหาพูนรังสี. 2534. ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัญญา โพธิ์จิตรรัตน์. 2550. การวิเคราะห์ข้อมูลโดย SAS และ SPSS. สำนักพิมพ์กฤตญาณดา, กรุงเทพฯ.
- ปราศนี ศรีวิชัย. 2540. ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื่อเฉียบพลันระบบหายใจ ของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง ในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมศาสตร์และสุขภาพ. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_. 2538. การศึกษาสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ. รายงานการศึกษาได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. ม.ป.ท.
- ประสิทธิ์ กล้าหาญ. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปานทิพย์ ปุราณนท์. 2548. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทตำบลทับทิมทอง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.
- ผ่อง อนันตริยเวช. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุญชัย. 2550. จิตวิทยาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มัลลิกา มัติโก. 2530. แนวความคิดในการพัฒนาการดูแลตนเอง. สำนักพิมพ์แสงแดด,  
กรุงเทพฯ.

ยุทธ ไกยวรรณ. 2551. วิเคราะห์ข้อมูลวิจัย 4. บริษัทพิมพ์ดี จำกัด, กรุงเทพฯ.

เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. 2543. การศึกษาภาวะสุขภาพและแนวโน้ม  
ของประชากรสูงอายุไทย. แผนการศึกษาและวิจัยสุขภาพประชาชาติ พ.ศ. 2543,  
กรุงเทพฯ.

รุจินาถ อรรถสิทธิ์. 2541. สถานะภาพและบทบาทการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน.  
สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์. 2530. ประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาเรื่องกามโรคแก่หญิงอาชีพพิเศษ  
แบบเพื่อนสอนเพื่อนในสถานบริการอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2539. กองทุนส่งเสริมสุขภาพ: ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประชาชน  
ไทย, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องวิสัยทัศน์และการปฏิรูปการส่งเสริม  
สุขภาพในสังคมไทย, กรุงเทพฯ.

วราภรณ์ ตระกูลสถิตย์. 2549. จิตวิทยาการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริม  
วิชาการ, กรุงเทพฯ.

วสันต์ และ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. 2542. การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริม  
สุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจริญดีการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

- วิชัย เทียนถาวร. 2547. เอกสารอัดสำเนาประกอบการบรรยายเรื่องแนวคิดและแนวทางการสร้างสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข
- วิทยา ศรีดามา. 2545. ตำราอายุรศาสตร์ 1 ฉบับที่ 6. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วิฑูร แสงสิงแก้ว. 2533. แผนการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ, 25-26 เมษายน 2533 โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ.
- วารินทร์ ปุยทอง. 2547. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. อาหารทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_. 2545. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรค ผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_. 2547. คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทาง  
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : หลักการ วิธีการ และการประยุกต์.  
พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์เลียงเชียง, กรุงเทพฯ.

สุดารัตน์ สันติวงศานนท์. 2545. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม  
การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุพัตรา สุภาพ. 2531. สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี.  
พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, กรุงเทพฯ.

สุภาพรณี เกื้อสุวรรณ. 2546. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมตนเองและครอบครัว  
ของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุภาพรณี ดั่งแสง. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแล  
ตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อท่อน้ำด้วยตนเอง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2541. การส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุขุมล แส่นพวง. 2543. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
ของผู้สูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. วิทยาการผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ. 2541. **วิวัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. สำนักพิมพ์  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. 2541. **การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อ  
เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

\_\_\_\_\_. 2544. **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน,  
กรุงเทพฯ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที. 2551. **รายงานประจำปี 2551**. (เอกสารโรเนียว).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. 2551. **รายงานประจำปี 2551**. (เอกสารโรเนียว).

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549. **สถิติสาธารณสุข**. ม.ป.ท.,  
นนทบุรี.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2547. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ  
ที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ชุมชนสหกรณ์  
การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

อาทิตย์ ภูมิสวัสดิ์, รัชยานภิศ พลະสีก และ อุษา จันทร์เยี่ยม. 2549. **รูปแบบพฤติกรรม  
สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาพรุ อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช.

อารญา โถวรุ่งเรือง. 2544. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ  
ในจังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

Bandura, A. 1994. **Self Efficacy**. in V. S. Ramahadran (ed). **Encyclopedia of Human  
Behavior**. Academic Press, California.

- Bandura, A. 1977. **Self Efficacy: Toward Unifying Theory of Behavioral Change.**  
Psychological review. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Becker, M. H. 1974. The health belief model and sick role behavior. **Health Education Monographs.** 11 (1): 1-47.
- \_\_\_\_\_. 1977. The health belief model and prediction of dairy compliance: A field experiment. **Journal of Health and Social Behavior.** 18 (December): 348-366.
- \_\_\_\_\_, R. H. Drachman and J. P. Kirscht. 1974. Mothers Health Beliefs and Children's Clinic Visits: A Prospective Study. **Journal of Community Health.** 3 (2/ December): 3.
- Best, J. W. 1977. **Research in Education.** Prentice-hill, New Jersey.
- Brown, J. S. and M. McCreedy. 1986. The hale elderly: Health behavior and its correlates. **Research in Nursing and Health.** Vol.9, Issue 4, pp317-329
- Burak, L. J. and M. Meyer. 1997. Using the health belief model to examine and predict college women's cervical cancer screening belief and behavior. **Health Care for Woman International.** 18(3): 251-62.
- Caplan, R. D. 1976. **Adhering to Medicine Regimens: Pilot Experiment in Patient Educational and Social Support.** An Arbor: University of Michigan, U.S.A.
- Cobb, S. 1976. **Social Support and Health.** Academic Press, New York.
- Caplan, R. D. 1976. Social Support as a Moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine.** 38 (5): 300-314.

- Connelly, C.E. 1987. Self care and the chronic ill patient. **Nursing Clinics of North America**. 22 (3): 621-629.
- Good, C.V. 1979. **Dictionary of Education**. Mc Graw – Hill Book Company, New York.
- Green, L. W. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning; An Educational And Environmental Approach**. Mayfield Publishing Company, Toronto.
- Hijek, T. W. 1984. The health belief and cardiac rehabilitation. **Nursing, Clinics of North America**. 45 (1): 1-94.
- Israel, B. A. 1985. Social network and social support implications for nation Helper And community level K interventions. **Health Education Quarterly**. 16 (3): 335.
- Jech, A.O. 1982. Preventing falls in the elderly. **Geriatric Nursing**. 31 (1): 1-76.
- Kanh, R. L. 1979. **Aging and social support**. Westview press, Colorado.
- Kaplan, G. A., T. E. Seeman and R. D. Kohen. 1994. Mortality among the elderly in the Alameda County study: Behavioral and demographic risk factors. **American Journal of Public Health**. 77 (3): 307-312.
- Kasl, S. V. And S. Cobb. 1985. **Health behavior, and sick role behavior: Health and illness Behavior**. In P Greenwald, A. G. Ershow, W. D. Novalli and C. M. Benton (Eds), *Cancer, diet and nutrition: A comprehensive sourcebook*. Marquis Who ' s Who, Inc., Illinois.
- King, J. 1984. The health belief model. **Nursing time**. 7 (1): 107-116.
- Klinger, M. 1984. Compliance and the post MI patient. **The Canadian Nurse**. 80: 53-55

- Lee, M. C. 2000. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening Among Korean-American women. **Cancer Nursing**. 23 (3): 168-175.
- Nemcek, M. A. 1990. Health beliefs and preventive behavior: A review of research Literature. **AAOHN Journal**. 38: 127-138.
- Orem, D. 1980. **Nursing: Concept to Practice**. 2<sup>nd</sup> ed., Mc Graw-Hill Book Company, New York.
- Pender, N. J. 1982. **Health Promotion in Nursing Practice**. Appleton Century-Crofts, New York.
- Pender, N. J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice** 2<sup>nd</sup> ed., Appleton & Lange, U.S.A.
- Phipps, W. J., B. C. Long and N. F. Wood. 1983. **Medical surgical nursing** (2<sup>nd</sup> ed.). Saint Louis: Mosby Year Book.
- Rokeach, M. 1970. **Belief, attitudes and values**. Jossey-Bass.
- Rosenstock, I. M. 1974. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monograph**. 2 (4): 15.
- Tirrell, B. E. and L. K. Hart. 1980. The relationship of health belief and knowledge to exercise compliance in patient after coronary bypass. **Heart & Lung**. 7 4 (March/April 1990): 74.
- WHO. 1986. **Ottawa Charter for Health Promotion**. The first international conference On health promotion, Ontario, Canada.
- Yamanae, T. 1973. **Statistics: Introductory Analysis**. Harper International Edition, Tokyo Japan.





ภาคผนวก ก  
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ





**คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม**  
**แบบสอบถามชุดนี้สำหรับการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ**  
**ของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม**

คำชี้แจง ลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 8 ส่วน

- ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 3** แบบสอบถามโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 4** แบบสอบถามความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 5** แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 6** แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 7** แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 8** แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

- ตอนที่ 1** การออกกำลังกาย
- ตอนที่ 2** การรับประทานอาหาร
- ตอนที่ 3** การจัดการกับความเครียด
- ตอนที่ 4** การตรวจสุขภาพประจำปี

นายธนรัช ชนิกกุล

นิติคปริญาโท (ภาคพิเศษ) สาขาสุศึกษา  
 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

## แบบสอบถาม

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย  ลงใน ( ) แบบสอบถามและเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

## 1. เพศ

- ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

## 2. สถานภาพสมรส

- ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. ม่าย/หย่า/แยก

## 3. ระดับการศึกษา

- ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมศึกษา / ปวช.  
( ) 4. อนุปริญญา / ปวส. ( ) 5. ปริญญาตรี

## 4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ( ) 1. ต่ำกว่า 2,000 บาท ( ) 2. 2,000-2,999 บาท  
( ) 3. 3,000-3,999 บาท ( ) 4. ตั้งแต่ 4,000 บาทและสูงกว่า

## 5. ลักษณะงานที่ท่านทำในปัจจุบัน

- ( ) 1. เกษตรกรรม ( ) 2. ค้าขาย ( ) 3. รับจ้าง ( ) 4. ข้าราชการบำนาญ  
( ) 5. ดูแลบ้าน ( ) 6. ไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเฉยๆ

## 6. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

6.1 ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร

- ( ) 1. สุขภาพดี ( ) 2. สุขภาพดีปานกลาง ป่วยเป็นบางครั้ง  
( ) 3. สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อยๆ

6.2 ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์เป็นประจำหรือไม่

- ( ) 1. ไม่มี  
( ) 2. มี ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น				
2.	การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน				
3.	การออกกำลังกายต้องมีสถานที่เฉพาะ ทำให้ลำบากในการเดินทางไปสถานที่นั้น				
4.	การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ทุกวัน ทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น				
5.	การรับประทานอาหารเสริมช่วยป้องกันโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ				
6.	การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือทำให้ได้รับคุณค่าทางอาหารต่ำ				
7.	การผ่อนคลายเครียดเป็นสิ่งไม่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต				
8.	การลดความเครียดจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง				
9.	การระบายความในใจให้ผู้อื่นฟังเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมและน่าอาย				
10.	การไปตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้เสียเวลา				
11.	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น				
12.	การตรวจสุขภาพประจำปีมีประโยชน์				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ  
คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.	การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้หัวใจทำงานหนักเกินไป				
2.	การออกกำลังกายจะทำให้เป็นลมได้ง่าย				
3.	การตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน				
4.	การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน				
5.	การรับประทานน้ำปลา กะปิ ปลาเค็ม ปลาร้า หมูเค็ม ผักกาดดอง ไม่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
6.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์เป็นส่วนประกอบทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด				
7.	ผู้สูงอายุที่มีความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย				
8.	การนั่งสมาธิทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น				
9.	การพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องเมื่อมีภาวะเครียดทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น				
10.	การไปตรวจสุขภาพประจำปีช่วยป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ				
11.	การไปตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
12.	การตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน				

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ออกกำลังกายจะทำให้ อาการของโรคหัวใจรุนแรงมากขึ้น				
2.	การเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจเสื่อมสภาพที่เกิด จากการไม่ออกกำลังกายทำให้เสียชีวิตโดย ฉับพลันได้				
3.	การเป็นโรคอ้วนที่เกิดจากการรับประทาน อาหารมากเกินไป ไม่มีผลเสียต่อภาวะ สุขภาพ				
4.	การมีน้ำหนักตัวมากที่เกิดจากการ รับประทานอาหารมาก ๆ ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจ				
5.	การไม่จัดการกับความเครียดให้หมดไปจะทำให้ ให้ส่งผลต่อร่างกาย				
6.	ความเครียดสามารถทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้				
7.	การไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ เสียชีวิตได้โดยไม่รู้ตัว				
8.	การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำทำให้ ลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้				
9.	การเจ็บป่วยจากการไม่ตรวจสุขภาพเป็น ประจำปีไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการ รักษาเพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด				

## ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านสามารถออกกำลังกายได้ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป				
2.	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันเป็นประจำ				
3.	ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายได้				
4.	ท่านไม่สามารถใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร				
5.	ท่านไม่สามารถจัดความเครียดของตนเองได้				
6.	ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้				
7.	ท่านใช้ยาคลายเครียดเมื่อเกิดความเครียด				
8.	ท่านนอนหลับได้โดยไม่ใช้ยานอนหลับ				
9.	ท่านจะเล่าเรื่องไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟังเสมอเมื่อมีปัญหา				
10.	ท่านไปตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วย				

## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.	การออกกำลังกายในผู้สูงอายุไม่ได้ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงเพิ่มขึ้น เนื่องจากอายุมากแล้ว				
2.	เมื่อท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ท่านกระฉับกระเฉง ว่องไว				
3.	เมื่อท่านได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคความดันโลหิตสูงได้				
4.	เมื่อท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ช่วยให้ระบบขับถ่ายดี ท้องไม่อืด				
5.	การซื้อวิตามินหรือยาบำรุงมารับประทานเสริมเป็นประจำ จะช่วยให้มีสุขภาพดี				
6.	การรับประทานนมเสริมแคลเซียม จะช่วยให้ระบบกระดูกแข็งแรง ไม่เป็นโรคกระดูกพรุน				
7.	การนั่งสมาธิช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้				
8.	การแก้ปัญหาภาวะเครียดหรือเวลาที่มีเรื่องทุกข์ใจด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน จะทำให้ไม่ต้องทุกข์ใจเพิ่มมากขึ้น				
9.	การรดน้ำ ปลูกต้นไม้ พรวนดิน เป็นสิ่งที่ท่านปฏิบัติแล้วช่วยให้เพลิดเพลิน ไม่มีภาวะเครียด				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10.	การไปรับการตรวจสุขภาพ วัดความดัน โลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ในผู้สูงอายุ ไม่ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น				
11.	เมื่อท่านดูแลสุขภาพตนเองทุกด้านเป็นประจำ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล				

### ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่างทางขวามือที่เป็นคำตอบของแบบสอบถาม

ได้รับมาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์
ได้รับปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุน 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์
ได้รับบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ได้รับ	หมายถึง	ได้รับน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการได้รับการสนับสนุน			
		ได้รับ มาก	ได้รับ ปาน กลาง	ได้รับ บ้าง เล็กน้อย	ไม่ ได้ รับ
	<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>				
1.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
2.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการได้รับการสนับสนุน			
		ได้รับ มาก	ได้รับ ปาน กลาง	ได้รับ บ้าง เล็กน้อย	ไม่ได้ รับ
3.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ จากโทรทัศน์/วิทยุ				
4.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ จากเพื่อนบ้าน				
5.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน				
6.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ จากสมาชิกในครอบครัว				
	<b>การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ</b>				
7.	สมาชิกในครอบครัวจัดหาวัสดุอุปกรณ์ใน การส่งเสริมสุขภาพให้ เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย				
8.	อาสาสมัครสาธารณสุขจัดหาวัสดุอุปกรณ์ใน การส่งเสริมสุขภาพให้				
9.	องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุน งบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพ				
10.	องค์การบริหารส่วนตำบลจัดเตรียมสถานที่ ในการออกกำลังกายให้				
11.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ จำเป็นต้องใช้ในการออกกำลังกายให้				
	<b>การสนับสนุนด้านจิตใจ</b>				
12.	สมาชิกในครอบครัวสนใจดูแลช่วยเหลือใน การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ				
13.	สมาชิกในครอบครัวสนใจดูแลพาท่านไปรับ การตรวจสุขภาพ				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการได้รับการสนับสนุน			
		ได้รับ มาก	ได้รับ ปาน กลาง	ได้รับ บ้าง เล็กน้อย	ไม่ได้ รับ
14.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน				
15.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการส่งเสริมสุขภาพ				
16.	สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกล่าวชื่นชมเมื่อท่านไปรับการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาลในเลือด				

### ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่างทางขวามือที่เป็นคำตอบของแบบสอบถาม

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ (6-7 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติมาก หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ไม่เป็นประจำ (4-5 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หรือนานๆ ครั้ง (2-3 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ปฏิบัติน้อยจนถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย (0-1 ครั้งต่อสัปดาห์)

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ			
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
	<b>การออกกำลังกาย</b>				
1.	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ ประมาณ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที				

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
2.	ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการ ออกกำลังกาย				
3.	ท่านได้ออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ ประมาณ 1 ชั่วโมง				
4.	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย หรือ บริหารกล้ามเนื้อ รำมวยจีน ดึงยางยืด ไม้พองป่าบุญมี การเดินบริหารร่างกาย				
5.	ท่านออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก เช่น วิ่ง ขี่จักรยาน กระโดดเชือก				
	<b>การบริโภคอาหาร</b>				
6.	ท่านรับประทานผักและผลไม้ต่างๆ				
7.	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว				
	<b>การบริโภคอาหาร (ต่อ)</b>				
8.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหาร ที่มีไขมันเจือปน				
9.	ท่านดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว				
10.	ท่านดื่มกาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง				
	<b>การจัดการกับความเครียด</b>				
11.	เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิด บุตรหลาน คนในครอบครัว เพื่อระบาย ความรู้สึก				
12.	เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านแก้ปัญหาโดยการ ไปนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ				

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
13.	ท่านผ่อนคลายเครียดโดยการหางานอดิเรกที่ชอบหรือออกกำลังกาย				
14.	เมื่อท่านมีภาวะเครียด ท่านรับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ				
15.	เมื่อท่านมีภาวะเครียด หรือมีปัญหาต่างๆ ท่านจะแก้ปัญหาด้วยตนเอง				
	<b>ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี</b>				
16.	ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
17.	ท่านซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย				
18.	ท่านซั่งน้ำหนัก ตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ				
	<b>ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี (ต่อ)</b>				
19.	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย/ โรงพยาบาล				
20.	ท่านพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน				

## ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ	นายธนรัช ชนิกกุล
เกิดวันที่	16 พฤศจิกายน 2505
สถานที่เกิด	อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2551
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม