

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

Factors influencing health-promoting behaviors in delaying health
deterioration among the community-dwelling older person in Nong
Prue sub-district, Bang Phli district, Samut Prakan province

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิญญูทัตญญ บุญทัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธมกร อ่วมอ้อ

นายดิเรก ภู่แจ้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

อาจารย์ ดร. ปรีศนา อัครชนพล

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีการศึกษา 2566

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	
ผู้วิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทิพย์ บุญทัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธมกร อ่วมอ้อ นายดิเรก ภูแจ้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม อาจารย์ ดร.ปริศนา อัครชนพล	
สถาบัน	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
ปีที่พิมพ์	2567	
สถานที่พิมพ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
แหล่งที่เก็บรวบรวมรายงานฉบับสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
จำนวนหน้างานวิจัย	128	
คำสำคัญ	ชะลอความเสื่อมถอย พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชน	
ลิขสิทธิ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยในการพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 -74 ปี จำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลของสถานการณ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .881, .879, .798, .721, .858, และ .891 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลของสถานการณ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ได้ร้อยละ 38.60 โดยปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้สูงที่สุด

คำสำคัญ: ชะลอความเสื่อมถอย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชน

Research Title	Factors influencing health-promoting behaviors in delaying health deterioration among the community-dwelling older person in Nong Prue sub-district, Bang Phli district, Samut Prakan province
Researcher(s)	Winthanyou Bunthan, Tamakorn Aumaoe, Direk Bhuchaen, Kamontip Khungtumneum, and Prisana Akaratanapol
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2024
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	128
Keywords	Delaying health deterioration, Health-promoting behaviors, Older person, Community
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

The objective of the predictive research is to study the ability of factors to predict health promotion behaviors that delay the health deterioration of older people. The sample group consisted of 148 elderly people between the ages of 60 to 74. The research instrument was a questionnaire on perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, activity-related affect, interpersonal influences, situational influences, and a health-promoting behavior to delay the deterioration of the health questionnaire. The Cronbach alpha coefficients were .881, .879, .798, .721, .858, and .891, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Stepwise multiple regression coefficient analysis.

The research results found that the sample had an overall average score of health promotion behaviors in delaying health deterioration at a good level. Self-efficacy factors and situational influences can together predict health promotion behavior in delaying health deterioration at 38.60%, with the self-efficacy factors that

can explain the highest variance in health promotion behavior in delaying health deterioration.

Keywords: delaying health deterioration, health-promoting behaviors, older person, community



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความร่วมมือของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน ขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่เป็นผู้นำทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัยทุกท่าน ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่สนับสนุนทุนการทำวิจัยในปีการศึกษา 2566 ขอขอบคุณผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และทีมวิจัยทุกคน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญ์ทัณญ บุญทัน
หัวหน้าโครงการวิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดผู้สูงอายุ	8
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ	37
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผน	44
จำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
กรอบแนวคิดการวิจัย	53
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือการวิจัย	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูล	59
จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	62
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	62
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอ ความเสื่อมถอยทางสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอ ความเสื่อมถอยทางสุขภาพ	65
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการ ชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ	92
ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพผู้สูงอายุ	93
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	94
สรุปผลการวิจัย	94
อภิปรายผลการวิจัย	95
ข้อเสนอแนะ	100
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	105
ภาคผนวก ก. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย	106
ภาคผนวก ข. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	110
ภาคผนวก ค. เครื่องมือวิจัย	111

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	62
2	ช่วงคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลของสถานการณ์ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	65
3	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	67
4	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	70
5	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง	72
6	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม	74
7	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลอิทธิพลระหว่างบุคคล	77
8	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลอิทธิพลของสถานการณ์	79
9	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพผู้สูงอายุ	82
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	92
11	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพผู้สูงอายุ	93

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย

54



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือ มีสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2565) จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 13,064,190 คน จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66,061,190 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) หมายความว่าตั้งแต่สิ้นปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed aged society) แล้ว คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ 20.00

การกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้นมีผลกระทบหลายด้านทั้งต่อตัวของผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้เพียงแค่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ประเทศไทยยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่จากเดิมในอดีตเป็นแบบปิรามิดฐานกว้างปลายแหลม แต่ปัจจุบันปิรามิดประชากรเป็นแบบฐานแคบส่วนปลายบานออก แสดงถึงสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ (แรงงาน) มีแนวโน้มลดลง แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อประเทศไทย (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA), ม.ป.ป.) คือ ผลกระทบด้านสุขภาพ เนื่องจากตามกระบวนการสูงอายุตามปกติ (Normal aging process) นั้นผู้สูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเสื่อมถอยของร่างกายได้ (Touhy & Jett, 2020) แต่สามารถชะลอการเกิดการเจ็บป่วยหรืออัตราการเร่งการเสื่อมถอยได้ เมื่อเกิดความเสื่อมถอยของร่างกายอาจนำไปสู่การเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยที่ตัวผู้สูงอายุเองได้รับผลกระทบโดยตรง ครอบครัวอาจมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และภาครัฐต้องใช้งบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายুরวมถึงการจัดการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นนั้นเนื่องจากผลที่ตามมาจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่หลายรายสูญเสียความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความทุพพลภาพ ที่อาจเกิดปัญหาทางด้านสังคมเกิดขึ้นได้ (Eliopoulos, 2022)

การป้องกันการเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ของผู้สูงอายุเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งในประเด็นของการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น มีนักวิชาการให้องค์ประกอบที่แตกต่างกัน เช่น Fillit, Rockwood, Young (2017) องค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การป้องกันการหกล้ม ภาวะโภชนาการ และการป้องกันการติดเชื้อ Dahlkemper (2016) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 7 ด้าน คือ การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ภาวะโภชนาการ การใช้สารเสพติด การสร้างความสัมพันธ์ และการดูแลตนเอง Eliopoulos (2022) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน คือ ภาวะโภชนาการและความชุ่มชื้น การพักผ่อนนอนหลับ สุขภาพสบายและการจัดการความปวด ความปลอดภัย และการใช้ยาอย่างปลอดภัย Mauk (2018) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 7 ด้าน คือ การมีกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ การใช้ยาสูบ ความปลอดภัย การรับภูมิคุ้มกัน การคัดกรองสุขภาพจิต และ การใช้แอลกอฮอล์ Meiners, Yeager (2019) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 10 ด้าน คือ การมีกิจกรรมทางกาย การใช้ยาสูบ สุขภาพทางจิตวิญญาณ สุขภาพจิต สุขภาพสิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ สุขภาพทางสังคม การควบคุมน้ำหนักตัว และความปลอดภัยในการขับขี่ และ Touhy, Jett (2022) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 11 ด้าน คือ การใช้ยาที่ถูกต้อง การบริโภค การมองเห็น การได้ยิน การดูแลผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ความชุ่มชื้นและดูแลช่องปาก การขับถ่าย การนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย การป้องกันการหกล้มและความปลอดภัย โดยสรุปการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพก่อนวัยอันควรด้วยการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีพฤติกรรมในการสร้างความปลอดภัยในชีวิตด้วยการป้องกันการหกล้ม การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี การดูแลตนเองและการตรวจสุขภาพ การลดหรือเลิกใช้สารเสพติด การพักผ่อนนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย และการสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุชะลอการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยาที่ก่อให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยก่อนเวลาอันสมควรตามกระบวนการสูงอายุปกติ (Normal aging process)

การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อเลือกสรรปัจจัยที่มาจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2558-2566 จากฐานข้อมูลระดับชาติและระดับนานาชาติ ที่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าโดยส่วนใหญ่ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) เป็นแนวคิดพื้นฐาน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเลือกใช้องค์ประกอบของแบบจำลองที่ปรับปรุงขึ้นในปี ค.ศ. 2019 (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหรือปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกจากการปฏิบัติ อิทธิพลจากสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นตัวบ่งชี้

โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยเฉพาะความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ที่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพตนเองโดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันการเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

การเป็นผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นหลายประเภท เช่น การแบ่งผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน (Chronological age) ที่มีการจัดผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (Early-old) ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle-old) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ตอนปลาย (Old-old) มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะได้รับผลประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเสื่อมถอยด้านสุขภาพมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) เนื่องจากตามแนวคิดกระบวนการสูงอายุดังกล่าวตามปกติ (Normal aging process) อายุที่มักพบการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ คือ 75 ปี (Mauk, 2018; Fillit, Rockwood, Young, 2017; Meiners, Yeager, 2019) ดังนั้น ผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลางจึงควรได้รับการส่งเสริมให้พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้สามารถชะลอการเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพให้ได้ยาวนานที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดความเสื่อมถอยด้านสุขภาพก่อนช่วงวัยที่เหมาะสมที่นำไปสู่การเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิต

ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่สังคมแบบชนบทที่อยู่ติดกับสนามบินสุวรรณภูมิ ลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตำบลเป็นแบบชุมชนชนบทกึ่งเมือง เนื่องจากพื้นที่ติดตำบลเป็นสังคมเมือง จากข้อมูลของ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (2566) พบว่า ตำบลหนองปรือมีจำนวนประชากรทั้งหมด 2911 คน แบ่งออกเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 552 คน คิดเป็นร้อยละ 18.96 มีผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน 405 คน แบ่งออกเป็นเพศชาย 183 คน เพศหญิง 222 คน ด้านการเจ็บป่วย พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 24 ราย โรคความดันโลหิตสูง 380 ราย โรคเบาหวาน 183 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 18 ราย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 8 ราย ผู้วิจัยจึงตั้งคำถามว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองปรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพเป็นอย่างไร หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพที่ไม่ดีจะทำให้มีโอกาสในการเกิดการเปลี่ยนแปลงชีววิทยาที่นำไปสู่การเกิดโรคและการเจ็บป่วยก่อนอายุ 75 ปี เนื่องจากข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ แต่จากการสร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือยังไม่มีข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยส่วนใหญ่เป็นการยึดตามข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวปฏิบัติที่มีอยู่ การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองปรือเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความ

เสื่อมถอยด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพใดที่ไม่ดีจะต้องมีการสร้างกิจกรรมหรือโปรแกรมจากปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดหรือร่วมกันหลายปัจจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยในการพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์สามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) พื้นที่การศึกษา คือ ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ระยะเวลาการดำเนินวิจัย เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพล หมายถึง ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (แก์โซ) (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) ที่คาดการณ์ว่าสามารถอธิบาย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits of action) หมายถึง การรับรู้ถึงผลเชิงบวกหรือผลที่ตามมาจากการประพฤติดหรือปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประโยชน์ที่สามารถจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม ผ่านการกำหนดขอบเขตของความมุ่งมั่นต่อแผนปฏิบัติการ การรับรู้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และประเมินผลการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barriers to action) หมายถึง การรับรู้หรือความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีต่อการประพฤติดหรือปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพว่ามีความยากลำบาก ยุ่งยาก เป้อหน่าย ไร้ค่าสนใจในการปฏิบัติ ขาดทรัพยากร ไม่สะดวก มีค่าใช้จ่าย หรือการใช้เวลานาน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมหรือละทิ้งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และประเมินผลการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง การรับรู้หรือความเชื่อของผู้สูงอายุที่ตัดสินใจว่าความสามารถของตนเองในการที่จะประพฤติดหรือปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพได้ เป็นความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินการพฤติกรรมบางอย่าง การรับรู้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และประเมินผลการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

2.4 ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ (Activity-related affect) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อการประพฤติดหรือปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพนำไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนในระยะยาว สภาวะความรู้สึกนี้เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังกิจกรรม โดยผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอาจเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ สนุก สนุกสนาน น่าขยะแหยง หรือไม่เป็นที่พอใจ การรับรู้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และประเมินผลการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่น ที่มีต่อการประพฤติดหรือปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นความจริงหรือไม่ก็ได้ แหล่งที่มาหลักของอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรม คือ ครอบครัว เพื่อนฝูง และผู้ให้บริการด้าน

สุขภาพ รวมถึงบรรทัดฐานทางสังคมที่เป็นความคาดหวังของผู้อื่นที่มีความสำคัญ การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างตัวแบบผ่านการเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่น การรับรู้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และประเมินผลการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation influences) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะเข้ากันได้ มีความเกี่ยวข้อง และปลอดภัย การรับรู้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และประเมินผลการรับรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอหรือป้องกันการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในทางที่ไม่ดี เจ็บป่วย เกิดโรคหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรตามแนวคิดกระบวนการสูงอายุตามปกติ (Normal aging process) คือ ก่อนอายุ 75 ปี (Mauk, 2018; Fillit, Rockwood, Young, 2017; Meiners, Yeager, 2019) ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี การดูแลตนเองและตรวจสุขภาพ การลดหรืองดใช้สารเสพติด การพักผ่อนนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย และการสร้างภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติเหล่านี้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นประจำ และประเมินผลการปฏิบัติ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี ปานกลาง ดี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การป้องกันการหกล้ม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เป็นการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ตนเองเกิดการหกล้ม คือ การดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัยทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน ได้แก่ การดูแลพื้นบ้านไม่ให้ลื่น การดูแลพื้นที่ภายในบ้านไม่ให้มีสิ่งของกีดขวางทางเดิน การมีแสงสว่างที่เพียงพอทั้งในเวลากลางวันและเวลากลางคืน

3.2 การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการบริโภคที่เหมาะสมกับช่วงวัยผู้สูงอายุ คือ การบริโภคอาหารที่มีโปรตีนที่ไม่ติดมัน คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ไขมันไม่อิ่มตัว การดื่มน้ำที่เพียงพอ การได้รับวิตามินและเกลือแร่จากธรรมชาติ การไม่รับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

3.3 การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมให้เกิดการมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ได้แก่ การจัดการความเครียด วิตกกังวล การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับชุมชน

3.4 การดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การดูแลดวงตา การดูแลผิวหนัง เส้นผม เล็บ การดูแลช่องปาก การดูแลหู การขับถ่าย และการตรวจความผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเอง

3.5 การลดหรืองดใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองด้วยการหลีกเลี่ยงงดเว้นการบริโภคสิ่งที่มีสารเสพติดที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้ ได้แก่ การบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคผลิตภัณฑ์ชาหรือกาแฟ การใช้กัญชานอกเหนือทางการแพทย์ การใช้ผลิตภัณฑ์จากใบกระท่อม และการสูบบุหรี่ทุกชนิด

3.6 การพักผ่อนนอนหลับ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่ตามมาจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน การงดดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ หลังเที่ยง การรับประทานอาหารมื้อเย็นหรือการออกกำลังกายก่อนเข้านอนน้อยกว่า 2 ชั่วโมง การผ่อนคลายร่างกายก่อนเข้านอน การไม่ดื่มน้ำก่อนการเข้านอน การใช้เตียงนอนเพื่อการนอนหลับและมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น การจัดการกับสิ่งรบกวนทั้งเสียง แสงสว่าง และอุณหภูมิห้อง

3.7 การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวย่างกายที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การทำงานบ้าน การทำงานที่ต้องออกแรง การเดินทาง การออกกำลังกาย การเล่นเกม และกิจกรรมนันทนาการที่มีการเคลื่อนไหวย่างกายในปริมาณที่เพียงพอต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยเน้นประเภทที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจริง การพักผ่อนหลังการออกกำลังกายจริง การมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก สัปดาห์ละ 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 30 นาที ปฏิบัติ 5 วันต่อสัปดาห์ การมีกิจกรรมทางกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มความสมดุลในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

3.8 การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค หมายถึง การรับภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุที่จำเป็น ได้แก่ การรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ วัคซีนป้องกันงูสวัด วัคซีนป้องกันโควิด-19 และป้องกันการเกิดโรคด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจทันตกรรม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยในการพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยจึงดำเนินการในการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจตัวแปรศึกษา ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิดผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 1.1 ความหมายผู้สูงอายุและประเภทผู้สูงอายุ
- 1.2 การเปลี่ยนแปลงตามวัยและกระบวนการสูงอายุดตามปกติ
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบ
- 1.4 ทฤษฎีการสูงอายุ

2. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- 2.1 ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.2 การชะลอความเสื่อมและองค์ประกอบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมถอย

2.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมถอย

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดผู้สูงอายุ

1. ความหมายผู้สูงอายุและประเภทผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมายในการเป็นผู้สูงอายุของแต่ละประเทศมักกำหนดตามนิยามปีปฏิทิน สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สุขภาพ ตลอดจนโครงสร้างทางอายุของประชากร ประเทศไทยกำหนดนิยามการเป็นผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งเป็นนิยามตามปีปฏิทินที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เพื่อการได้รับสิทธิจากรัฐ (Tokuda & Hinohara, 2008; กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) สอดคล้องกับคำจำกัดความขององค์การสหประชาชาติที่หมายถึงบุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทินที่มีอายุ 60 ปี หรือ 65 ปีหรือมากกว่านั้น (United Nations, 2019) ศัพท์ที่มักพบได้บ่อยในการเรียกผู้สูงอายุ เช่น Elderly, Older person, Older adults เป็นต้น แต่มีความแตกต่างในการนำ

ใช้ คือ Elderly มีความหมายในเชิงลบจึงมักใช้เรียกผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย อ่อนแอ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2566) ดังนั้น การใช้คำศัพท์เรียกผู้สูงอายุโดยทั่วไปจึงนิยมใช้ “Older person, Older adult” ทั้งนี้ ยังมีการให้คำนิยามการเป็นผู้สูงอายุในรูปแบบอื่น ได้แก่ อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัย อายุทางชีววิทยา อายุทางสังคม และอายุตามอัตวิสัย

อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัย (Calendar age or chronological age) แสดงจำนวนปีที่คนมีชีวิตจนถึงปัจจุบันที่นำมาเปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้ชัดเจน นิยมใช้เป็นเกณฑ์บ่งชี้ อายุและการเป็นผู้สูงอายุ แต่ต้องตระหนักว่าคนที่อายุเท่ากันอาจมีลักษณะที่แตกต่างทั้งทางกายภาพ จิตใจ สุขภาพ หรือบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Anthony, 2010) อายุทางชีววิทยาหรือการทำหน้าที่ (Biological age or functional age) จะอธิบายด้วยการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพภายนอก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ที่สัมพันธ์กับอายุตามปีปฏิทินที่สภาพร่างกายหรือความสามารถในการทำหน้าที่มักถดถอยหรือเปลี่ยนแปลงตามจำนวนปีที่เพิ่มขึ้น (Orimo et al., 2006) อายุทางสังคม (Sociological age) อธิบายด้วยสถานะและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงตามลำดับขั้นของช่วงชีวิต เมื่อมีสถานภาพและบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างออกไปจากกลุ่มประชากรที่เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ และอายุทางอัตวิสัย (Subjective age) ในระดับบุคคลวัดจากประสบการณ์ของคนนั้น แต่ในระดับชุมชนตัดสินโดยการรับรู้ ค่านิยม และบรรทัดฐานของชุมชนหรือสังคมที่ให้ความหมายของการเข้าสู่วัยสูงอายุที่แตกต่างกัน ภาพลักษณ์ในเชิงอัตวิสัยต่อความสูงอายุจึงมักได้รับอิทธิพลจากการให้ความหมายจากอายุตามปีปฏิทินที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณะภายนอก สภาพร่างกาย จิตใจ สถานภาพและบทบาทหน้าที่ทางสังคมของบุคคลด้วย (Uotinen, 2005)

1.2 ประเภทผู้สูงอายุ

การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งมีการแบ่งหรือจัดประเภทของผู้สูงอายุ ดังนี้

1.2.1 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามวัย (Chronological age) การจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบนี้ ต้องตระหนักเสมอว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มวัยเดียวกันแต่แต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน การเหมารวมว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยเดียวกันมีความเหมือนกันอาจก่อให้เกิดความลำเอียงในการปฏิบัติการพยาบาลหรือการดูแลได้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มวัย คือ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี (Young-old) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี (Middle-old) และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (Old-old) ทั้งนี้ การแบ่งผู้สูงอายุตามกลุ่มวัยยังอาจจัดแบ่งออกตามการเป็น “สังคมสูงอายุ (Ageing society)” ด้วย คือ หากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดหรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 7 จะเป็น “สังคมสูงอายุ (Aged society)” หากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดหรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป

ไปมากกว่าร้อยละ 14 เป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society)” และเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society)” หากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดหรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

1.2.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional assessment) ทั้งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activities of daily living) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrument activities of daily living) ทำให้สามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนโดยมีผู้อื่นให้ความช่วยเหลือ และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งได้มีการนำไปใช้ในการจำแนกความต้องการความช่วยเหลือ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2557) ดังนี้

1) กลุ่มติดสังคม คือ สามารถช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมหรือชุมชนได้

2) กลุ่มติดบ้าน คือ สามารถช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาตนเองได้ แต่อาจมีโรคเรื้อรังอยู่ในบ้านทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระ หากต้องการออกนอกบ้านจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น

3) กลุ่มติดเตียง คือ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เจ็บป่วย พิการหรือทุพพลภาพ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุแบบนี้มีความสอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันของตนเอง (Mauk, 2023)

1.2.3 การจัดแบ่งผู้สูงอายุตามการมีโรค แบ่งออกเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงและอ่อนแอหรือมีโรค

1) ผู้สูงอายุที่แข็งแรง (Healthy) สามารถอธิบายในเชิงของผู้สูงอายุที่มีพละกำลัง (Active ageing) ที่แสดงถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2002) ซึ่งมีความหมายที่ครอบคลุมกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรง (Healthy ageing) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพละกำลังนั้นจะต้องครอบคลุมองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบหลัก คือ สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีความมั่นคง (Security) ที่จะสามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิต แต่ผู้สูงอายุที่แข็งแรง (Healthy ageing) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรค สามารถใช้ร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงอายุให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม (Touhy & Jett, 2020)

2) ผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือมีโรค (Frailty หรือ frail elderly) หมายถึงผู้สูงอายุที่ หง่อมหรือเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ตลอดจนถึงการมีภาวะทุพพลภาพ (Eliopoulos, 2022; Mauk, 2023)

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อการดูแลด้านสุขภาพ การป้องกันและชะลอการเกิดโรค ความพิการ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุให้พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด หรือพึ่งพิงผู้อื่นน้อยที่สุด (Eliopoulos, 2022; Touhy, & Jett, 2020)

การเข้าใจความหมายและการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการที่จำเป็นเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่พยาบาลสามารถดูแลให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยได้ โดยการกำหนดเป้าหมายในการให้การพยาบาลที่ชัดเจนสอดคล้องกับภาวะสุขภาพและศักยภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงหรือสุขภาพดีเน้นการส่งเสริมการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีให้สามารถดำเนินชีวิตได้โดยอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือมีโรคให้เน้นบริการที่ต่อเนื่องเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยที่มีอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันภาวะทุพพลภาพ ควบคุมบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ส่งเสริมการทำหน้าที่ไว้ให้มากที่สุด

2. การเปลี่ยนแปลงตามวัยและกระบวนการสูงอายุตามปกติ

2.1 กระบวนการสูงอายุตามปกติ (Normal aging process)

การสูงอายุถูกมองว่าเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ ที่สามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงได้และมีความต่อเนื่อง เมื่อต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเป็นผู้สูงอายุ อาจสามารถพิจารณาจากบรรพบุรุษว่ามีโรคหรือการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและเรื้อรังใดบ้าง อายุเมื่อเสียชีวิต มีลักษณะพิเศษใดที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น หัวล้าน เป็นต้น ดังนั้น ในผู้สูงอายุมักจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลันที่ทับซ้อนกับการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุและการพัฒนาการเกิดโรคขึ้น ไม่ใช่ความผิดปกติของการสูงอายุ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการสูงอายุตามปกติ พยาบาลต้องตระหนักว่าการสูงอายุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกติและมีรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละคนจากอิทธิพลของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน พยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจการสูงอายุตามปกติ (Dahlkemper, 2016; Mauk, 2023) ซึ่งกระบวนการสูงอายุคือ ความหลากหลาย ไม่เหมือนกันแตกต่างกันในการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุ การสูงอายุปกติและการเกิดโรคนั้นจะแยกจากกัน การสูงอายุปกติจะรวมถึงการเพิ่มขึ้นและการสูญเสียซึ่งไม่ได้บ่งบอกถึงการลดลงแต่ประการใด และการปรับตัวให้เข้ากับกระบวนการสูงอายุจะสำเร็จได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเอง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และพฤติกรรม

2.1.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ พันธุกรรม ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ (Wold, 2012a; 2012b)

- 1) พันธุกรรม เช่น โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ลักษณะกรรมพันธุ์ อายุคาดเฉลี่ย เป็นต้น
- 2) ภาวะสุขภาพ สุขภาพที่แข็งแรงจะปฏิบัติกิจกรรมได้ดี แต่หากเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ไม่ดี อาจทำให้ร่างกายอ่อนแอและมีข้อจำกัดจนกระบวนการสูงอายุดำเนินเร็วกว่าปกติ
- 3) ความเชื่อ การเชื่อว่าการสูงอายุเป็นสิ่งที่น่าภูมิใจ มีคุณค่าศักดิ์ศรี น่าเคารพ จะดูแลตนเองเป็นอย่างดี ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ชะลอความเสื่อมด้านร่างกายได้

2.2.2 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การศึกษา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และวัฒนธรรม (Wold, 2012a; 2012b)

- 1) การศึกษา การศึกษาที่ดีจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพได้ง่าย จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้
- 2) เศรษฐกิจ การมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตจะสามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพ เลือกใช้บริการสุขภาพที่ดี ในขณะที่ผู้ยากจนมักจะขาดแคลนปัจจัย 4 มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยจากโรคได้ง่าย
- 3) สิ่งแวดล้อม มลภาวะต่าง ๆ เช่น เสียงดัง มลพิษทางอากาศทั้งฝุ่นละอองและเชื้อโรค เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพได้
- 4) โครงสร้างครอบครัว การเปลี่ยนจากแบบขยายเป็นเดี่ยวที่ลูกหลานไปทำงานไกลบ้าน ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ความเสื่อมถอยจึงเกิดขึ้นรวดเร็ว
- 5) การเกษียณ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียทั้งบทบาทหน้าที่ ความมั่นคง และรายได้ลดลง จำเป็นต้องปรับตัว หากไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 6) การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การแยกครอบครัวของลูกหลาน การเสียชีวิตของคู่ชีวิตหรือเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสูญเสีย เหงา จนอาจละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง
- 7) วัฒนธรรม ที่ยกย่องผู้สูงอายุ ความกตัญญู ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่ การดูแล ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ด้านสุขภาพ ฯลฯ จึงมีสุขภาพแข็งแรง เป็นต้น

2.2.3 พฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การใช้ยา การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานไม่ถูกสุขลักษณะ (Wold, 2012a; 2012b) ดังนี้

1) การใช้ยา ทั้งยาที่ได้รับตามแผนการรักษา ยาที่ซื้อจากร้านขายยา ยาสมุนไพร รวมทั้งยาบำรุงต่าง ๆ ล้วนทำให้ไตต้องทำงานหนักจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตวาย ทำให้เจ็บป่วยเรื้อรัง จนถึงเสียชีวิต

2) การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ หัวใจต้องทำหน้าที่สูบฉีดเลือดมากขึ้น จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และหัวใจขาดเลือด

3) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะรบกวนการทำงานของหน้าที่ของสมอง ทำให้ระยะต่าง ๆ ของการนอนผิดปกติ และเป็นพิษต่อดับ ผู้สูงอายุที่ดื่มอย่างหนักเป็นประจำจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะการนอนขาดคุณภาพ และตีบวาย เป็นต้น

4) การไม่ออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อ หัวใจ ปอด ระบบประสาท และกระดูก ฯลฯ ไม่ถูกกระตุ้นให้ทำหน้าที่เพิ่มขึ้น ร่างกายอ่อนแอ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายด้วยความแรงที่เหมาะสมเป็นประจำจึงชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

5) การรับประทานไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งมากหรือน้อยเกินไป ทำให้ร่างกายเกิดหรือขาดสารอาหารที่จำเป็น การทำหน้าที่ต่าง ๆ จึงบกพร่องและเกิดโรคอ้วน เป็นต้น

2.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่ของระบบร่างกายส่งผลต่อการทำงานของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนและความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุ ความเป็นอิสระในการทำงานถูกทำลาย การเข้าใจความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในผู้สูงอายุนำไปสู่การแสวงหาแนวทางการป้องกันการสูญเสียและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ (Dahlkemper, 2016; Mauk, 2023)

1) ระบบผิวหนัง (Integumentary system) ผู้สูงอายุมักมีผิวหนังแห้งกร้าน ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลงที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฉีกขาดนำไปสู่การบาดเจ็บและการติดเชื้อ มองเห็นเส้นเลือดฝอย จ้ำเลือด คัน มีเม็ดสีจุดต่างด้า ซึ่งความเสียหายจากแสงแดดจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังอาจเกิดขึ้นจากทั้งปัจจัยภายใน เช่น พันธุกรรม และปัจจัยภายนอกที่ผิวหนังมีความไว เช่น ลม แสงแดด มลภาวะ การสูบบุหรี่ และความเสียหายจากแสงแดด (Photodamage) (Touhy & Jett, 2020; Eliopoulos, 2022)

ผู้สูงอายุมีการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ลดลงจากการผลิตเหงื่อลดลง อาจไม่มีเหงื่อออก (Diaphoresis) แม้จะมีอุณหภูมิร่างกายสูง การสูญเสียฉนวนของชั้นไขมันอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหนาวที่ต้องระมัดระวังอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมขณะอาบน้ำ แต่งตัว หรือขณะตรวจร่างกาย (Eliopoulos, 2022; Touhy & Jett, 2020; Mauk, 2023) ดังนี้

1.1) หนังกำพร้า (Epidermis) เมื่ออายุมากขึ้นการผลิตเม็ดสีเมลานินจะลดลงทำให้ผิวหนังชั้นนอก เส้นเลือด และรอยฟกช้ำมีความชัดเจน ในผู้สูงอายุการตอบสนองกระบวนการอักเสบจากการบาดเจ็บของผิวหนังเกิดขึ้นภายหลัง 48-72 ชั่วโมง ผิวหนังของผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งและความสามารถในการป้องกันรังสีอัลตราไวโอเล็ตที่ลดลง

1.2) หนังแท้ (Dermis) หนังแท้บางทำให้ผิวหนังดูโปร่งใสและบอบบาง เส้นเลือดในผิวหนังแท้ลดลงทำให้ผิวซีดและอุณหภูมิผิวเย็นกว่าปกติ การสังเคราะห์คอลลาเจนลดลงทำให้ผิวตึงและฉีกขาดง่าย เส้นใยอีลาสตินหนาตัวและแตกทำให้สูญเสียความยืดหยุ่นและหย่อนคล้อย ผู้สูงอายุจึงมักมีแก้มย้อย ใบหูยาว เหนียงที่คาง และหน้าอกหย่อนยาน

1.3) ชั้นใต้ผิวหนัง (Hypodermis: Subcutaneous layer) เมื่ออายุมากขึ้นชั้นใต้ผิวหนังจะบางลงทำให้มีความไวต่อความเย็นและความร้อนจากประสิทธิภาพที่ลดลงของต่อมเหงื่อที่มีขนาดและจำนวนที่ลดลง ผู้สูงอายุจึงมักบ่นบ่อยครั้งว่ารู้สึกร้อนหรือหนาวเกินไป แม้ในสภาพแวดล้อมที่คนวัยอื่นรู้สึกว่าเป็นปกติ

1.4) เส้นขนและผม (Hair) ผู้สูงอายุผู้ชายและผู้หญิงจะมีผมบางและน้อยลง ผู้ชายจะมีผมร่วงเร็วกว่าผู้หญิงถึง 20 เท่า ขนในหู จมูกและคิ้วของผู้สูงอายุชายจะเพิ่มขึ้นและแข็ง ผมเป็นสีเทาหรือขาว แห้งและหยาบ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีขนที่คางและใบหน้าเนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ออัตราส่วนระดับเทสโทสแตอโรนลดลง ขนที่ขา รักแร้และหัวเหน่าลดลง และหลังจากหมดประจำเดือนอาจไม่มีขนที่ทำให้ตีความผิดว่าเป็นสัญญาณของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้สูงอายุ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุที่เพิ่มขึ้น

1.5) เล็บ (Nails) เล็บมือและเล็บเท้าจะแข็งและหนาขึ้น มีความเปราะ ขุ่นมัวและทึบแสง รูปร่างแบน เว้า และนูนออก ปริมาณน้ำ แคลเซียมและไขมันในร่างกายลดลงส่งผลให้เล็บเป็นคลื่น ปริมาณเลือดที่ลดลงทำให้เล็บมีการเติบโตช้า รูปพระจันทร์ครึ่งเสี้ยวที่ฐานเล็บอาจหายไป เป็นเส้นยาว เกิดการติดเชื้อราของเล็บได้ง่าย

2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงความสูง ท่าทาง และองค์ประกอบของร่างกาย คือ กระดูกสันหลังบางและแคบลงจากแรงโน้มถ่วงและการขาดน้ำ มักโน้มตัวไปข้างหน้าจากหลังที่ค่อม กระดูกสันหลังส่วนคอมีความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง (Tobin, Veysay, Finlay, 2017; Touhy & Jett, 2022; Eliopoulos, 2022) การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการทำหน้าที่มากที่สุดมักเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของเส้นเอ็น เอ็นยึดกระดูก และข้อต่อที่มีกล้ามเนื้อ แข็ง และขาดความยืดหยุ่น ซึ่งการบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นก่อนวัย ผู้สูงอายุจากการเคลื่อนไหวช้า ๆ ทุกวัน หากพื้นที่ของรอยต่อระหว่างข้อต่อลดลง มีการอักเสบ มวลกล้ามเนื้อลดลงหรือการไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อและกระดูกจะเร่งการสูญเสียความแข็งแรง ปริมาณมวล

กล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่เนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อที่ไม่มีไขมันถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อไขมัน (Touhy & Jett, 2020)

ผู้สูงอายุมักมีท่าทาง (Posture) พิสัยของข้อที่เปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหวช้า กระดูกสันหลังแคบหรือกดทับนำไปสู่การลดลงของความสูง มีการสูญเสียกล้ามเนื้อเกิดขึ้นและการสร้างเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อช้าลง กล้ามเนื้อแขนขาบางส่วนและหย่อนยาน สูญเสียความยืดหยุ่นและความทนเมื่อขาดการทำกิจกรรมต่อเนื่อง พิสัยของข้อถูกจำกัด กระดูกอ่อนบางลงทำให้ข้อมีอาการเจ็บปวด อักเสบ หรือติดแข็ง การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปที่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำ ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มความยืดหยุ่นและการประสานงานของกล้ามเนื้อ ในทางกลับกันการไม่สามารถเคลื่อนไหว และการขาดการเคลื่อนไหว ร่างกายนำไปสู่การสูญเสียขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การสูญเสียมวลกระดูกและความหนาแน่นทำให้กระดูกพรุนและเปราะ โปร่งพรุน เสี่ยงต่อการหัก ปัญหานี้อาจเกิดจากการขาดฮอร์โมนและระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (Mauk, 2023)

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) ทำหน้าที่ขนส่งเลือดที่มีออกซิเจนและสารอาหารไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และขนส่งของเสียจากการเผาผลาญไปยังไตและลำไส้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากที่สุดในระบบนี้ คือ กล้ามเนื้อหัวใจและการตีบแข็งของหลอดเลือดและโดยเฉพาะการลดการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันเมื่อหัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยง (Touhy & Jett, 2020)

3.1) การเต้นของหัวใจ (Cardiac stroke) มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง การนำไฟฟ้า และการทำงาน ขนาดหัวใจไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ผนังหัวใจหนาตัวและรูปร่างเปลี่ยนแปลง การไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดหัวใจและปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายมากขึ้น หากมีสุขภาพดีจะได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อยหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญเมื่อมีความเครียด คือ ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันที่หัวใจไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ หัวใจใช้เวลานานในการบีบตัวและกลับสู่ภาวะปกติ (Touhy & Jett, 2020)

3.2) หลอดเลือด (Blood vessels) มีความยืดหยุ่นลดลงทำให้มีข้อจำกัดในการส่งเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ หลอดเลือดที่มักได้รับผลกระทบสองอันดับแรก คือ หลอดเลือดหัวใจและสมอง แต่การไหลเวียนเลือดไปยังไตและตับหากลดลงจะมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (Arteriosclerosis) หรือความดันโลหิตสูง ในหลอดเลือดดำหากมีประสิทธิภาพลดลงจะทำให้เกิดอาการบวมที่ขาหรืออวัยวะส่วนปลาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Blood clots or DVTs) เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดดำช้าที่ปรากฏให้เห็นเส้นเลือดขอด ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโป่งพองเพิ่มขึ้น (Touhy & Jett, 2020;

Eliopoulos, 2022) กล้ามเนื้อหัวใจที่มีความแข็งแรงลดลง ลึ้นหัวใจที่หนาและแข็งขึ้นจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ Sinoatrial node (SA node) ในการนำกระแสไฟฟ้าลดลงและกระตุ้นช้า การหดตัวของหัวใจอ่อนแอ ปริมาณเลือดลดลง และสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจลดลง หลอดเลือดแดงยืดหยุ่นน้อยลง ผนังเส้นเลือดฝอยหนาตัว การแลกเปลี่ยนสารอาหารและของเสียระหว่างเลือดกับเนื้อเยื่อช้าลง การหนาตัวของผนังหลอดเลือดจะเพิ่มแรงดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก เลือดมีปริมาณที่ลดลงเนื่องจากการลดลงของน้ำในร่างกายทั้งหมดเกี่ยวข้องกับอายุ ไชกระดูกที่ลดลงนำไปสู่การลดลงเล็กน้อยของระดับเซลล์เม็ดเลือดแดงฮีมาโตคริตและฮีโมโกลบิน โดยสรุปเมื่ออายุมากขึ้นคาดว่าจะเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวเช่นเดียวกับการลดลงของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที แต่การตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือดยังคงเพียงพอหากไม่มีโรคหัวใจเกิดขึ้น (Mauk, 2023)

การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับผลกระทบมากนักเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความต้องการออกซิเจนลดลงในขณะที่พักและระหว่างการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุจึงสามารถชดเชยการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้สูงอายุต้องจำแนกให้ได้ว่าอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นอาจพบได้เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บปวด (Touhy & Jett, 2020; Howlett, 2017)

4) ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) มีการเปลี่ยนแปลงที่จำเพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุคือการสูญเสียความยืดหยุ่นที่เกิดจากการแข็งตัวของผนังทรวงอก การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ และความต้านทานต่อการไหลของอากาศเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุอาจได้รับผลกระทบจากการสัมผัสกับมลพิษจากสิ่งแวดล้อม เช่น มลภาวะ ควันบูหรี การบกพร่องของระบบทางเดินหายใจจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อผู้สูงอายุต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นอย่างกะทันหัน ร่างกายขาดความไวต่อระดับออกซิเจนต่ำหรือระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงขึ้น ซึ่งร่างกายต้องมีการแสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องเพิ่มอัตราการหายใจ ความสามารถในการไอขับสิ่งที่ไม่เหมาะสมข้างในหรือขัดขวางทางเดินหายใจลดลง ขนพัดโบกในระบบทางเดินหายใจพัดลดลงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สำลักและเสียชีวิต (Touhy & Jett, 2020; Davies & Bolton, 2017) การเปลี่ยนแปลงโครงกระดูกและกรงซี่โครง (Thoracic cage) ที่แข็ง กระดูกอ่อนมีแคลเซียมเกาะ กระดูกสันหลังส่วนทรวงอก (Thoracic spine) สิ้นลง และโรคกระดูกพรุนอาจทำให้เกิดการโน้มตัวไปข้างหน้า (Stooped posture) ทำให้พื้นที่ว่างในการใช้งานของปอดลดลง และจำกัดการเคลื่อนไหวของทรวงอก กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (Accessory muscles) คือกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรงลง กะบังลมแม้ไม่ได้มีการสูญเสียขนาดแต่โครงสร้างภายในปอดมีการหดกลับตัวที่เต็มลดลงในอัตราก้าวหน้าเมื่ออายุมากขึ้น ถุงลมปอดย่อย (Alveoli) ขยายใหญ่ขึ้นและบางลงแม้จะมีจำนวนคงที่แต่จำนวนถุงลมย่อยที่สามารถทำหน้าที่ได้ลดลง เนื้อเยื่อถุงลมกับหลอดเลือดฝอยในปอด (Alveolus-capillary membrane) หนาตัวขึ้น ลดพื้นที่ผิวสำหรับการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Mauk, 2023)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบทางเดินหายใจมีผลต่ออัตราการไหลเวียนของอากาศเข้าและออกจากปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซในระดับถุงลมย่อย (Alveolar level) ด้วย เนื่องจากการหดตัวของเยื่อหุ้มหรือการหดกลับตัวของที่เดิม (Elastic recoil) มีจำกัด ปริมาณอากาศที่ค้างอยู่จึงเพิ่มขึ้น เกิดการระบายอากาศที่ฐานปอดได้น้อยลง มีอากาศและสิ่งคัดหลั่งตกค้างอยู่ในปอด รูปแบบการหายใจเบตื้น (Shallow breathing) จะส่งผลกระทบต่ออัตราการไหลเวียนเลือดต่อการติดเชื้อและการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ทำให้ความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation) ลดลง เช่น ความดันย่อยของออกซิเจนในถุงลม (PaO_2) ประมาณ 90 มม.ปรอท สำหรับผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี ในขณะที่ค่า 75 มม.ปรอท ที่อายุ 70 ปี การลดลงนี้จะส่งผลให้ความทนในการออกกำลังกายลดลงและต้องพักเป็นระยะ ในระหว่างการมีกิจกรรม (Mauk, 2023; Davies & Bolton, 2017)

5) ระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary system) ผู้สูงอายุมักมีการไหลเวียนของเลือดของอัตราการกรอง (Glomerular filtration rate [GFR]) และความสามารถในการควบคุมของเหลวในร่างกายเปลี่ยนแปลง (Touhy & Jett, 2020) แม้การไหลเวียนของเลือดในไตจะลดลง และมีการสูญเสียมวลไต แต่ระบบทางเดินปัสสาวะยังคงทำงานได้ตามปกติในกรณีที่ไม่มียาหรือโรคแฝงในผู้สูงอายุมักพบปัญหาปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และการคงค้างของปัสสาวะ (Retention of urine) ทำให้เกิดการติดเชื้อ และการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ แม้ว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้นั้นไม่ได้เป็นผลมาจากกระบวนการสูงอายุ แต่การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเย็บอาจนำไปสู่หนึ่งในรูปแบบที่พบบ่อยที่สุดในภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้หญิง คือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง การขยายตัวของต่อมลูกหมากซึ่งเกิดขึ้นในผู้ชายสูงอายุส่วนใหญ่มักจะไม่เป็นอันตราย แต่มักเป็นสาเหตุของการคงค้างของปัสสาวะ ความถี่ในการปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากปัสสาวะล้น (Mauk, 2023; Smith & Kuchel, 2017) การทำงานของไต (Renal function) มีการไหลเวียนของเลือดในไตลดลงเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) ลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ความสามารถในการสร้างความเข้มข้นปัสสาวะอาจลดลง กระเพาะปัสสาวะสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) ทำให้กระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง การถ่ายปัสสาวะ (Micturition) ในผู้ชายอาจมีความถี่ในการปัสสาวะเพิ่มขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของต่อมลูกหมาก ในผู้หญิงอาจมีความถี่ในการปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเย็บ (Mauk, 2023; Smith & Kuchel, 2017)

6) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) เมื่อเป็นผู้สูงอายุต่อมส่วนใหญ่จะหดตัวและมีอัตราการหลั่งฮอร์โมนลดลง (Touhy & Jett, 2020) ตับอ่อน (Pancreas) เป็นต่อมไร้ท่อที่หลั่งอินซูลิน กลูคาγον Somatostatin และ Pancreatic polypeptides การหลั่งของสารเหล่านี้ไม่ได้ลดลงถึงระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก แต่ความต้านทานต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น เร่งการอักเสบ

เรื้อรังและโรคอ้วนนำไปสู่โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าวัยอื่น (Touhy & Jett, 2020; Morley & McKee, 2017)

ต่อมไทรอยด์ (Thyroid) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโครงสร้างและการทำงานทำให้เกิดภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ต่อมฝ่อ เกิดพังผืดและการอักเสบขึ้น แม้ว่า การหลั่ง Thyroid-stimulating hormone (TSH) thyroxine (T4) ที่ลดลงนั้นอาจจะเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ ระดับของ T3 ที่ลดลงตามอายุอาจเป็นผลมาจากการหลั่ง TSH ที่ลดลงจากต่อมใต้สมอง (Touhy & Jett, 2020; Morley & McKee, 2017)

7) ระบบสืบพันธุ์ (Reproductive system) ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง (Female reproductive system) การหมดประจำเดือนเป็นสัญญาณของการสิ้นสุดวัยเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุหลายอย่างมักเริ่มเกิดขึ้นหลังหมดประจำเดือน ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงมีผลต่อหน้าอกที่เตี้ยลง หย่อนยาน (Pendulous) ไม่กระชับ ด้านนอกของแคมใหญ่และแคมเล็กยื่นออกมาและขอบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลวมหรืออาจหายไปทั้งหมด ปากมดลูก มดลูก และรังไข่ฝ่อลง ช่องคลอดสั้นและแคบลง สูญเสียความยืดหยุ่น ผังช่องคลอดแห้ง เยื่อบุผิวในช่องคลอดมีการเปลี่ยนแปลงค่ากรด-ด่าง (pH) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดช่องคลอดอักเสบ สารคัดหลั่งในช่องคลอดลดน้อยลงและผังช่องคลอดบางและยืดหยุ่นน้อยลง อาจมีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ การบาดเจ็บระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มความไวต่อการติดเชื้อและภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพื่อการบรรเทาอาการเหล่านี้ผู้หญิงบางคนเลือกที่จะกินเอสโตรเจนในปริมาณที่ต่ำซึ่งอาจนำไปสู่การมีเลือดออกที่เกิดจากการตอบสนองของฮอร์โมนในมดลูกต่อการกระตุ้นด้วยฮอร์โมนซึ่งเป็นภาวะผิดปกติ (Mauk, 2023; Touhy & Jett, 2020)

ระบบสืบพันธุ์เพศชาย (Male reproductive system) การเปลี่ยนแปลงมักเริ่มต้นเมื่ออายุ 50 ปี อัณฑะฝ่อและนุ่ม แม้ว่าจำนวนตัวสpermจะไม่ลดลง แต่ภาวะเจริญพันธุ์อาจลดลงเนื่องจากจำนวนตัวสpermขาดความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือมีความผิดปกติทางโครงสร้าง เช่น เส้นโลหิตตีบหรือพังผืดของท่อเซมินิเฟอรัส (Tubules seminiferous) อวัยวะเพศชายต้องใช้เวลาในการกระตุ้นมากขึ้นเพื่อให้เกิดการแข็งตัว หลังเร็ว มีแรงพุ่งน้อย แม้ว่าระดับเทสโทสเตอโรนจะลดลงแต่ก็ไม่ส่งผลกระทบ เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไปผู้ชายสูงอายุมักมีแนวโน้มที่จะมีต่อมลูกหมากโต และจะเกิดปัญหาเมื่อการขยายตัวบีบท่อปัสสาวะและกดกระเพาะปัสสาวะเป็นผลให้มีปัสสาวะคั่งนำไปสู่การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบล้น (Touhy & Jett, 2020)

8) ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานมักพบตั้งแต่อายุ 50 ปี การเปลี่ยนแปลงไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตแต่จะทำให้เกิดความกังวลแก่ผู้สูงอายุ อาการอาหารไม่ย่อย ท้องผูก และเบื่ออาหารเป็นปัญหาทางเดินอาหารที่พบบ่อย อาจมีฟันหลุด ความสามารถในการบดเคี้ยว การผลิตน้ำลายลดลง หลอดอาหารอ่อนแรงเพิ่ม

ความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อเรียบทำให้ระยะเวลาที่หลอดอาหารว่างช้า จึงรู้สึก “อึด” จุกแน่นหลังจากรับประทานอาหารเพียงเล็กน้อย มีการหลังกรดในกระเพาะอาหาร ลดลงอาจทำให้อาหารไม่ย่อย รู้สึกไม่สุขสบาย และความอยากอาหารลดลง การขนส่งอาหารไปลำไส้ใหญ่ลดลงและทำให้มีเวลามากขึ้นสำหรับการดูดซึมน้ำเกิดการแข็งของอุจจาระ (Mauk, 2023; Feldstein, Beyda, & Katz, 2107)

8.1) ช่องปาก (Mouth) ฟันสึกหลอ สูญเสียตัวเคลือบฟันและเนื้อฟันเสี่ยงต่อการผุ รากฟันมีความเปราะและแตกหักง่าย เหงือกเริ่มเกิดการติดเชื่อหรือการอักเสบเรื้อรังได้ง่าย และอาจมีผลต่อสุขภาพของหัวใจได้ ตุ่มรับรส (Taste buds) มีจำนวนลดลงและการหลั่งน้ำลายลดลง ปากแห้งมากกว่าปกติ (Touhy & Jett, 2020)

8.2) หลอดอาหาร (Esophagus) ในผู้สูงอายุความถี่ในการหดตัวของกล้ามเนื้อในการผ่านของอาหารจะเพิ่มขึ้นแต่ไม่เป็นระเบียบและการขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพลดลง เรียกว่า Presbyesophagus หลอดอาหารว่างช้าทำให้หลอดอาหารส่วนล่างขยายตัวเกิดแรงดันมากขึ้นในบริเวณนี้และอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกรดไหลย้อน (GERD) และโรคไส้เลื่อนกระบังลม (Hiatal hernias) (Touhy & Jett, 2020)

8.3) กระเพาะอาหาร (Stomach) การเคลื่อนไหวและปริมาตรในกระเพาะอาหารลดลง การหลังไปคาร์บอนเนตและเมือกในกระเพาะอาหารลดลง การสูญเสียกล้ามเนื้อเรียบทำให้กระเพาะว่างช้าลงนำไปสู่อาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดจากท้องอืด แน่นท้อง ระยะเวลาการเผาผลาญที่กระเพาะอาหารนานขึ้น การฝ่อของกระเพาะอาหาร (Gastric atrophy) ส่งผลให้ระดับกรดไฮโดรคลอริกและสารย่อยอาหารไม่เพียงพอสำหรับการใช้วิตามินบี 12 จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคโลหิตจาง การลดลงหรือสูญเสียทำให้กระเพาะอาหารอ่อนแอต่อโรค เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่ายโดยเฉพาะเมื่อใช้ยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เช่น แอสไพรินและไอบูโพรเฟน (Touhy & Jett, 2018)

8.4) ลำไส้ (Intestines) กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เล็ก (Small intestine) และ Gastric villi ในผนังลำไส้ที่ดูดซึมสารอาหารสั้นลงใช้งานได้น้อยลงทำให้การดูดซึมสารอาหารได้รับผลกระทบ คือ โปรตีน ไขมัน แร่ธาตุ (เช่น แคลเซียม) วิตามิน (โดยเฉพาะ B12) และคาร์โบไฮเดรต (โดยเฉพาะแลคโตส) จะดูดซึมได้ช้าและในปริมาณที่น้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร (Motility) เยื่อบุผิวมีการขนส่งเลือดและการกำซาบเลือดที่ลดลง ส่งผลกระทบต่อการดูดซึมของไขมัน กรดอะมิโน กลูโคส แคลเซียม และเหล็ก การหดตัวของกล้ามเนื้อทางเดินอาหาร (Peristalsis) ชะลอตัวลงเมื่อมีอายุมากขึ้น มีการตอบสนองต่อการความรู้สึกของทวารหนัก (Rectal filling) ลดลง เกิดอาการท้องผูก (Touhy & Jett, 2020)

8.5) อวัยวะเสริม (Accessory organs) ตับมีน้ำหนักลดลงและการไหลเวียนเลือดลดลงร้อยละ 30-40 ในช่วงอายุ 90 ปี สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่าครึ่งชีวิตของยาที่ละลายในไขมัน ในขณะที่ Liver regeneration จะไม่บกพร่องมากและการทดสอบการทำงานของตับยังคงไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ (Touhy & Jett, 2020)

9) ระบบประสาท (Nervous system) มีความเชื่อที่ว่าระบบประสาทของผู้สูงอายุรวมถึงสมองนั้นมีความยืดหยุ่นและมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานการรู้คิด (Cognitive function) ที่ไม่ใช่ปกติของการสูงอายุ (Touhy & Jett, 2020)

9.1) ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ เดนไดรต์ (Dendrites) เสื่อมสภาพ จำนวนเซลล์ประสาทที่พบในหลายพื้นที่ของสมองลดลง สมองมีขนาดเล็กลงและมีน้ำหนักน้อยกว่าสมองที่คนวัยผู้ใหญ่โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) มีการลดลงของ Dura mater ที่กะโหลก มี Fibrosis เพิ่มขึ้น มีการหนาตัวของเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (Meninges) มีการตีบแคบของร่อง (Gyri) มีการขยายของร่อง Sulcus และมีพื้นที่ของ Subarachnoid เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้มีความสำคัญเนื่องจากทำให้เกิดอันตรายต่อกระบวนการรู้คิด (Cognitive functioning) หลังจากได้รับบาดเจ็บที่สมองเพิ่มขึ้น แต่การตอบสนอง (Motor functioning) เกิดขึ้นเล็กน้อย ความสามารถในการทำงานอาจใช้เวลานานขึ้นซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าการประมวลผลส่วนกลางช้าลง มีระดับสารสื่อประสาทที่ลดลงโดยเฉพาะระดับของเซโรโทนินที่ต่ำลงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (Endogenous depression) (Touhy & Jett, 2020)

9.2) ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral nervous system) มีการเปลี่ยนแปลงคือความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการบาดเจ็บ อาจไม่มีความรู้สึกสั่นสะเทือน (Vibratory sense) ความรู้สึกทางกาย (Somesthetics sensitivity) หรือความรู้สึกจากการสัมผัสลดลงในการเชื่อมต่อการสูญเสียของปลายประสาทที่ผิวหนัง ปลายนิ้วมือ ฝ่ามือ และขา ความไวที่ลดลงนี้จะถูกแปลเป็นปฏิกิริยาที่ล่าช้าต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ฝ่ามือที่ร้อนเพิ่มความเสี่ยงต่อแผลไหม้ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทางร่างกาย (Kinesthetic sense or proprioception) (การตระหนักรู้ตำแหน่งในที่ว่าง) ถูกเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งในระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง ถ้าไม่สามารถตระหนักรู้ตำแหน่งของร่างกายและสูญเสียการรับรู้การสัมผัส (Tactile) ความเสี่ยงในการล้มจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น ผู้สูงอายุกำลังเดินบนพื้นผิวเรียบที่ไม่สม่ำเสมอด้วยความรู้สึกเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ลดลงจะใช้เวลานานขึ้นในการตระหนักถึงพื้นผิวที่ไม่เรียบและเกิดการสะดุด ความล่าช้านี้อาจส่งผลให้เกิดการล้มในผู้สูงอายุ (Touhy & Jett, 2020)

การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุในระบบประสาทส่งผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกายและเกี่ยวข้องกับการตอบสนองของหลอดเลือด การเคลื่อนไหว การประสานส่วนต่าง ๆ

(Coordination) การมองเห็น และความสามารถทางปัญญา เซลล์ประสาทหายไปอย่างต่อเนื่องในสมองและไขสันหลัง การสังเคราะห์และการเผาผลาญของสารสื่อประสาทลดน้อยลง มวลสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกทางด้านการเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาบน้อยลง ความสมดุลในการทรงตัวอาจลดลง เวลาในการตอบสนองลดลง การนอนหลับ การนอนไม่หลับ และตื่นขึ้นมาตอนกลางคืนอาจเกิดขึ้นได้ ช่วงหลับลึก (Stage IV) และการนอนหลับช่วงกรอกตารวดเร็ว (Rapid eye movement) ลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ประสาททำงานลดลง เวลาในการตอบสนองจะช้าลง และความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลงอย่างรวดเร็ว (Mauk, 2023, 2016; Galvin, 2017)

10) ประสาทสัมผัส (Sensory)

10.1) การมองเห็น (Vision) การเปลี่ยนแปลงการมองเห็นและดวงตามีทั้งการทำงานและโครงสร้างที่มีผลต่อระดับการมองเห็น และการปรับสายตาให้มองเห็นใกล้ไกล ผู้สูงอายุมักสายตาวาย คือ มองเห็นระยะใกล้ลดลง

10.1.1) ส่วนนอกดวงตา (Extraocular) เปลือกตาสูญเสียความยืดหยุ่นและอ่อนแอ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ Orbicular อาจทำให้เปลือกตาล่างม้วนเข้าด้านใน (Entropion) หรือเปลือกตาล่างที่งอเข้าด้านในจะระคายเคืองและครุดกระจกตา ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Orbicular ที่ลดลงอาจส่งผลให้เกิดการม้วนออกของเปลือกตาล่าง (Ectropion) หากไม่มีความแข็งแรงของร่องเปลือกตาล่าง น้ำตาจะไหลลงมาที่แก้มแทนที่จะเอ่อกระจกตา การไม่สามารถปิดเปลือกตาได้ทำให้ตาแห้ง (Touhy & Jett, 2020)

10.1.2) ตา (Ocular) เมื่ออายุมากขึ้นกระจกตาจะแบนเรียบ แข็งตัวหนาตัวขุ่นทำให้สายตาวายเพิ่มขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่มีสายตาสั้น (Near-sighted) ในช่วงต้นของการเปลี่ยนแปลงอาจช่วยปรับปรุงการมองเห็น รอยขุ่นขาวรอบตาดำ (Arcus senilis) ซึ่งเป็นวงแหวนสีเทาขาวหรือเงิน บางส่วนอาจสังเกตเห็นได้ 1-2 มม. ภายใน Limbus ที่หิวต่อของม่านตา (Iris) และกระจกตา ประกอบด้วยเกลือแคลเซียมและเกลือคอเลสเตอรอลที่ทับถม ไม่ปรากฏว่ามีนัยสำคัญทางคลินิกใด ๆ ช่องหน้าม่านตา (Chamber) มีขนาดและความจุลดลงเล็กน้อยเนื่องจากความหนาของเลนส์แก้วตา การดูดซึ่มกลับของของเหลวในลูกตามีประสิทธิภาพลดลงนำไปสู่ความดันลูกตาเพิ่มขึ้นและการเกิดต้อหิน (Touhy & Jett, 2020)

10.1.3) ภายในลูกตา (Intraocular) จอประสาทตา (Retina) ซึ่งอยู่ภายในดวงตานั้นมีระยะของขอบที่แตกต่างกันน้อยและมีลักษณะที่ดูที่บึกกว่าในผู้ใหญ่หนุ่มสาว ความคมชัดของสีจะลดลงร้อยละ 25 เมื่ออายุ 60 ปี และลดลงร้อยละ 59 เมื่ออายุ 80 ปี โดยเฉพาะการมองเห็นสีฟ้า สีม่วง และสีเขียวของสเปกตรัม สีของแสง เช่น แดง ส้ม และเหลืองจะมองเห็นได้ง่ายขึ้น ความยากลำบากบางอย่างนี้เชื่อมโยงกับสีเหลืองของเลนส์แก้วตาและการส่งผ่านแสงที่บกพร่องไปยังจอประสาทตา ในที่สุดจำนวนแท่งและเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องที่บริเวณรอบนอกของเรตินาจะลดลง

ส่งผลให้การมองเห็นส่วนปลายไม่ชัดเจนหรือขาดหายไป หลอดเลือดแดงที่ด้านหลังดวงตาอาจตีบแข็ง (Touhy & Jett, 2020)

10.2) การได้ยิน (Hearing) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำงานของหู ในผู้ชายใบหูสูญเสียความยืดหยุ่นและยืดยาวขึ้นเรื่อย ๆ ขนหยาบบางแต่แข็งเรียงกันตามแนวช่องหู บริเวณรอบนอกของใบหูและกระดูกอ่อน Tragus ขยายในผู้ชาย ช่องหูแคบลง ต่อมขี้หูฝ่อทำให้ขี้หูหนายากต่อการกำจัดเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการได้ยินแบบชั่วคราว ในผู้สูงอายุอาจมีข้อต่อระหว่างกระดูกข้อมือ และกระดูกโกลนถูกแคลเซียมเกาะทำให้เกิดการสันสະเทือนลดลงทำให้ปริมาณคลื่นเสียงที่ส่งไปยังประสาทหูลดลง การสูญเสียการได้ยินที่เกี่ยวข้องกับอายุนี้เรียกว่า Presbycusis และ Sensorineural (SNL) การสูญเสียจะพัฒนาไปช้า ๆ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นเหมือนเดิมได้ การสูญเสียการได้ยินจากประสาทรับเสียงเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะสูญเสียการได้ยินเสียงความถี่สูง เช่น เสียงพยัญชนะ เสียงร้องของนก เสียงกรอบแกรบของใบไม้ และเสียงกระซิบ (Touhy & Jett, 2020)

10.3) การรับรสชาติและกลิ่น (Taste and smell) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมักประสบกับการสูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นที่ลดลงตามอายุเนื่องจากการลดลงของจำนวนเซลล์ประสาทสัมผัสในจมูกและเซลล์ประสาทใน Olfactory bulb ลดลง ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่จะสูญเสียความสามารถในการตรวจรับกลิ่นมากกว่าผู้สูงอายุหญิง เมื่อความรุนแรงในการรับกลิ่นเพิ่มมากขึ้นจะกระทบกับการรับรสชาติที่ส่วนใหญ่มักขึ้นอยู่กับกลิ่น ลิ้นที่ลิบเล็กจะสามารถลดการรับรสชาติได้ ความสามารถในการตรวจจรับรสเค็มจะได้รับผลกระทบมากกว่าความรู้สึกรสชาติอื่น การลดลงของการผลิตน้ำลาย สุขอนามัยในช่องปากไม่ดี ยาและการเจ็บป่วยด้วยไซนัสอักเสบอาจส่งผลกระทบต่อรสชาติ (Eliopoulos, 2022)

10.4) การสัมผัส (Touch) การลดจำนวนและการเปลี่ยนแปลงในคุณสมบัติของโครงสร้างตัวรับสัมผัสเกิดขึ้นเมื่อสูงอายุ ความสามารถในการรู้สึกสัมผัสจะลดลง เช่น การรับรู้ถึงแรงกด แรงกระแทก ความเจ็บปวด และอุณหภูมิที่แตกต่างกัน (Eliopoulos, 2022)

11) ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune) การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ เช่น ผิวหนังมีความบางและต้านทานการบุกรุกของแบคทีเรียได้ลดลง จำนวนชนโบกพัดที่ในปอดนำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของปอดอักเสบ ความเปราะบางของท่อปัสสาวะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะในผู้หญิง (Touhy & Jett, 2022)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามกระบวนการสูงอายุปกติ (Normal aging process) อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้สูงอายุได้หากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ แม้ว่าการหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้น

เป็นไปได้ไม่ได้หรือเป็นไปได้ยาก แต่การหลีกเลี่ยงการเกิดขึ้นก่อนเวลาอันควรนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยการมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพได้ยาวนานขึ้น ซึ่งตามกระบวนการสูงอายุปกติจะพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีจะพบกับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่เสื่อมถอยชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามการในสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นด้วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้วยกระบวนการการเกษียณอายุจากการทำงานหรือการออกจากงาน (Retirement) (Atchley, 2000 cited in Eliopoulos, 2022) สถานภาพและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป (Role change) ขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Lack of social interaction) สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี (Lower income) (Mauk, 2023; Eliopoulos, 2018) การเปลี่ยนแปลงของสังคมและครอบครัว (Change of family and social role) (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; Mauk, 2023; Eliopoulos, 2022) การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและการสื่อสารไร้พรมแดน การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุ (Erickson, 1963 cited in Touhy & Jett, 2020)

3. ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ประชากรวัยเจริญพันธุ์มีอัตราต่ำที่ทำให้ประชากรวัยเด็กมีจำนวนที่ลดลงและวัยทำงานที่ลดลง แต่ในทางตรงกันข้ามประชากรวัยผู้สูงอายุกลับมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ซึ่งการที่ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1 ผลกระทบด้านสุขภาพ

การเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มที่มากขึ้นซึ่งมีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยทางร่างกายตามกระบวนการสูงอายุ (Ageing process) หรือมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเนื่องจากไม่สามารถย้อนกลับคืนเป็นปกติได้และอาจทำให้เกิดความพิการที่นำไปสู่การพึ่งพาผู้อื่นและการดูแลระยะยาว ภาครัฐต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น งบประมาณในการดูแลระยะยาวนอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายแล้วนั้น วัยผู้สูงอายุยังประสบกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

3.2 ผลกระทบทางด้านสังคม

ประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่มีแนวโน้มต้องพึ่งพิงผู้อื่นสูงขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามประชากรวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ (วัยทำงาน) กลับมีสัดส่วนที่ลดลง ส่งผลให้อัตราส่วนของผู้ดูแลต่อจำนวนผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่ลดลง การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับคู่ครองที่เป็นผู้สูงอายุที่มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นในทุกปีซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุเป็นโรคเพิ่มขึ้น การเสียชีวิตของคู่ครอง การเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานแยกย้ายครอบครัวออกไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวหรือสังคม รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่พึงพอใจในชีวิต เอาใจใส่ในตนเองน้อยหรือบางรายที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของบุตรหลานอาจสูญเสียบทบาทหน้าที่การเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าหรืออาจถูกทำให้รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าและไม่มีประโยชน์ก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เกิดการแยกตัวออกจากสังคม นำสู่สภาพปัญหาด้านจิตใจหรืออาจนำไปสู่ปัญหาการใช้ความรุนแรงกับผู้สูงอายุ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, 2561) แต่ในอีกมุมมองการเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุมีผลด้านบวกต่อทางด้านสังคมหากมีการดึงเอาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิดประโยชน์เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเวลารว่างจากการทำงานมากกว่าวัยอื่น หากร่างกายยังแข็งแรงสามารถใช้ความเป็นผู้นำ ความน่าเคารพนับถือ และภูมิปัญญาความรู้ที่มีพัฒนากิจกรรมที่ก่อประโยชน์ต่อสังคมด้วย ซึ่งจะช่วยลดปัญหาทางสังคมของผู้สูงอายุได้ (วิญญูทัณณ บุษยทัณ, ขนิษฐา นันทบุตร และวรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2561)

3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านการคลังของประเทศไทยจากการที่ต้องใช้งบประมาณสำหรับเงินบำนาญ ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขรวมถึงการให้สวัสดิการต่างๆ เช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ทั้งนี้การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุยังกระทบต่อภาคเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศจากประชากรวัยแรงงานที่ลดลงและบางส่วนต้องออกจากงานเพื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้การจ่ายภาษีของคนวัยทำงานลดลงด้วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อรายได้เฉลี่ยของประชากร การออม และการลงทุนทั้งประเทศที่ลดลง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, 2561; กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA), ม.ป.ป.) แต่ในอีกมุมมองการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอาจมีผลดีต่อภาคการผลิตและเศรษฐกิจหากสามารถดึงเอาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเข้าสู่ภาคการผลิตได้ เช่น การขยายอายุการเกษียณการทำงานที่ทำให้สามารถได้ภาษีเข้าภาครัฐเพิ่มขึ้น ลดการจ่ายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งในภาคธุรกิจสามารถขยายงานเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุที่มีกำลังจ่ายได้ด้วย (วิญญูทัณณ บุษยทัณ, ขนิษฐา นันทบุตร และวรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2561)

ผลกระทบจากการที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของผู้สูงอายุเองที่อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสังคมหากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่การพึ่งพิงผู้อื่นที่นำไปสู่ปัญหาทางสังคม โดยเฉพาะการพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในกลุ่มแรงงานทำให้ในภาคเศรษฐกิจต้องขาดแรงงานในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศและรัฐบาลต้องนำงบประมาณมาสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นการป้องกันการเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพก่อนวันอันควรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

4. ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุนั้นมีความเป็นสากล มีความถูกต้องและความน่าเชื่อถือในระดับที่แตกต่างกันซึ่งสามารถสร้างความเข้าใจปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีการสูงอายุจะต้องสามารถชี้แนะการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมีความครอบคลุมปัจจัยด้านวัฒนธรรม จิตวิญญาณ ภูมิภาค เศรษฐกิจสังคม การศึกษา และสิ่งแวดล้อมรวมถึงสถานะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อกรรับรู้และการเลือกการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุ ต้องรวมเอาความรู้เกี่ยวกับเหตุผลของปรากฏการณ์ที่นำไปสู่การทำนายความสูงอายุทั้งกระบวนการและการสร้างความเข้าใจ ความเป็นองค์รวม และคำนึงถึงสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลตลอดช่วงอายุของการสูงอายุ (Eliopoulos, 2022)

4.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา (Biological theories of aging)

กระบวนการสูงอายุทางชีววิทยาแสดงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่สามารถคาดการณ์ไว้ ซึ่งในมนุษย์ที่มีอายุเท่ากันไม่จำเป็นต้องมีระดับการเปลี่ยนแปลงที่เท่ากัน ตัวอย่างเช่น ระบบต่าง ๆ ของร่างกายภายในคนเดียวกันอาจมีระบบหนึ่งลดลงอย่างชัดเจนขณะที่อีกระบบหนึ่งยังไม่มีเปลี่ยนแปลง (Eliopoulos, 2022) ทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยาอธิบายปัจจัยทั้งภายในและภายนอกร่างกายมนุษย์รวมถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามการสูงอายุที่จะปรากฏในระดับโมเลกุลของเซลล์ เนื้อเยื่อ และระบบต่าง ๆ ของร่างกายว่ามีผลต่อความสูงอายุอย่างไร กระบวนการชีวเคมีแบบใดที่ส่งผลกระทบต่อความสูงอายุ และโครโมโซมส่งผลกระทบต่อกระบวนการสูงอายุโดยรวมอย่างไร ในแต่ละระบบมีอัตราการสูงอายุเท่ากันหรือไม่ แต่ละเซลล์ในระบบมีอายุในอัตราเดียวกันหรือไม่ อายุตามลำดับเหตุการณ์เวลา มีอิทธิพลต่อบุคคลที่กำลังประสบกับกระบวนการทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคอย่างไร รวมถึงการรักษา ซึ่งอาจรวมถึงยา ภูมิคุ้มกัน การผ่าตัดหรือการฉายรังสีมีอิทธิพลต่อสิ่งมีชีวิตหรือไม่ การเปลี่ยนแปลงที่เป็นคำสั่ง เป็นระเบียบ และสามารถคาดการณ์แบบสุ่มและไม่สุ่มได้หรือไม่ การกลายพันธุ์และกระบวนการด้านพันธุศาสตร์ของเซลล์ มีผลกระทบของสิ่งแวดล้อมหรือไม่ สิ่งใดคือผลกระทบของการเลือกวิถีชีวิต สามารถยืดอายุการใช้งานได้หรือไม่ (Eliopoulos, 2022; Touhy & Jett, 2020) การ

อธิบายสิ่งเหล่านี้จึงช่วยให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทฤษฎีแบบสุ่มหรือเชิงสถิติ (Stochastic or statistical perspective) ระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตที่ก่อให้เกิดความเสียหายของเซลล์แบบสุ่มและสะสมเมื่อเวลาผ่านไปซึ่งก่อให้เกิดการสูงอายุจากทั้งการเปลี่ยนแปลงภายในและภายนอกที่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและกำหนดไว้ล่วงหน้า และกลุ่มทฤษฎีแบบไม่สุ่ม (Nonstochastic) มีมุมมองว่าการสูงอายุเป็นชุดของเหตุการณ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าที่เกิดขึ้นกับสิ่งมีชีวิตทั้งหมดในกรอบเวลาที่กำหนด (Eliopoulos, 2020; Mauk, 2023)

4.1.1 ทฤษฎีแบบสุ่ม (Stochastic theories)

ผลกระทบของการสูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากข้อบกพร่องทางพันธุกรรม การพัฒนา สภาพแวดล้อม และกระบวนการที่มีมาแต่กำเนิด กลุ่มของทฤษฎีการสูงอายุแบบสุ่มกล่าวถึงความเสื่อมของเซลล์และอวัยวะที่เกิดจากการสุ่มและสะสมไว้ตามกาลเวลา

1) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking theory) หรือทฤษฎีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue theory) เชื่อว่ากระบวนการทางชีวเคมีสร้างการเชื่อมต่อระหว่างโครงสร้างที่ไม่ได้เชื่อมต่อกันตามปกติ การแบ่งเซลล์ถูกคุกคามจากผลของรังสีหรือปฏิกิริยาทางเคมีของสารเชื่อมตามขวางแบบตัวเองไปกับเกลียวดีเอ็นเอ (DNA) และการแบ่งเซลล์ตามปกติถูกขัดขวางในระหว่างเซลล์ Mitosis มีการสะสมสารเชื่อมตามขวางที่รวมตัวกันอย่างหนาแน่นขัดขวางการขนส่งภายในเซลล์ ซึ่งในที่สุดอวัยวะและระบบของร่างกายเกิดการล้มเหลว ผลของการเชื่อมตามขวางบนคอลลาเจน เช่น เนื้อเยื่อเกี่ยวพันในปอด หัวใจ หลอดเลือด และกล้ามเนื้อ เกิดความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อลดลง การเชื่อมตามขวางในปัจจุบันยังไม่มีสิ่งใดที่จะสามารถหยุดการเชื่อมตามขวางเหล่านี้ไม่ให้เกิดขึ้นได้ อิลาสตินที่แห้งและแตกตามอายุมาจากการแข็งของโปรตีนภายในเซลล์ซึ่งเป็นโปรตีนที่เชื่อมโยงกับกลูโคสและน้ำตาลที่มีต่อออกซิเจน และกลายเป็นการแข็งตัวหนาเนื่องจากคอลลาเจนเป็นโปรตีนที่มีอยู่มากที่สุดในร่างกาย ดังนั้น จึงสามารถมองเห็นการเชื่อมตามขวางได้ง่ายที่สุด คือ ผิวหนังที่เคยเนียนเรียบเนียน กระชับ และอ่อนนุ่มก็จะแห้งและขาดความยืดหยุ่น มีริ้วรอยเหี่ยวย่น (Eliopoulos, 2022; Touhy & Jett, 2020; Mauk, 2023)

2) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) หรือทฤษฎีภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress theories) อนุมูลอิสระเป็นผลพลอยได้ตามธรรมชาติจากกิจกรรมของเซลล์ร่างกาย ซึ่งในวัยหนุ่มสาว วิตามิน ฮอร์โมน เอนไซม์ และสารต้านอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจะต่อต้านอนุมูลอิสระได้ตามที่ต้องการ การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุตามปกติและความอ่อนแอเพราะบางต่อโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยครั้งในชีวิตช่วงสุดท้าย มีการสะสมความเสียหายจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นเร็วกว่าเซลล์ที่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ การสัมผัสกับมลภาวะใน

สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะหมอกควัน โอโซน สารกำจัดศัตรูพืช และรังสีที่เพิ่มการผลิตอนุมูลอิสระ และเพิ่มอัตราการความเสียหาย (Touhy & Jett, 2020; Eliopoulos, 2022; Mauk, 2023)

อนุมูลอิสระเป็นสายพันธุ์ทางเคมีที่เกิดขึ้นจากอะตอมในรูปของอิเล็กตรอนโมเลกุลเดี่ยวที่เป็นอิสระจึงสามารถเข้าทำปฏิกิริยากับโมเลกุลอื่นที่ไม่เสถียร (Reactive molecules) ได้ง่าย โดยเฉพาะตามเยื่อหุ้มเซลล์และกรดนิวคลีอิกที่มีประจุไฟฟ้าที่เกิดจากการเผาผลาญออกซิเจนตามปกติหรือการเกิดออกซิเดชันของโอโซน สารกำจัดศัตรูพืช มลพิษ ควันบุหรี่ ตัวทำละลายอินทรีย์ (Organic solvents) โอโซน (Ozone) รังสี และยาบางชนิด โดยการแทนที่โมเลกุลของเซลล์ปกติให้กลายเป็นโมเลกุลผิดปกติทำให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรมและการเสื่อมสภาพของร่างกายจากความเสียหายของโมเลกุลที่สะสมอยู่ตลอดเวลา มีการสะสมความเสียหายของไมโทคอนเดรีย DNA ด้วยการทำลายของผนังเซลล์ทำให้เกิดการสูญเสียหรือการมีมากเกินไปของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ นอกจากนี้ อนุมูลอิสระเกิดขึ้นเมื่อร่างกายใช้ออกซิเจน เช่น การออกกำลังกาย อนุมูลอิสระจะทำปฏิกิริยากับโปรตีน ไขมัน Deoxyribonucleic acid (DNA) และ Ribonucleic acid (RNA) ทำให้เซลล์เกิดความเสียหายสะสมและเร่งการสูงอายุนั้น โดยทำให้เกิดความเสียหายของเซลล์ต่อ DNA ซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งและเร่งอายุเนื่องจากการปรับเปลี่ยน Oxidative ของโปรตีนที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์ เกิดออกซิเดชันของไขมันที่ทำลายฟอสโฟลิปิด (Phospholipids) ในเยื่อหุ้มเซลล์มีผลต่อการซึมผ่านของเยื่อหุ้มเซลล์ และเกิดการแตกตัวของดีเอ็นเอและการดัดแปลงเบสที่ทำให้เกิดการดัดแปลงของยีนด้วย (Eliopoulos, 2022)

อนุมูลอิสระสามารถสร้างเซลล์ที่อุดมไปด้วยไขมันและโปรตีนที่เรียกว่าไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) ที่เป็นภัยคุกคามต่อระบบเซลล์หลายระบบซึ่งนำไปสู่การตายของเซลล์ (Touhy & Jett, 2020)

3) ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) หรือไลโปฟุสซิน (Lipofuscin theory) นอกจากอนุมูลอิสระแล้วนั้น ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของไลโปฟุสซินหรือ Age pigments มีบทบาทที่คล้ายกันกับอนุมูลอิสระ ไลโปโปรตีนเป็นผลิตภัณฑ์จากการออกซิเดชันของไขมันไม่อิ่มตัว เมื่อไลโปฟุสซินมีการสะสมจะรบกวนการกระจายและการขนส่งของสารที่จำเป็นในการเผาผลาญและการส่งข้อมูลภายในเซลล์ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอายุของแต่ละบุคคลกับปริมาณของไลโปฟุสซินในร่างกาย มีแนวโน้มของการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น หลอดเลือดตีบแข็ง หลอดเลือดหดเกร็ง มะเร็ง การบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อมข้ออักเสบ การกำเริบของโรคหัวใจ ผิวหนังอักเสบ การทำลายของม่านตา และโรคปริทันต์อักเสบ (Eliopoulos, 2022)

4) ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and Tear theories) เป็นการเปรียบเทียบการสึกกร่อนของร่างกายกับเครื่องจักรที่สูญเสียความสามารถในการทำงานเมื่อถูกใช้งานเป็นระยะเวลายาวนาน ทฤษฎีนี้ระบุว่าเมื่อมีข้อผิดพลาดของเซลล์ที่เพิ่มขึ้นในระหว่างการสืบพันธุ์กับการ

สูงอายุมาจากการที่ผู้สูงอายุใช้ร่างกายอย่างต่อเนื่องและเกิดการบาดเจ็บซ้ำ ๆ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงเมื่อใช้งานเป็นเวลานานและร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น การสูบบุหรี่ การขาดสารอาหาร การใช้สารเสพติด รวมถึงความเครียดที่มีต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ นำไปสู่ปัญหาแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจกำเริบ ต่อมไทรอยด์อักเสบ และผิวหนังอักเสบ (Eliopoulos, 2022; Mauk, 2023)

เมื่อเวลาผ่านไป การเปลี่ยนแปลงสะสมที่เกิดขึ้นในเซลล์และความเสียหายในการเผาผลาญของเซลล์ จนกระทั่งเซลล์ไม่สามารถซ่อมแซม DNA ที่เสียหายเช่นเดียวกับในเซลล์ที่แก่ เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อโครงร่าง และสมองที่ไม่สามารถสร้างทดแทนได้ หลังจากถูกทำลายโดยการสึกกร่อน มีการคาดว่า การเสื่อมสลายหรือการสึกกร่อน (Wear and tear) เกิดจากการออกกำลังกายที่อาจเร่งการสูงอายุโดยเพิ่มการผลิตอนุมูลอิสระ (Mauk, 2023) ตัวอย่างของทฤษฎีการสึกกร่อน เช่น การเดินด้วยไม้เท้าหรือวอล์กเกอร์ บางคนจะมีออกซิเจนติดตัว บางคนควรออกกำลังกายมากขึ้นจากเก้าอี้ เช่นเดียวกับเครื่องจักรที่ทุกส่วนเสื่อมสภาพหรือมีประสิทธิภาพลดลง ข้อเข่าถูกผ่าตัดเปลี่ยนเป็นข้อเทียมแทนเนื่องจากกระดูกอ่อนกลายเป็นโรคข้ออักเสบ สะโพกหัก เพราะมวลกระดูกลดลงหรือขาดความสมดุลนำไปสู่การผิดกหลัก ข้อผิดพลาดเหล่านี้เป็นแบบสุ่มและคาดเดาไม่ได้ แต่สามารถทำความเข้าใจเพื่อช่วยให้เกิดการยอมรับความเป็นผู้สูงอายุ ที่อาจจะเดินช้า การฟังหรือการได้ยินลดลง ต้องหยุดพักทำกิจกรรมให้ช้าลงเพื่อความปลอดภัย หากมีความเข้าใจและยอมรับทฤษฎีนี้จะสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ (Touhy & Jett, 2020)

5) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) แสดงให้เห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไปเซลล์จะสะสมข้อผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน DNA และ RNA ที่เป็นสาเหตุทำให้เซลล์ตาย ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบสุ่มสามารถทำให้เกิดข้อผิดพลาดกับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มากที่สุด ซึ่งรังสีเอกซ์ (X-ray radiation) จำนวนมากก่อให้เกิดความผิดปกติของโครโมโซม ดังนั้น ทฤษฎีนี้เสนอว่าการสูงอายุจะไม่เกิดขึ้นหากปัจจัยทำลาย เช่น รังสีไม่มีอยู่และก่อให้เกิดสาเหตุการกลายพันธุ์และความผิดปกติของโรคหรือการเจ็บป่วย ทฤษฎีความผิดพลาดยังเสนอการกำหนดทางพันธุกรรมสำหรับการสูงอายุ คือ การกลายพันธุ์ทางพันธุกรรมเป็นความรับผิดชอบต่อการสูงอายุ โดยทำให้อวัยวะทำงานลดลงอันเป็นผลมาจากการกลายพันธุ์ของเซลล์ตัวมันเองไม่จบสิ้น (Self-perpetuating) (Mauk, 2023)

6) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary theories) เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและการตั้งสมมติฐานที่ว่าความแตกต่างในกระบวนการสูงอายุและการอายุยืนยาวของแต่ละสายพันธุ์เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการกลายพันธุ์และการคัดเลือกโดยธรรมชาติ การกำหนดความสูงอายุให้กับกระบวนการคัดเลือกโดยธรรมชาติเชื่อมโยงกับสิ่งที่สนับสนุนการมี

วิวัฒนาการ มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับวิวัฒนาการ ได้แก่ ทฤษฎีการสะสมการกลายพันธุ์ (Mutation accumulation theory) แสดงให้เห็นว่าความสูงอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากพลังที่ลดลงของการคัดเลือกโดยธรรมชาติกับความสูงอายุ การกลายพันธุ์ทางพันธุกรรมที่ปรากฏในช่วงปลายชีวิตจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุส่งผ่านการกลายพันธุ์เหล่านี้ไปยังลูกหลานเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (Eliopoulos, 2022)

4.1.2 ทฤษฎีที่ไม่สุ่ม (Nonstochastic theories)

ทฤษฎีที่ไม่สุ่มถูกสร้างขึ้นในมุมมองของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับพันธุศาสตร์หรือนาฬิกาชีวภาพที่ชี้ให้เห็นว่าการสูงอายุมีแนวโน้มที่พัฒนาและเป็นผลมาจากกระบวนการที่มีโครงสร้างที่ซับซ้อนที่ไม่ใช่เหตุการณ์แบบสุ่ม

1) ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed theory) หรือการตายของเซลล์ (Apoptosis) การตายของเซลล์เป็นกระบวนการหรือกลไกที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดชีวิตจากเหตุการณ์ทางชีวเคมี (Eliopoulos, 2022) เซลล์จะมีการหดตัว มีการแยกส่วนของนิวเคลียสและ DNA แม้ว่าเยื่อหุ้มเซลล์จะยังคงความสมบูรณ์อยู่ ซึ่งแตกต่างจากการตายของเซลล์ที่เกิดจากการบาดเจ็บที่มีการบวมของเซลล์และการสูญเสียความสมบูรณ์ของเยื่อหุ้มเซลล์ ตามทฤษฎีนี้การตายของเซลล์จะถูกตั้งโปรแกรมไว้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาปกติที่ดำเนินไปตลอดชีวิต แม้ว่าจะยังไม่ทราบว่า การตายของเซลล์เริ่มต้นจากเหตุการณ์ใด แต่มีมุมมองว่า Fibroblast senescence เกี่ยวข้องกับการหายของแผลและการรักษาแผลเรื้อรัง อัตราการตายของเซลล์ที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ เมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งเซลล์จะเริ่มทำลายตนเองหรือหยุดการแบ่งตัว ดังนั้น โครงสร้างพื้นฐานของเซลล์จะตระหนักถึงการไม่สามารถแบ่งตัวนี้และกระตุ้นการตายของเซลล์ทำให้สามารถสันนิษฐานได้ว่าเซลล์มีจำนวนครั้งของการทำซ้ำหรือเวลาที่กำหนดไว้เพราะการตัดทอนของเทโลเมียร์ (Telomere) ซึ่งอยู่ส่วนปลายของแขนโครโมโซม ทฤษฎีการตายของเซลล์ที่ตั้งโปรแกรมนี้มักกล่าวถึง เอนไซม์เทโลเมอเรส (Telomeres) ที่เรียกว่า "น้ำพุแห่งความเยาว์วัยของเซลล์" ช่วยให้เซลล์ของมนุษย์สามารถทำซ้ำได้นานที่สุดในช่วงเวลาที่หยุดการแบ่งตัว ความยาวเทโลเมียร์เป็นสิ่งสำคัญของโรคทางพันธุกรรมและโรคเมเร็ง เทโลเมอเรสที่สั้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพเมื่อสูงอายุ ความยาวของเทโลเมียร์อาจส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกัน อายุที่ยืนยาว และสุขภาพโดยรวมด้วย โรคอ้วนทำให้ระยะเวลาในเทโลเมียร์ลดลงเร็วขึ้น ความเครียดทางอารมณ์ที่มากเกินไปส่งผลต่อระดับสารต้านอนุมูลอิสระที่เพิ่มการเกิดออกซิเดชันและการตัดทอนเทโลเมอเรสก่อนวัยอันควร แต่ละเทโลเมียร์จะมีความยาวสูงสุดก่อนที่จะได้สิ้นอายุ หมายความว่าเทโลเมียร์มี "นาฬิกาชีวภาพ" (Touhy & Jett, 2020)

2) ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theories) หรือทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Biological clock theory) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมที่นำไปสู่การตรวจสอบตนเองและสมาชิกในครอบครัวว่าการได้รับการสืบทอดลักษณะทางพันธุกรรม เช่น สีตา สีผม ความสูง และ

ขนาดร่างกายมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งอาจมีสิ่งอื่นอีกจำนวนมากที่สืบทอดมาด้วย เช่น ความสามารถทางดนตรีหรือการกีฬา การที่ร่างกายมีการสูงอายุนั้นเป็นผลทางกรรมพันธุ์นั้นคือหากพ่อแม่และปู่ย่าตายายมีชีวิตอยู่นานเท่าใดเราจะมีอายุอยู่ไม่เกินกว่านั้น หมายความว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมกับโปรแกรมพันธุกรรมที่กำหนดอายุขัยไว้ล่วงหน้า โปรแกรมทางพันธุกรรม (Genetic program) หรือนาฬิกาชีวภาพ (Biological clock) ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าตลอดช่วงชีวิต (Life span) แต่ละเซลล์หรือสิ่งมีชีวิตทั้งหมดมีรหัสอายุที่โปรแกรมพันธุกรรมถูกเก็บไว้ใน DNA ประกอบด้วย อิทธิพลทางพันธุกรรมที่ทำนายสภาพร่างกาย การเกิดโรค สาเหตุและการสูงอายุนั้น และความตาย และปัจจัยอื่นที่มีส่วนทำให้อายุยืนยาวหรืออายุสั้น (Mauk, 2023)

3) ปฏิกริยาภูมิคุ้มกัน (Autoimmune Reactions) หรือทฤษฎีภูมิคุ้มกัน/ภูมิคุ้มกันอัตโนมัติ (Immunologic/Autoimmune theory) อธิบายกระบวนการสูงอายุดังกล่าวของมนุษย์เกี่ยวกับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ มีการทำงานของภูมิคุ้มกันที่ลดลงในผู้สูงอายุ อวัยวะหลักของระบบภูมิคุ้มกันคือต่อมไทมัสขนาดและความสามารถในการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงมีความไวต่อการติดเชื้อและการเกิดมะเร็ง มีการสูญเสีย T-cell ทำให้ร่างกายรับรู้เซลล์เก่าผิดพลาดว่าเป็นความผิดปกติ เป็นสิ่งแปลกปลอมและโจมตีอย่างไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลต่อการลดลงในการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ล่าช้า เช่น ความล่าช้าในการลดความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน และการลดความต้านทานต่อความเสียหายของเซลล์เนื้อเยื่อ เซลล์ต้นกำเนิดไขกระดูกทำงานได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การติดเชื้อและโรคมะเร็งจำนวนมากเมื่อสูงอายุ (Eliopoulos, 2022; Mauk, 2023) นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มขึ้นของ Autoantibodies บางอย่าง เช่น ปัจจัยข้ออักเสบรูมาตอยด์ และการสูญเสีย Interleukins ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มโอกาสของผู้สูงอายุในการพัฒนาเป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเอง เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในขณะที่เดียวกันความต้านทานต่อเซลล์มะเร็งจะลดลงตามอายุ ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อในร่างกาย (Mauk, 2023)

4) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine and Neurochemical theory) อธิบายการเปลี่ยนแปลงในสมองและต่อมไร้ท่อในการหลั่งฮอร์โมน เช่นเดียวกับกับการหลั่งฮอร์โมนของไฮโปทาลามัส และกระตุ้นฮอร์โมนของต่อมใต้สมอง ซึ่งจัดการต่อมไทรอยด์ พาราไทรอยด์ และต่อมหมวกไต มีความเชื่อว่าฮอร์โมนต่อมใต้สมองส่วนหน้าส่งเสริมให้เกิดการสูงอายุนั้น และความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองทำให้การแบ่งเซลล์ที่ตีความบกพร่องทั่วร่างกาย (Eliopoulos, 2022; Mauk, 2023) ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุนั้น ได้แก่ เอสโตรเจน ทำให้กระดูกบาง ฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth hormone) เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ฮอร์โมนจะกระตุ้นการปล่อยปัจจัยการเจริญเติบโต เช่น อินซูลินที่ผลิตโดยตับ และเมลาโทนินที่ผลิตโดยต่อมไพเนียลที่รับผิดชอบในการประสานการปรับตัวตามฤดูกาลในร่างกาย

4.2 ทฤษฎีจิตสังคมวิทยาของความสูงอายุ (Psychosocial theories of aging)

ทฤษฎีจิตสังคมวิทยาอธิบายความสูงอายุในแง่พฤติกรรม บุคลิกภาพ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การพัฒนามุมมองว่าคุณลักษณะ กระบวนการชีวิตที่ยืนยาวด้วยการเปลี่ยนแปลงช่วงชีวิตต่าง ๆ กระบวนการทางจิต อารมณ์ทัศนคติ แรงจูงใจ และบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อความต้องการทางร่างกายและสังคม โดยพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ และสถานะภายในวัฒนธรรมหรือสังคมส่งผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับตัวได้อย่างไร บรรทัดฐานทางสังคมสามารถส่งผลกระทบต่ออารมณ์เห็นบทบาทและหน้าที่ของตนเองในสังคม และส่งผลกระทบต่อทางเลือกบทบาทรวมถึงการประกาศใช้บทบาท (Mauk, 2023)

4.2.1 ทฤษฎีการสูงอายุด้านสังคมวิทยา (Sociologic theories of aging)

ทฤษฎีด้านสังคมวิทยากล่าวถึงผลกระทบของสังคมต่อผู้สูงอายุที่มักสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่พัฒนาขึ้นแล้ว บรรทัดฐานของสังคมส่งผลกระทบต่ออารมณ์บทบาทและความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ

1) ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement theory) พัฒนาโดยอีเลน คัมมิง และวิลเลียม เฮนรี (Cumming & Henry, 1961 cited in Eliopoulos, 2022) ซึ่งตรงกันข้ามกับทฤษฎีบทบาท (Role theory) และทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) การถดถอยเป็นกระบวนการที่สังคมและบุคคลค่อย ๆ ถอนตัวหรือถอยห่างออกจากกันเพื่อความพึงพอใจและผลประโยชน์ร่วมกันของทั้งสองฝ่าย ประโยชน์ที่ได้รับต่อบุคคล คือ สามารถไตร่ตรองและได้อยู่กับตัวเองจากการที่มีอิสระจากบทบาททางสังคม คุณค่าของความหลุดพ้นจากสังคม คือ วิธีการที่เป็นระเบียบเพื่อการถ่ายโอนอำนาจจากผู้สูงอายุสู่คนหนุ่มสาวทำให้สังคมสามารถทำงานต่อไปได้หลังจากสมาชิกแต่ละคนตายไป อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้ไม่ได้ระบุว่าสังคมหรือบุคคลเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการถดถอย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังต้องการที่จะยังคงมีส่วนร่วมในสังคม แต่ผู้สูงอายุบางคนอาจต้องการถอยออกจากกระแสหลักของสังคมเนื่องจากสุขภาพส่วนบุคคล การปฏิบัติทางวัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม และปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วมในสังคมของบุคคลในช่วงชีวิตตอนท้าย ซึ่งนักวิจัยทฤษฎีจึงมีมุมมองว่าทฤษฎีถดถอยนี้ไม่ได้มีความจำเป็นหากสังคมมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเศรษฐกิจ ให้การยอมรับ สร้างโอกาสและความเคารพต่อผู้สูงอายุ (Mauk, 2023)

การถอนตัวหรือถอยออกจากสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและควรเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปเพื่อถ่ายโอนอำนาจไปยังคนรุ่นใหม่ การถ่ายโอนมีความจำเป็นสำหรับการรักษาสมดุลทางสังคม เมื่อพนักงานสูงอายุถูกแทนที่ด้วยคนที่อายุน้อยกว่า ปัจจุบันการถอนตัวหรือถอยออกของผู้สูงอายุไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) ซึ่งผู้สูงอายุควรถอยจากสังคมและความสัมพันธ์อย่างค่อยเป็นค่อยไปเพื่อทำหน้าที่ในการรักษาความสมดุลทางสังคม มีอิสระจากความรับผิดชอบต่อสังคมและได้รับเวลาในการไตร่ตรองภายในตนเอง ในขณะที่การ

เปลี่ยนความรับผิดชอบจากวัยผู้สูงอายุไปเป็นหนุ่มสาวแทนนั้นจะช่วยส่งเสริมการทำงานของสังคม โดยไม่หยุดชะงักจากการสูญเสียสมาชิก ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีแนวโน้มของการตอบสนองต่อการ ถดถอยออกจากสังคมสูงกว่าช่วงวันอื่นเนื่องจากเป็นช่วงอายุที่ไม่ต้องทุ่มเทเวลาในการทำงานอดิเรก ตามที่วางแผนไว้สำหรับอนาคต การทำและการสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ และการดูแลผู้อื่น (Touhy & Jett, 2020)

2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ตรงกันข้ามกับทฤษฎีการถดถอย ทฤษฎีนี้อ้างว่าผู้สูงอายุควรดำเนินชีวิตแบบช่วงวัยผู้ใหญ่ ปฏิเสธการดำรงอยู่อย่างวิถีผู้สูงอายุให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสังคมควรใช้บรรทัดฐานกับผู้สูงอายุเช่นเดียวกันกับตอนวัยผู้ใหญ่ และไม่สนับสนุนการลดกิจกรรมลง ไม่ลดความสนใจในการมีส่วนร่วมในสังคมเมื่อเป็นผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2022) ทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นหนทางวิธีการคงไว้ซึ่งกิจกรรมในขณะที่มีการปรากฏของการเปลี่ยนแปลง จากกระบวนการสูงอายุ รวมถึงการแทนที่กิจกรรมทางปัญญาสำหรับกิจกรรมทางกายเมื่อความสามารถทางกายลดลง แทนที่บทบาทการทำงานกับบทบาทอื่นเมื่อเกษียณอายุ และการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่เมื่อเป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีการสูญเสียสุขภาพที่ดี สูญเสียบทบาท รายได้ลดลง กลุ่มเพื่อนที่ลดลง และอุปสรรคอื่นในการคงชีวิตที่ระดับกระแจะไว้จะถูกต่อต้านและไม่ได้รับการยอมรับ (Mauk, 2023)

ข้อดีของทฤษฎีนี้ คือ การทำกิจกรรมจะช่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการมีความกระฉับกระเฉงอย่างต่อเนื่องจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและสังคม เนื่องจากมุมมองเชิงลบของสังคมเกี่ยวกับการไม่ทำกิจกรรม สำหรับปัญหาของทฤษฎีกิจกรรม คือ ข้อสันนิษฐานที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปรารถนาและสามารถคงวิถีชีวิตของคนวัยกลางคนไว้ได้ ผู้สูงอายุบางคนต้องการให้โลกของพวกเขาหดตัวเพื่อรองรับความสามารถที่ลดลงหรือบทบาทที่น้อยลง ผู้สูงอายุจำนวนมากขาดทรัพยากรทางร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจเพื่อคงบทบาทที่ระดับกระแจะ ในสังคม (Eliopoulos, 2022; Mauk, 2023) การขาดการมีกิจกรรมส่งผลเสียต่อตนเองและการรับรู้คุณภาพชีวิตและแรงความสูงอายุ กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ เช่น การพบปะเพื่อน ๆ เพื่อรับประทานอาหารหรือทำงานอดิเรกผ่านกิจกรรมกลุ่มที่สร้างความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากิจกรรมที่เป็นทางการหรือกิจกรรมที่ทำคนเดียว ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่มีความสำคัญแม้จะมีข้อจำกัด ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการรักษาวิถีชีวิตที่ระดับกระแจะซึ่งคาดว่ากิจกรรมของชีวิตในวัยผู้ใหญ่จะถูกแทนที่ด้วยการแสวงหาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมในชีวิตตอนสูงอายุ สรุป คือ ทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าเป็น การดีที่จะคงความกระฉับกระเฉงเหมือนคนหนุ่มสาวดีกว่าการไม่กระฉับกระเฉง (Touhy & Jett, 2020)

3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) อธิบายว่าจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งบุคลิกภาพพื้นฐานและรูปแบบพฤติกรรม หรือเรียกว่าทฤษฎีการพัฒนา (Developmental theory) ที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ (Eliopoulos, 2022) บุคลิกภาพและรูปแบบพื้นฐานของพฤติกรรมจะไม่เปลี่ยนแปลง เช่น กิจกรรมที่เคยทำตอนอายุ 20 ปี อาจจะเป็นกิจกรรมที่คล้ายกับตอนอายุ 70 ปี ผู้สูงอายุเป็นคนที่โกร่ง่ายเมื่ออายุ 20 ปี ก็จะเป็นคนที่โกร่ง่ายเมื่ออายุ 70 ปี เช่นเดียวกับครูที่จะหาวิธีที่จะสอนต่อไปเมื่ออายุมากขึ้น แม้ที่จะหาหนทางในการคงความเป็นแม่ต่อไปด้วยการเลี้ยงดูหลาน นักดนตรีจะเล่นดนตรีต่อไปและนักกีฬาจะยังคงพยายามที่จะชนะให้ได้ต่อไป ในขณะที่เด็กที่บรรลุนิติภาวะอาจจะไม่ได้ทำงานในกระแสหลักของสังคมเมื่ออายุมากขึ้น รูปแบบการพัฒนาตลอดชีวิตจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นยังคงมีส่วนร่วมและกระตือรือร้นหรือถดถอยหรือไม่ได้ทำงาน ซึ่งการรับรู้ว่าคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลทำให้มีการปรับให้เข้ากับ ความสูงอายุและศักยภาพที่มีอยู่หลากหลาย หมายความว่า กิจกรรมที่ทำในวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่วางรากฐานสำหรับวัยผู้สูงอายุในอนาคต (Eliopoulos, 2022; Mauk, 2023)

4) ทฤษฎีวิวัฒนธรมย่อย (Subculture theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นวัฒนธรรมย่อยในแง่มานุษยวิทยา มีบรรทัดฐานและมาตรฐานทางวัฒนธรรมเป็นของตนเอง เกิดการรวมกลุ่มคนที่มีความเชื่อ ความคาดหวัง พฤติกรรม นิสัย และปัญหาในลักษณะเดียวกัน ที่นำไปสู่ความเข้าใจความแตกต่างและความต้องการของผู้สูงอายุ แม้ในกลุ่มเดียวกันจะมีความเชื่อเหมือนกันแต่ในความคล้ายคลึงกันจะมีความไม่เหมือนกันทั้งหมดจากความเป็นปัจเจกบุคคล (Eliopoulos, 2022) การก่อตัวของวัฒนธรรมย่อย คือ การตอบสนองต่อทัศนคติเชิงลบของสังคม เป็นเชิงป้องกันที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับในกลุ่มอายุเดียวกัน เป็นการสร้างขีดความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการเคารพสิทธิและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยจำนวนกลุ่มวัฒนธรรมย่อยจะมากขึ้นอยู่กับความหลากหลายของประชากรผู้สูงอายุ แม้ว่าวัฒนธรรมย่อยนี้จะแยกผู้สูงอายุออกจากส่วนที่เหลือของสังคม แต่ผู้สูงอายุก็ชอบที่จะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Mauk, 2023)

5) ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age Stratification theory) แสดงให้เห็นว่าสังคมมีการแบ่งเป็นชั้นตามกลุ่มอายุ (Eliopoulos, 2022) คนที่อยู่ในกลุ่มอายุที่คล้ายกันมักมีประสบการณ์ความเชื่อ ทัศนคติ และการเปลี่ยนผ่านในชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งกลุ่มอายุใหม่จะถูกสร้างขึ้นอย่างต่อเนื่องกับการเกิดของบุคคลใหม่ ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสังคมและประชากรสูงอายุจึงเป็นไปอย่างมีพลวัต โดยแต่ละกลุ่มอายุจะมีประสบการณ์ที่เป็นเอกลักษณ์ มีอิทธิพลต่อสังคม มีการพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างสังคมกับกลุ่มอายุ (Mauk, 2023) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในแต่ละบุคคล กลุ่มคนรุ่นเดียวกัน และในสังคม การแบ่งหมวดหมู่อายุที่แตกต่างกันของสังคมเป็นพื้นฐานสำหรับการได้รับทรัพยากร บทบาท สถานะ และการยอมรับจากผู้อื่นในสังคม นอกจากนี้กลุ่มวัยเดียวกันยังได้รับอิทธิพลจากบริบททางประวัติศาสตร์ที่กลุ่มคนเหล่านั้นอาศัยอยู่ ดังนั้น กลุ่มอายุและบทบาทที่

สอดคล้องกันจึงแตกต่างกันไปตามรุ่นวัย คนที่เกิดในกลุ่มวัยเดียวกันที่มีประสบการณ์คล้ายกันมักมีความหมายที่ใช้ร่วมกัน มีอุดมการณ์ ทิศทาง ทศนคติและค่านิยมเช่นเดียวกับความคาดหวังเกี่ยวกับช่วงเวลาของการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต บุคคลในรุ่นต่าง ๆ มีประสบการณ์ที่แตกต่างกันซึ่งอาจทำให้มีเส้นทางชีวิตที่แตกต่างกัน การนำทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุในการพัฒนากรอบการทำงานเพื่อทำความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมใดที่จำเป็นในการลดภาระของสังคมจากกลุ่มผู้สูงอายุในแง่ของความต้องการการดูแลในระยะต่าง ๆ เพื่ออธิบายสถานะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเนื่องจากความแตกต่างระหว่างกลุ่มคน โดยสรุป ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่าสามารถเข้าใจการสูงอายุได้ดีที่สุดโดยพิจารณาจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน ความสำคัญของความคล้ายคลึงกันนั้นจะต้องมากกว่าความแตกต่างที่มีอยู่ภายในกลุ่มเดียวกัน ตัวอย่างของการแบ่งชั้นอายุที่เป็นแนวคิดแบบดั้งเดิม คือ "ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old)" ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle-old) และ "ผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old)" (Touhy & Jett, 2020)

4.3 ทฤษฎีการสูงอายุด้านจิตวิทยา (Psychological theories of aging)

ทฤษฎีด้านจิตวิทยาพยายามอธิบายและทำนายการเปลี่ยนแปลงในชีวิตวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ โดยเน้นการปรับตัวที่บ่งชี้ถึงความสำเร็จที่การสูงอายุถูกตีความเป็นรายบุคคลมากกว่าจากสังคมหรือวัฒนธรรม (Touhy & Jett, 2020)

4.3.1 ทฤษฎีบทบาท (Role theory) อธิบายวิธีปรับตัวให้เข้ากับการสูงอายุ เชื่อว่าอัตลักษณ์ส่วนตัว (Self-identity) ถูกกำหนดโดยบทบาททางสังคม เช่น พยาบาล ครู อาจารย์ นักธนาคาร เมื่อบุคคลพัฒนาผ่านช่วงต่าง ๆ ในชีวิตแล้ว บทบาทที่เสร็จสมบูรณ์จะถูกแทนที่ด้วยบทบาทอื่นด้วยการเปรียบเทียบคุณค่ากับบุคคลและสังคม เช่น บทบาทของงานที่ได้รับค่าจ้างจะถูกแทนที่ด้วยงานอาสาสมัคร หรือพ่อแม่กลายเป็นปู่ย่าตายาย ความสามารถของแต่ละบุคคลในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นตัวทำนายการปรับตัวในการสูงอายุ (Touhy & Jett, 2020) การดำเนินการในปรากฏการณ์ของบรรทัดฐานการสูงอายุด้วยการสร้างความคาดหวังทางวัฒนธรรมของสิ่งที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับได้ในสังคมและภายในตัวของบุคคลเอง บรรทัดฐานของการสูงอายุตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าอายุและเพศที่บ่งบอกถึงบทบาทในตัวเองตามลำดับเวลา เช่น อาจเคยได้ยิน "ถ้าเพียงแสดงความสูงอายุ" หรือ "คุณกระทำ พุด ประพฤติเหมือนคนแก่เช่นนั้น" หรือ "นั่นคือไม่เหมาะสมกับผู้หญิงในวัยคุณ" ในแต่ละตัวอย่างเหล่านี้ พฤติกรรมทำลายบรรทัดฐานการสูงอายุที่ยอมรับกันมานานสำหรับบุคคลวัยผู้ใหญ่ผิวขาวและผู้สูงอายุ ด้วยการสูงอายุกลุ่ม "เบบี้บูมเมอร์" วัฒนธรรมที่เป็นสมัยนิยมจึงเป็นสิ่งทำลายในยุคสมัย เช่น จากโฆษณาน้ำมันหล่อลื่นอวัยวะเพศที่มีนักแสดงที่มีผมหยอกไปจนถึงข่าวการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ "ผู้สูงอายุ" ถูกวาดภาพว่ายังมีเพศสัมพันธ์อยู่ ภาพเหล่านี้แทนที่มุมมองทางประวัติศาสตร์ที่บุคคลไม่มีเพศสัมพันธ์ (Asexual) เมื่อสูงอายุ (Touhy & Jett, 2020)

4.3.2 การพัฒนาหน้าที่ (Developmental Tasks) หรือทฤษฎีขั้นตอนการพัฒนาบุคลิกภาพ (Stage of personality development theory) อธิบายขั้นตอนที่มนุษย์จะมีการพัฒนาภารกิจหรืองานเฉพาะที่กำหนดไว้ล่วงหน้าตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุที่มีความท้าทายหรืองานที่ต้องเผชิญในแต่ละขั้นตอน ความท้าทายในวัยผู้สูงอายุคือการยอมรับและค้นหาความหมายในชีวิตที่มีอยู่ สิ่งนี้ทำให้เกิดความสมบูรณ์หรือความพอใจในตนเองที่จะช่วยปรับตัวและรับมือกับความเป็นจริงของการสูงอายุและการเสียชีวิต ความรู้สึกโกรธ ขมขื่น ซึมเศร้า และความไม่พอใจอาจส่งผลให้เกิดการสิ้นหวัง หากผู้สูงอายุสามารถหาความหมายในชีวิตได้จะมีความพึงพอใจในการปรับตัวและจัดการกระบวนการสูงอายุ หากไม่พึงพอใจในตนเองผู้สูงอายุจะโกรธ หดหู่ รู้สึกสิ้นหวัง (Mauk, 2023)

อิริคสัน (Erickson, 1963 cited in Touhy & Jett, 2020) มองว่าระยะท้ายของชีวิตเป็นจุดได้เปรียบที่สามารถมองย้อนกลับไปด้วยความพึงพอใจหรือความสิ้นหวังในชีวิต การประสบความสำเร็จในขั้นตอนนี้คือการมองย้อนกลับไปด้วยความเสียใจน้อยที่สุดและความรู้สึกพึงพอใจทำให้เกิดการบรรลุทางปัญญาแม้ในเวลาใกล้ตาย ผู้สูงอายุจะปล่อยวาง ยอมรับการดูแลของผู้อื่น การแยกจากชีวิต และการปฏิเสธทางร่างกายและจิตใจ เพค (Peck, 1968 cited in Eliopoulos, 2022) ได้ปรับปรุงขั้นของความพอใจในตนเองกับความสิ้นหวังของอิริคสันในขั้นตอนที่แปดของการพัฒนา มี 3 ความท้าทายที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของความสมบูรณ์หรือความพอใจในตนเอง (Ego integrity) หรือความสิ้นหวัง (Despair)

4.3.3 ทฤษฎีเหนือความสูงอายุ (Gerotranscendence) สนองว่าผู้สูงอายุจะเปลี่ยนผ่านการรู้คิด (Cognitive) จากมุมมองที่เป็นรูปธรรมหรือวัตถุ (Materialistic) และมีเหตุผล (Rational) ไปสู่วิสัยทัศน์ของจักรวาลและที่เหนือธรรมชาติ ลักษณะของการเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จรวมถึงการมุ่งเน้นภายนอก ยอมรับการตายที่กำลังใกล้เข้ามาโดยไม่กลัว ทฤษฎีนี้ยึดมาจากทฤษฎีการถดถอย แต่ไม่ยอมรับความคิดว่าการถดถอยทางสังคมเป็นการพัฒนาที่จำเป็นและเป็นธรรมชาติ กิจกรรมและการมีส่วนร่วมต้องเป็นผลลัพธ์ของตัวเลือกจากตัวเอง ซึ่งแตกต่างจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง การควบคุมชีวิตของทุกคนในทุกสถานการณ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปรับตัวของบุคคลให้เข้ากับความสูงอายุโดยรวม (Eliopoulos, 2022) เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความกังวลน้อยลงเกี่ยวกับร่างกาย การครอบครองวัตถุสิ่งของ ความสัมพันธ์ที่ไร้ความหมาย ความสนใจแต่ตนเอง ถูกแทนที่ด้วยความต้องการชีวิตที่มีความสำคัญและมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นมากขึ้น มีความปรารถนาที่จะแสดงบทบาทและใช้เวลาในการค้นหาแง่มุมที่ซ่อนอยู่ของตัวเอง แนวคิดนี้บ่งชี้ว่าการสูงอายุเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนไปสู่ความกังวลน้อยที่สุดเกี่ยวกับการครอบครองทรัพย์สิน ความสัมพันธ์ที่ไร้ความหมาย (ฉาบฉวย) และผลประโยชน์ของตนเอง (สนใจแต่ตนเองหรือเห็นแก่ตัว) ผู้ที่มีภาวะเหนือการสูงอายุจะมีความพึงพอใจกับชีวิตที่นำไปสู่ความหวังว่าจะมีชีวิตที่สมบูรณ์ตลอดช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (Mauk, 2023) ทฤษฎีนี้คล้ายกับทฤษฎีการถดถอยแต่เหตุผลไม่ได้มีไว้สำหรับ

ความต้องการทางสังคม แต่เพื่อให้เวลาบุคคลสะท้อนตนเอง การสำรวจภายในตัวตน ไตร่ตรอง ความหมายของชีวิตและออกจากโลกแห่งวัตถุ (Touhy & Jett, 2020)

4.3.4 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ (Human needs theory) ทฤษฎีนี้ Maslow อธิบายว่าลำดับขั้นของความต้องการ 5 ประการเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมมนุษย์ ได้แก่ สรีรวิทยา ความปลอดภัยและความมั่นคง ความรักและความเป็นเจ้าของ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความสมบูรณ์ในชีวิต ความต้องการเหล่านี้ถูกจัดลำดับความสำคัญ เช่น ความต้องการพื้นฐาน เหมือนกับการทำงานทางสรีรวิทยาหรือความปลอดภัยนั้นมีความสำคัญมากกว่าความต้องการส่วนบุคคล (ความรักและความเป็นเจ้าของ การเห็นคุณค่าในตนเองและความสมบูรณ์ในชีวิต แม้ว่า Maslow จะไม่ได้กล่าวถึงวัยผู้สูงอายุโดยตรงแต่การมีข้อจำกัดทางกาย เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมจะสามารถขัดขวางความต้องการของผู้สูงอายุ ความล้มเหลวในการเติบโตจะนำไปสู่ความรู้สึกล้มเหลว ซึมเศร้า และการรับรู้ที่ชีวิตไม่มีความหมาย ในการพยาบาลมีการใช้ทฤษฎีนี้ เชื่อมโยงกับงานด้านผู้สูงอายุที่อธิบายความต้องการขั้นพื้นฐานโดยใช้ลำดับขั้น (Maslow's hierarchy) เพื่อสร้างรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะเพื่อพยายาม เชื่อมโยงความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุทุกคนเข้ากับความต้องการที่เป็นสากลมากกว่าความต้องการ พิเศษ รูปแบบถูกออกแบบมาเพื่อใช้โดยผู้ดูแลในสถานบริการผู้สูงอายุ (Mauk, 2023)

4.3.5 ทฤษฎีของปัจเจกนิยม (Theory of individualism) จุง (Jung, 1960) เสนอ มุมมองช่วงชีวิต (lifespan) ในเชิงของการพัฒนาบุคลิกภาพมากกว่าการบรรลุความต้องการขั้น พื้นฐาน ซึ่งบุคลิกภาพ ได้แก่ อัตตา (Ego) หรืออัตลักษณ์ของตนเอง (Self-identity) กับบุคคลและจิต ไร้สำนึก (Collective unconscious) ที่เป็นความรู้สึกส่วนตัวและการรับรู้ของบุคคลสำคัญหรือ เหตุการณ์ในชีวิต จิตไร้สำนึกมีการแลกเปลี่ยนโดยทุกคนและมีความทรงจำแฝง (Latent memories) อยู่ในต้นกำเนิดของมนุษย์ จิตไร้สำนึกเป็นรากฐานของบุคลิกภาพที่จิตไร้สำนึกส่วนบุคคลและถูกสร้าง ขึ้น บุคลิกส่วนบุคคลมีแนวโน้มที่จะมองชีวิตเป็นหลักไม่ว่าจะด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น ดังนั้น ผู้ที่เก็บ ตัวจะตีความประสบการณ์จากมุมมองส่วนตัวเท่านั้นในฐานะผู้สูงอายุ จุงจึงเสนอให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในการค้นหาภายในเพื่อวิจารณ์ความเชื่อและความสำเร็จของตนเอง ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ คือ การยอมรับในอดีตและสามารถรับมือกับการเสื่อมสภาพและการสูญเสียหน้าที่ที่สำคัญ (Mauk, 2023; Touhy & Jett, 2020)

ทฤษฎีการสูงอายุโดยเฉพาะทางด้านชีววิทยาบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การเกิดปัญหา สุขภาพในผู้สูงอายุที่มีทั้งการกำหนดโดยพันธุกรรมหรือการตั้งโปรแกรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถ หลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตามในทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา เช่น ทฤษฎีกิจกรรม ระบุว่าผู้สูงอายุมีความ จำเป็นต้องยังคงการมีกิจกรรมที่คงการมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และด้านอื่น ๆ

ดังนั้น ทฤษฎีการสูงอายุในภาพรวมบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องมีพฤติกรรมหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพ

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ

1. ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและทำให้สุขภาพดีขึ้นได้ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานของรูปแบบการมีส่วนร่วมของสุขภาพ ซึ่งพยายามขยายศักยภาพเชิงบวกด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล สิ่งนี้ตรงกันข้ามกับการป้องกันโรคซึ่งมีพื้นฐานมาจากแบบจำลองสุขภาพทางชีวการแพทย์ (Biomedical model of health) แบบดั้งเดิม ซึ่งพยายามหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Markle-Reid, Keller, Browne, 2017)

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมักเน้นเรื่องการยืดอายุขัยหรือลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่เกินอายุขัยเฉลี่ย การยืดอายุขัยอาจไม่สำคัญเท่ากับคุณภาพชีวิต มักจะเน้นไปที่การก้าวหน้า “ความอ่อนเยาว์” และป้องกันความสูงอายุ ไม่ได้หมายความว่าภาพลักษณ์และรูปลักษณ์ภายนอกไม่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ แต่ภาพต้องสอดคล้องกับการรับรู้ตนเองของผู้สูงอายุ มุ่งเน้นที่ความรับผิดชอบต่อตนเองต่อสุขภาพไม่ได้คำนึงถึงข้อจำกัดที่กำหนดโดยสถานการณ์ส่วนบุคคล บุคคลที่มีความต้องการและปรารถนา (Dahlkemper (2016)

Mauk (2023) ระบุถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าสามารถช่วยป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพในผู้สูงอายุได้ หลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนข้อเท็จจริงที่ว่าความทุกข์ทรมานในการทำงานไม่ได้เกิดจากการสูงอายุ แต่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและโรคที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตที่ไม่ทำให้สุขภาพไม่ดี พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพนั้นเชื่อมโยงกับความเสื่อมของร่างกายในชีวิตตอนปลาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) จึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลสามารถมีส่วนร่วมเชิงรุกเพื่อความก้าวหน้าหรือปรับปรุงสุขภาพของตน

จากความหมายของการส่งเสริมหรือสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ กระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและทำให้สุขภาพดีขึ้นได้ เน้นเรื่องการยืดอายุขัยหรือลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ช่วยป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพในผู้สูงอายุได้

2. การชะลอความเสื่อมด้านสุขภาพผู้สูงอายุและองค์ประกอบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมถอย

2.1 Markle-Reid, Keller, Browne (2017) ได้กำหนดองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ ดังนี้

2.1.1 การป้องกันความเสี่ยงในการหกล้ม (Risk of falls) การลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มเพียงครั้งเดียวสามารถส่งผลอย่างมากต่อความถี่และความเจ็บป่วยของการหกล้ม

2.1.2 การป้องกันเสี่ยงต่อปัญหาโภชนาการ

2.1.3 การป้องกันเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า

2.2 Dahlkemper (2016) กำหนดองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ ดังนี้

2.2.1 การตรวจสุขภาพเป็นประจำ (Regular examinations) การตรวจร่างกายประจำปีมีความสำคัญในการรักษาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ การไปพบแพทย์เป็นประจำสามารถช่วยป้องกันภาวะเฉียบพลันและเป็นประโยชน์สำหรับการจัดการโรคเรื้อรัง การตรวจเลือดเป็นประจำเพื่อบ่งชี้สุขภาพโดยรวม

2.2.2 โภชนาการ (Nutrition) เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อัตราการเผาผลาญของร่างกายช้าลงและไม่ต้องการพลังงานและอาหารในปริมาณเท่ากันอีกต่อไปเพื่อทำงานในปริมาณที่เท่ากัน ประสาทสัมผัสการรับรสและกลิ่นอาจไม่ค่อยตื่นตัว ด้านสังคมของการรับประทานอาหาร และด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสม

2.2.3 การออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม ช่วยกระตุ้นจิตใจ รักษาสมรรถภาพ (Fitness) ป้องกันหรือชะลอการลุกลามของโรคบางชนิด ช่วยในการสร้างปรับปรุงคุณภาพชีวิต เช่น ลดความเหนื่อยล้าและการขาดพลังงาน การนอนที่ดีขึ้น และการไหลเวียนดีขึ้น โปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีควรเน้นการออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อขยายและเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความทน

2.2.4 การจัดการความเครียด (Stress) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพที่ช่วยให้ผู้สูงอายุกู้รู้ปฏิกิริยาของความเครียดและการตอบสนองทางสรีรวิทยาของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้ในการรับรู้ความเครียด ได้แก่ บันทึกความเครียดหรือบันทึกประจำวันเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดในแต่ละวัน รายการการเปลี่ยนแปลงชีวิต และรายการควบคุมความเครียด กิจกรรมลดความเครียดที่เหมาะสมอาจแบ่งออกเป็นสองประเภท: ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วและผ่อนคลาย และทักษะการจัดการความเครียดในระยะยาว การผ่อนคลายอย่างรวดเร็วเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถทำได้ภายใน 2 หรือ 3 นาทีเพื่อผ่อนคลายและบรรเทาอาการของความทุกข์ ทักษะการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิต ลดคอเลสเตอรอล ลดอาการ

ปวดหัว บรรเทาอาการซึมเศร้า ลดหรือเลิกใช้ยาและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และยืมให้มากขึ้น ตัวอย่างของการผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การหายใจแบบ Roll breathing การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive muscle relaxation) การจินตนาการถึงสถานที่หรือสถานการณ์ที่น่ารื่นรมย์ การผ่อนคลายดวงตา และการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายเป็นวิธีผ่อนคลายที่เป็นธรรมชาติที่สุด

2.2.5 การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และยาเสพติด แม้จะมีการระบุว่าผู้สูงอายุบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงและมีปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มอายุน้อย แต่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากขึ้น การคัดกรองการใช้แอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการตีมสุราปริมาณมากมักจะตอบสนองต่อปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น การเกษียณอายุ รายได้ที่ลดลง สุขภาพที่ลดลง หรือการเสียชีวิตของเพื่อนและคนที่รัก ซึ่งอาจเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการความเครียด

2.3 Eliopoulos (2022) เสนอองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.3.1 ด้านโภชนาการและน้ำ (Nutrition and hydration) ภาวะโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพจิตและกายในวัยสูงอายุ ความต้องการทางโภชนาการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น อัตราการเผาผลาญที่ลดลง กิจกรรมลดลง และมวลร่างกายที่ไม่มีไขมันลดลงแต่เมื่อเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุควรลดแคลอรีและรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เพิ่มการบริโภควิตามิน แร่ธาตุ และอาหารเสริมสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในระดับปริมาณที่ปลอดภัยและไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับยาหรืออาหารอื่น ส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอ การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุอาจส่งผลต่อการรับประทานอาหารจึงจำเป็นต้องแนะนำการแปรงฟันและการพบทันตแพทย์เป็นประจำ จัดการอาการเบื่ออาหาร กลืนลำบาก ท้องผูก

2.3.2 การนอนหลับพักผ่อน (Sleep and Rest) กระบวนการสูงอายุส่งผลต่อการนอนหลับที่ผู้สูงอายุมักจะผล็อยหลับและตื่นเร็ว มีการนอนหลับสนิทลดลง การนอนหลับระยะที่ 4 ลดลง นอนไม่หลับ คุณภาพและปริมาณการนอนหลับถูกรบกวนด้วยอาการกล้ามเนื้อกระตุกในตอนกลางคืน (Nocturnal myoclonus) อาการขาอยู่ไม่สุข (Restless legs syndrome) ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ การปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ภาวะกลืนไม่ได้ ความเจ็บปวด ตะคริวของกล้ามเนื้อ และอาการหายใจลำบาก ถูกรบกวนด้วยเสียงและผลของยาบางชนิด ดังนั้นจึงต้องมีการบันทึกประวัติการนอนหลับอย่างละเอียดโดยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินที่ครอบคลุม ใช้มาตรการที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ การปรับกิจกรรมและเวลางีบหลับ การจำกัดการบริโภคคาเฟอีน ฟังเพลงเบาๆ การนวดหลัง ตีมาสมาธิที่ไม่มีคาเฟอีน การจัดการความเครียด และการควบคุมเสียงและแสง ระวังการใช้อาระงับประสาทสูงสุดเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดผลข้างเคียงในผู้สูงอายุ

2.3.3 การจัดการความสบายและความเจ็บปวด (Comfort and pain management)

2.3.4 การสร้างความปลอดภัย (Safety) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุ การใช้ยา ปัจจัยพื้นฐานด้านสภาพแวดล้อม เช่น แสง อุณหภูมิ สี วัสดุพื้น เพอร์นิเจอร์ และเสียง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินและปรับแต่งตามความจำเป็น ประเมินที่อยู่อาศัย และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง

2.3.5 การใช้ยาอย่างปลอดภัย (Safe Medication Use)

2.4 Mauk (2023) ได้กำหนดองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ ดังนี้

2.4.1 การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายเป็นประจำและกิจกรรมทางกายช่วยปรับปรุงสุขภาพในหลายด้าน ได้แก่ การลดการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งลำไส้ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล น้ำหนักเกิน การหกล้ม กระดูกบาง การสูญเสียกล้ามเนื้อและอาการปวดข้อ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายระดับปานกลาง 30 นาทีขึ้นไปใน 5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ เช่น การวิ่ง ปรับปรุงความสมดุลและความยืดหยุ่นด้วยไทเก๊กและโยคะ หรือการออกกำลังกายที่ดัดแปลงมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น การออกกำลังกายด้วยเก้าอี้ นอน อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายระดับหนัก

2.4.2 โภชนาการ (Nutrition) แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ จำกัดแอลกอฮอล์ให้ดื่มหนึ่งแก้ว (Drink) ต่อวันสำหรับผู้หญิง และ 2 แก้วต่อวันสำหรับผู้ชาย จำกัดไขมันและคอเลสเตอรอล งดรักษาปริมาณแคลอรีที่สมดุล ตรวจสอบการได้รับแคลอรีที่สมดุลเพียงพอให้แคลเซียมเพียงพอในแต่ละวันโดยเฉพาะสำหรับผู้หญิง ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่เสริมวิตามิน เช่น ผู้สูงอายุที่ได้รับแสงแดดน้อยหรือมีผิวคล้ำต้องการวิตามินดีเสริม การบริโภควิตามินดีทุกวันควรอยู่ที่ 800 ถึง 1000 IU จากอาหารเสริมหรือเมล็ดธัญพืช ผลไม้ และผักที่เพียงพอ ดื่มน้ำให้เพียงพอ

2.4.3 สุขภาพจิต (Mental health) ผู้สูงอายุอาจได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตจากรายได้ที่ลดลงเมื่อเกษียณอายุ การสูญเสียทางร่างกาย ดังนั้น จึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสม

2.4.4 การใช้ยาสูบ (Tobacco use) หากผู้สูงอายุมีการสูบบุหรี่หรือยาสูบต้องทำการคัดกรองการใช้ยาสูบและส่งเสริมการเลิกบุหรี่

2.4.5 การสร้างความปลอดภัย (Safety) การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากความไม่มั่นคงในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การรับรู้การเดินที่ลดลง ความบกพร่องทางสายตาหรือสติปัญญา และ

การใช้ยาหลายขนาน สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ พื้นผิวลื่น บันได พื้นผิวที่ไม่สม่ำเสมอ แสงไม่ดี รองเท้าที่ไม่ถูกต้อง และสิ่งกีดขวางในทางเดิน การลดความเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่ การประเมินความปลอดภัยในบ้าน การปรับบ้านที่เหมาะสม การเลิกใช้ยาที่มีความเสี่ยง การจัดการความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง การเสริมวิตามินดี การประเมินและการรักษาปัญหาเท้า และการออกกำลังกาย การฝึกการทรงตัวและการเสริมสร้างความแข็งแรงเพื่อลดการหกล้ม

2.4.6 การใช้ยาหลายขนานและความคาดเคลื่อน (Polypharmacy and medication errors) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้นอันเป็นผลมาจากการใช้ยามากขึ้นและผลกระทบทางชีววิทยาของความสูงอายุและโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการดูแลในการบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

2.4.7 การรับภูมิคุ้มกัน (Immunizations) แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปีสำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มีประโยชน์ในการป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาตัวในโรงพยาบาล และการตายในผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในสถานดูแล การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ประจำปีควรได้รับ PCV13 ตามด้วย PPSV23 อย่างน้อย 1 ปีต่อมา วัคซีนป้องกันโรคสัวด์ 1 ครั้งหลังอายุ 60 ปี แม้ว่าผู้สูงอายุจะเคยเป็นโรคสัวด์มาก่อนก็ตาม การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก – Td หรือ Tdap – ทุก 10 ปี Tdap

2.4.8 ตรวจสอบคัดกรองสุขภาพจิต (Mental health screening) สุขภาพจิตที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมและความสัมพันธ์ที่ดี สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงและความสูญเสีย ความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดความทุพพลภาพหรือเสียชีวิตและส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุเอง สิ่งสำคัญคือต้องมีการคัดกรองสุขภาพจิต และการประเมินภาวะสมองเสื่อม

2.4.9 การดื่มสุรา (Alcohol abuse)

2.4.10 การล่วงละเมิดและละเลยผู้สูงอายุ (Elder abuse and neglect)

2.5 Meiners, Yeager (2019) ระบุการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเด็นการเพิ่มกิจกรรมทางกาย การลดหรือเลิกบุหรี่ ความปลอดภัยของยา สุขภาพทางจิตวิญญาณ สุขภาพหัวใจ สุขภาพจิต อนามัยสิ่งแวดล้อม โภชนาการ สุขภาพสังคม การดูแลน้ำหนัก ความปลอดภัยในการขับขี่

2.6 Birch, Bhattacharya (2017) ระบุองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ดังนี้

2.6.1 การควบคุมน้ำหนักและกิจกรรมทางกาย (Weight and physical activity) คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่เป็นเวลา 30 นาทีระยะเวลา 5 วันก่อนสัปดาห์ กิจกรรมเสริมสร้างกล้ามเนื้อโดยกำหนดเป้าหมายที่กลุ่ม

กล้ามเนื้อหลัก เช่น แขน ไหล่ ขา สะโพก หลัง หน้าอกและหน้าท้องเป็นเวลา 20 นาทีสองวันขึ้นไป โดยไม่ติดต่อกันต่อสัปดาห์ แนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อรักษาความยืดหยุ่นและระยะของการเคลื่อนไหวที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมปกติและกิจกรรมประจำวันสองวันต่อสัปดาห์

2.6.2 การป้องกันการสูญเสียการได้ยิน (Hearing loss)

2.6.3 การป้องกันความบกพร่องทางสายตา (Visual impairment)

2.6.4 การป้องกันการหกล้ม (Falls)

2.6.5 การป้องกันการทารุณกรรมผู้สูงอายุ (Elder mistreatment)

2.6.6 การป้องกันแอลกอฮอล์และสารเสพติดหรือการใช้จ่ายในทางที่ผิด

2.6.7 การสร้างความปลอดภัยในการขับขี่ (Driving safety)

2.6.8 การเลิกสูบบุหรี่ (Smoking cessation)

3. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมถอย

การป้องกันการเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น นักวิชาการให้องค์ประกอบที่แตกต่างกัน เช่น Fillit, Rockwood, Young (2017) ระบุองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การป้องกันการหกล้ม ภาวะโภชนาการ และการป้องกันภาวะซึมเศร้า Dahlkemper (2016) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 7 ด้าน คือ การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ภาวะโภชนาการ การใช้สารเสพติด การสร้างความสัมพันธ์ และการดูแลตนเอง Eliopoulos (2022) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน คือ ภาวะโภชนาการและความชุ่มชื้น การพักผ่อนนอนหลับ สุขุขสบายและการจัดการความปวด ความปลอดภัย และการใช้จ่ายอย่างปลอดภัย Mauk (2018) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 7 ด้าน คือ การมีกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ การใช้จ่าย สุขุขปลอดภัย การรับรู้มีคัมกัน การคัดกรองสุขภาพจิต และ การใช้แอลกอฮอล์ Meiners, Yeager (2019) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 10 ด้าน คือ การมีกิจกรรมทางกาย การใช้จ่าย สุขุขทางจิตวิญญาณ สุขุขทางจิต สุขุขสิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ สุขุขทางสังคม การควบคุมน้ำหนักตัว และความปลอดภัยในการขับขี่ และ Touhy, Jett (2022) มีองค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ 11 ด้าน คือ การใช้จ่ายที่ถูกต้อง การบริโภค การมองเห็น การได้ยิน การดูแลผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ความชุ่มชื้นและดูแลช่องปาก การขับถ่าย การนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย การป้องกันการหกล้มและความปลอดภัย

โดยสรุปการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพก่อนวัยอันควร ด้วยการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพควรมีพฤติกรรม 8 ด้าน ได้แก่ การป้องกันการหกล้ม การมี

ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี การดูแลตนเอง การลดหรืองดใช้สารเสพติด การพักผ่อนนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย และการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) การป้องกันการหกล้ม เป็นการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการหกล้มด้วยการดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัยทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน ได้แก่ การดูแลพื้นบ้านไม่ให้เปียกชื้น ไม่มีสิ่งของกีดขวางทางเดิน มีแสงสว่างที่เพียงพอทั้งในเวลากลางวันและเวลากลางคืน
- 2) การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เป็นการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโปรตีนที่ไม่ติดมัน คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ไขมันไม่อิ่มตัว การดื่มน้ำที่เพียงพอ การได้รับวิตามินและเกลือแร่จากธรรมชาติ การไม่รับประทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
- 3) การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี เป็นการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมให้เกิดการมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ได้แก่ การจัดการความเครียด วิตกกังวล การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับชุมชน
- 4) การดูแลตนเอง เป็นการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การดูแลดวงตา การดูแลผิวหนัง เส้นผม เล็บ การดูแลช่องปาก การดูแลหู การขับถ่าย และการตรวจความผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเอง
- 5) การลดหรืองดใช้สารเสพติด เป็นการที่ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการบริโภคสิ่งที่มีสารเสพติดที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ชาหรือกาแฟ การใช้กัญชานอกเหนือทางการแพทย์ การใช้ผลิตภัณฑ์จากใบกระท่อม และการสูบบุหรี่ทุกชนิด
- 6) การพักผ่อนนอนหลับ เป็นการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่ตามมาจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน การงดดื่มเครื่องดื่มชากาแฟหลังเที่ยง การรับประทานอาหารเช้าเย็นหรือการออกกำลังกายก่อนเข้านอนน้อยกว่า 2 ชั่วโมง การผ่อนคลายร่างกายก่อนเข้านอน การไม่ดื่มน้ำก่อนการเข้านอน การใช้เตียงนอนเพื่อการนอนหลับและมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น การจัดการกับสิ่งรบกวนทั้งเสียง แสงสว่าง และอุณหภูมิห้อง
- 7) การมีกิจกรรมทางกาย เป็นการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การทำงานบ้าน การทำงานที่ต้องออกแรง การเดินทาง การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมนันทนาการที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายในปริมาณที่เพียงพอต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยเน้นการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจริง การพักเย็นหลังการออกกำลังกายจริง การมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก สละสม 150 นาทีต่อสัปดาห์หรืออย่างน้อย 30 นาที ปฏิบัติ 5 วันต่อ

สัปดาห์ การมีกิจกรรมทางกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มความสมดุลในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

8) การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค เป็นการรับภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุที่จำเป็น ได้แก่ การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ วัคซีนป้องกันงูสวัด วัคซีนป้องกันโคโรนา 2019 และป้องกันการเกิดโรคด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจทางพันธุกรรม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) เสนอกรอบการบูรณาการมุมมองการพยาบาลและพฤติกรรมศาสตร์เข้ากับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งเน้นความสามารถหรือแนวทางที่เป็นแหล่งที่มาของแรงจูงใจในพฤติกรรมด้านสุขภาพ แม้ว่าภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในทันทีสามารถกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการได้ ซึ่งแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพสามารถใช้ได้กับพฤติกรรมด้านสุขภาพใด ๆ ก็ตามที่ภัยคุกคามไม่ได้เป็นสาเหตุหลักของแรงจูงใจ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฉบับแก้ไข มีการปรับแนวคิด (Concepts) ใหม่ 3 ประการถูกรวมเข้ากับรูปแบบดั้งเดิม คือ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) ความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of action) และความจำเป็นอื่นและความชอบ (Immediate competing demands and preference)

1. องค์ประกอบของแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behaviors)

1.1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) คือพฤติกรรมปัจจุบันยังคงปฏิบัติในลักษณะและความบ่อยคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีต ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อมโนทัศน์หลักด้านความคิด อารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัยที่เสริมด้วยการปฏิบัติซ้ำ และเกิดขึ้นได้โดยอัตโนมัติทั้งที่ตั้งใจเพียงเล็กน้อยเท่านั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ นอกจากส่งผลโดยตรงแล้วนั้นยังมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ความคาดหวังผลลัพธ์หากได้รับผลประโยชน์ระยะสั้นตั้งแต่เน้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นซ้ำอีก โดยอุปสรรคต่อพฤติกรรมที่กำหนดนั้นเป็น

ประสบการณ์ที่ต้องเอาชนะเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ อย่างไรก็ตามทุกพฤติกรรมจะมาพร้อมกับอารมณ์ (Emotions) หรือความรู้สึก (Affect) ทั้งเชิงบวกและลบก่อนระหว่าง หรือหลังปฏิบัติพฤติกรรมที่จะถูกเข้ารหัสในหน่วยความจำที่จะถูกดึงออกมาเมื่อมีการพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรมในภายหลัง ดังนั้น พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตจึงถูกเสนอเพื่อกำหนดพฤติกรรมเชิงบวกโดยเน้นไปที่ประโยชน์ การสอนวิธีเอาชนะอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม และสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองและความรู้สึกในระดับสูงผ่านการปฏิบัติงานที่ประสบความสำเร็จและการตอบรับเชิงบวก

1.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) แบ่งออกเป็นปัจจัยทางชีวภาพ (Biological) จิตวิทยา (Psychological) และสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก สมรรถภาพทางกายหรือความแข็งแรง ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ความนับถือตนเอง แรงจูงใจในตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อมโนทัศน์หลักด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมเสริมสุขภาพ

1.2 มโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) มีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจอย่างมากเนื่องจากสามารถแก้ไขได้ด้วยการแทรกแซงรวมถึงผลประโยชน์และอุปสรรคที่รับรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ การวัดตัวแปรเหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินการเปลี่ยนแปลงภายหลังการแทรกแซง ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 6 มโนทัศน์ ดังนี้

1.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลเชิงบวกหรือผลที่ตามมาของการปฏิบัติพฤติกรรม ผลประโยชน์ที่คาดหวังมีอิทธิพลต่อความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในพฤติกรรม ผลประโยชน์ที่บุคคลรับรู้ได้ทำให้เกิดการเสริมแรงให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์มีทั้งภายใน (Intrinsic) และภายนอก ประโยชน์ภายใน (Extrinsic) ได้แก่ การเพิ่มความกระตือรือร้น เพิ่มพลังงาน ความน่าดึงดูดใจ ลดความรู้สึกเหนื่อยล้า ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับผลตอบแทนเป็นตัวเงิน และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมเสริมสุขภาพ ผลโดยอ้อมคือการเพิ่มความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of action)

1.2.2 การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเสริมสุขภาพอุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจในการต้องปฏิบัติพฤติกรรม และ

ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายุงยาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงสิ่งที่คาดคิดแต่มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำ และรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยลดความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

1.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์ที่แตกต่างหลากหลาย แหล่งของการรับรู้ความสามารถของบุคคลมี 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) ประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถหรือมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทางอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.1.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเร้าทางอารมณ์ในการปฏิบัติ (Emotional arousal to act itself) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ การปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-acting) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติ และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบริบทที่การปฏิบัตินั้นเกิดขึ้น มีแนวโน้มที่จะกำหนดว่าคุณจะทำพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในระยะยาว ความรู้สึกอาจเกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม กโดยขึ้นอยู่กับคุณสมบัติกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์เหล่านี้ อาจไม่รุนแรง ปานกลาง หรือรุนแรง และมีการเก็บไว้ในความทรงจำ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมอาจเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ สนุกสนาน น่ารังเกียจ หรือไม่เป็นที่พอใจ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเชิงบวกมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเชิงลบมีแนวโน้มที่จะเกิดการหลีกเลี่ยง ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบจึงเป็นสิ่งสำคัญ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง หากบุคคลรู้สึกชอบหรือพึงพอใจกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำจะทำให้มั่นใจในความสามารถของตนเองว่าปฏิบัติพฤติกรรมได้ ถึงแม้ว่าต้องปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยากลำบากก็ตาม ดังนั้นความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมี

อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองและความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.1.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) คือการรับรู้หรือความคิด ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่น ทั้งที่เป็นจริงหรือเป็นเพียงความคิดเห็น โดยไม่มีแหล่งที่มาจากรอบครัว พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน และบุคคลากรที่มสุขภาพ จากบรรทัดฐาน การสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบ บรรทัดฐานเป็นเป็นสิ่งที่กลุ่มบุคคลและชุมชนได้วางมาตรฐานการปฏิบัติพฤติกรรมที่ความคาดหวังเอาไว้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ความมากน้อยในการมีอยู่ของเครือข่ายทางสังคมที่ตนเองมีอยู่ในการให้การสนับสนุนด้านวัตถุ ข้อมูล ข่าวสาร และอารมณ์ และตัวแบบเป็นการเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) และความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม อย่างไรก็ตามความไวต่ออิทธิพลของผู้อื่นอาจแตกต่างกันตามพัฒนาการของช่วงวัย บางวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับอิทธิพลระหว่างบุคคลมากกว่าวัฒนธรรมอื่น

2.1.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situation influences) เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้เงื่อนไขที่มาสสนับสนุนความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อม บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่รู้สึกว่าจะเข้ากับวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมของตนเอง สภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ ทำให้สบายใจ ปลอดภัย และคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งดึงดูดหรือทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลจากสถานการณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลเพื่ออำนวยความสะดวกในการได้มาและคงรักษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้

1.3 ความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of action) ความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดรู้ของบุคคลที่ประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติอย่างจริงจังสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับบุคคลอื่นหรือทำตามลำพัง 2) มีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการเริ่มต้น การปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความมุ่งมั่นเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีกลยุทธ์มักส่งผลให้เกิดเจตนาที่ดี (Good intentions) แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพได้

1.4 ความจำเป็นอื่นและความชอบ (Immediate competing demands and preferences) คือพฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ที่อาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแผนไว้ได้ เกิดขึ้นจากการที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเอง (Preference) และความจำเป็นที่ต้องกระทำ (Competing demands) ซึ่งมีอยู่เหนือการควบคุมหรือควบคุมได้น้อย เช่น ความรับผิดชอบต่อการดูแลครอบครัว แต่ความชอบ (Preference) เป็นความชอบที่บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ ความจำเป็นอื่นและความชอบเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่ควรเกิดขึ้นบ่อยโดยเฉพาะหากบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.5 ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายของแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Pender et al. 2006) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบางส่วนได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำงานของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มี 6 ด้าน ประกอบด้วย 6 พฤติกรรม ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

1.5.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพตนเองโดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดิขของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

1.5.2 กิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวัน ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

1.5.3 โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

1.5.4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

1.5.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือการวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

1.5.6 การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ สุขภาพทางกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้เพราะเมื่อเกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ส่งผลให้เจ็บป่วยทางกายได้ เช่นเดียวกันถ้าร่างกายไม่แข็งแรงเจ็บป่วยก็ส่งผลให้จิตใจหดหู่เศร้าหมอง เกิดการท้อแท้

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่เป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้คือการป้องกันความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ที่หากผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะสามารถป้องกันการเสื่อมถอยด้านสุขภาพก่อนเวลาอันควร แม้ตามแนวคิดกระบวนการสูงอายุ (Aging process) ไม่สามารถที่จะป้องกันการเกิดการเสื่อมถอยด้านสุขภาพได้ แต่สามารถที่จะชะลอไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นก่อนเวลาอันควรได้ สำหรับด้านอื่น ๆ ของผลลัพธ์พฤติกรรมตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพนี้เมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจากนักวิชาการด้านผู้สูงอายุพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยภายใต้ทัศนด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ระหว่าง พ.ศ. 2557-2566 เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำองค์ประกอบของมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมในการใช้เป็นปัจจัยหรือตัวแปรต้น

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ (2562) ที่ศึกษาเรื่อง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของวิญญู ทัศน บัญหิตัน พัทธราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุตินา สร้อยนาถ ปรีศนา อัครชนพล จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลในช่วงระบาดของโรค พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของ Chen, & Hsieh (2021) ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการบ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบนฐานของชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของศิริวัลย์ เหา และวิจิตรา ปัญญาชัย (2565) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของวิญญู ทัศน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

2.2 การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) สอดคล้องกับการศึกษาของภักจิรา ภูสมศรี ดวงรัตน์ สว่างฉิม และสุณิศา ลิเคื้อ (2561) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลหนองซำซาก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของวิญญู ทัศน บัญหิตัน พัทธราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุตินา สร้อยนาถ ปรีศนา อัครชนพล จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้อุปสรรคสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

ในทางตรงกันข้ามกับการศึกษาของวิญญู ทัศน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของ Chen, & Hsieh (2021) ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการบ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบนฐานของชุมชนของ

ผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ พงษ์ภุมมา และจิตติพร ยอดประเสริฐ (2562) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของนริศรา ชาญณรงค์ รจกฤติ โชติกาวิรินทร์ เขมกัญญา อนันต์ และรัฐศาสตร์ เด่นชัย (2565) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของอักษร อยู่วัง และบัวทอง สว่างโสภาคกุล (2563) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของภาคจิรา ภูสมศรี ดวงรัตน์ สว่างธัม และสุนิศา ลิเครือ (2561) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลหนองซำซาก อำเภอบ้านปึง จังหวัดชลบุรี พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญ์ทัณญ บัญทัน พัชราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุติมา สร้อยนาค ปรีศนา อัครธนพล จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลในช่วงระบาดของโรค พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของวิญญ์ทัณญ บัญทัน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

การศึกษาของ Chantakeeree, Sormunen, Jullamate, Turunen (2021) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองและชนบท พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ การศึกษาของ Chen, & Hsieh (2021) ที่ศึกษาเรื่องการใช้แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการบ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบนฐานของชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของชัยญานุช ไพรวงศ์ (2565) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของกรวิกา พรหมจาง เกียรติศักดิ์ แซ่อิว และสิตานันท์ จันทร์โต (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมพบเพียง 1 เรื่อง คือ การศึกษาของ Chen, & Hsieh (2021) ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการบ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบนฐานของชุมชนของผู้สูงอายุ ที่พบว่าความรู้สึกจากการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) การศึกษาของวิญญูทัณญ บัญฑิตัน พัชราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุตินา สร้อยนาถ ปรีศนา อัครชนพล จริยาวัตร คมพัยค์ษ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลในช่วงระบาดของโรค พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของกรวิกา พรหมจาง เกียรติศักดิ์ แซ่อิว และสิตานันท์ จันทร์โต (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของวิญญูทัณญ บัญฑิตัน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของ Chen, & Hsieh (2021) ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการบ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบนฐานของชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation influences) การศึกษาของวิญญูทัณญ บัญฑิตัน พัชราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุตินา สร้อยนาถ ปรีศนา อัครชนพล จริยาวัตร คมพัยค์ษ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลในช่วง

ระบาคของโรค พบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของวิญญ์ทัณญ บุนุทัน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

จากผลการศึกษาวิจัยก่อนหน้าพบว่าองค์ประกอบของมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) ทั้ง 6 ด้าน มีงานวิจัยสนับสนุนว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ยกเว้นความรู้สึกของการปฏิบัติที่มีงานวิจัยเพียง 1 เรื่องเท่านั้นและพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้มุ่งเน้นการพิสูจน์องค์ประกอบของมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมจึงนำความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมเข้าสู่การศึกษาด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยมาจาก การทบทวนงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2566 ที่พบว่าโดยส่วนใหญ่แนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการอธิบาย ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (ปรับปรุง) (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) ในการใช้เป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ในส่วนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพนั้น ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (ปรับปรุง) (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากตำราต่าง ๆ มีพฤติกรรมที่นำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ จำนวน 9 ประเด็น ได้แก่ การป้องกันการหกล้ม การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี การดูแลตนเอง การลดหรืองดใช้สารเสพติด การพักผ่อนนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย และการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค สามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีการกำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 405 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมาจากการคัดเลือก (Random selection) จากประชากรด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)

2.1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.0.10 : Multiple Regression : Omnibus (R^2 deviation from zero) (ธวัชชัย วรพงศธร, และสุรียพันธ์ุ วรพงศธร, 2561) กำหนด Effect size $f^2 = 0.15$ (อ้างอิงการคำนวณ Effect size จากงานวิจัยของ วิญญูทัศนัญญ บุญทัน และสิรินธ์ คณานุกรักษ์ (2564) มีค่า Effect size = 0.56 แต่ผู้วิจัยกำหนด Effect size สำหรับการศึกษานี้ที่ขนาดกลาง คือ $f^2 = 0.15$) α error = .05, Power ($1-\beta$ err prob) = 0.90, Number of predictors = 6 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 123 ราย ในการป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับของแบบสอบถามมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในอัตราร้อยละ 20 คือ 25 คน ดังนั้น การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 148 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 จัดทำบัญชีรายชื่อของประชากรผู้สูงอายุทั้งตำบลที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ขั้นตอนที่ 2 กำหนดช่วงของการสุ่ม และขั้นตอนที่ 3 สุ่มหมายเลขลำดับแรกและนับตามช่วงการสุ่มจนครบจำนวนตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

2.2 เกณฑ์การคัดเลือก

มีการกำหนดเกณฑ์สมบัติของตัวอย่างในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

2.2.1 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.2.2 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี

2.2.3 สามารถพูดคุย ให้ข้อมูลเป็นภาษาไทยได้

2.2.4 ยินดีและให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย

2.2.5 ไม่มีปัญหาทางสติปัญญาจากการประเมินด้วย Clock Drawing Test

2.3 เกณฑ์การคัดออก

มีการกำหนดคุณสมบัติในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (ปรับปรุง) (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากตำราต่าง ๆ (Fillit, Rockwood, Young, 2017; Dahlkemper, 2016; Eliopoulos, 2022; Mauk, 2024; Meiners, Yeager, 2019; Touhy, Jett, 2022) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แหล่งที่มาของรายได้หลักในปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ จำนวน 64 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 12 ข้อ ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อ อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ และอิทธิพลของสถานการณ์ จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามเป็นชนิดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ กรณีที่เป็นคำถามด้านบวก แบ่งออกเป็น ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 1 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยมาก เท่ากับ 3 คะแนน กรณีที่เป็นคำถามด้านลบ แบ่งออกเป็น ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 1 คะแนน และเห็นด้วยมาก เท่ากับ 0 คะแนน แต่ละตัวเลือกมีความหมาย ดังนี้

- 1) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว
- 2) เห็นด้วยน้อย หมายถึง เห็นด้วย แต่คิดว่าไม่เกี่ยวข้องกับตัวท่านในปัจจุบัน
- 3) เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง เห็นด้วย แต่คิดว่าเกี่ยวข้องกับตัวท่านเพียงบางส่วน
- 4) เห็นด้วยมาก หมายถึง เห็นด้วยและคิดว่าเป็นตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ในปัจจุบันทั้งหมด

มีการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ตามวิธีการหาพิสัย (Range) ของข้อมูล (ชานินทร์ ศิลป์ จารุ, 2555) ดังนี้

$$\text{พิสัย} = \text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}$$

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \text{พิสัย/จำนวนชั้น} = (3-0) / 3 = 1.00$$

การแปลผลที่แบ่งระดับข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ จะมีช่วงความกว้างของข้อมูลในแต่ละชั้น เท่ากับ 1.00 สามารถแบ่งระดับการแปลผล ดังนี้

- 1) มีการรับรู้ต่ำ (0.00-1.00 คะแนน)
- 2) มีการรับรู้ปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน)
- 3) มีการรับรู้สูง (2.01-3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ จำนวน 62 ข้อ ประกอบด้วย การป้องกันการหกล้ม จำนวน 7 ข้อ การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม จำนวน 11 ข้อ การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี จำนวน 6 ข้อ การดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ การลดหรืองดใช้สารเสพติด จำนวน 6 ข้อ การพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 10 ข้อ การมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 7 ข้อ และการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเป็นชนิดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน ทุกข้อคำถามเป็นคำถามด้านบวก แต่ละตัวเลือกมีความหมาย ดังนี้

- 1) ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นหรือคำถามนั้น
- 2) ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้น 1-3 วัน
ต่อสัปดาห์
- 3) ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้น 4-6 วัน
ต่อสัปดาห์
- 4) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้น 7 วัน
ต่อสัปดาห์หรือทุกวันหรือทุกครั้ง

สำหรับคำถามด้านการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค มีการให้ความหมายของตัวเลือก ดังนี้

- 1) ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นหรือคำถามนั้น
- 2) ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้นเพียงบางส่วน
ของทั้งหมดที่ควรปฏิบัติ

- 3) ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้น
เป็นส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งของทั้งหมดที่ควรปฏิบัติ
- 4) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้นทั้งหมด
ที่ควรปฏิบัติ

มีการแปลผลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ
ออกเป็น 3 ระดับ ตามวิธีการหาพิสัย (Range) ของข้อมูล (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2555) ดังนี้

$$\text{พิสัย} = \text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}$$

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \text{พิสัย/จำนวนชั้น} = (3-0) / 3 = 1.00$$

การแปลผลที่แบ่งระดับข้อมูลออกเป็น 3 ระดับ จะมีช่วงความกว้างของข้อมูลในแต่ละ
ชั้น เท่ากับ 1.00 สามารถแบ่งระดับการแปลผล ดังนี้

- 1) มีพฤติกรรมไม่ดี (0.00-1.00 คะแนน)
- 2) มีพฤติกรรมปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน)
- 3) มีพฤติกรรมดี (2.01-3.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content
validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและการ
พยาบาลชุมชน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่า Items of congruence (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (IOC =
0.60-1.00) เมื่อดำเนินการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงดำเนินการ
ตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try
out) กับผู้สูงอายุจำนวน 30 รายในพื้นที่ตำบลศิระจรเข้ชั้น้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัด
สมุทรปราการที่มีลักษณะคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแต่ละตัวแปรมีค่าสัมประสิทธิ์แอล
ฟาครอนบาค ดังนี้

- 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
เท่ากับ .881
- 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
เท่ากับ .879
- 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 12 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
เท่ากับ .798
- 4) ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ
.721

- 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .858
- 6) อิทธิพลของสถานการณ์ จำนวน 9 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .863
- 7) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ จำนวน 62 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .891

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตต่อนายกองคการบริหารส่วนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการในการขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงจะเริ่มต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ผู้นำทาง (Gate keeper) ในพื้นที่นำผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านพักของกลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ผู้วิจัยดำเนินการอธิบายโครงการวิจัยโดยละเอียดและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสอบถามข้อสงสัย และตอบคำถามจนสิ้นความสงสัย จากนั้นทำการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับการให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการประเมินทางสติปัญญาด้วย Clock Drawing Test จากนั้นผู้วิจัยจะเริ่มต้นการเก็บข้อมูลด้วยการอ่านแบบสอบถามและตัวเลือกให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านและเขียนได้เอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสติปัญญาผู้วิจัยจะส่งข้อมูลให้กับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือต่อไป
4. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบทุกราย ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งตามลักษณะของข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลระดับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลการอธิบายความแปรปรวนและการทำงานของปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง (Inferential statistics) การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple linear regression) แบบ Stepwise

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม โดยได้มีการปฏิบัติ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติเพื่อออกหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การศึกษาวิจัย
2. ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเริ่มต้นขึ้นเมื่อโครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรม ดังนี้

2.1 การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของบุคคล (Principle of respect for person) ได้แก่ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อการตัดสินใจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ทุกหัวข้อ ประกอบด้วย เรื่องการวิจัย หลักการและเหตุผลที่มาของการวิจัยอย่างย่อ เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเชิญเข้าร่วมในการวิจัย วัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะต้องปฏิบัติในการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์โดยตรงแก่กลุ่มตัวอย่างหรือเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ความปลอดภัยในกระบวนการวิจัยหรือความเสี่ยงที่มีต่อกลุ่มตัวอย่างหรือความไม่สะดวกที่อาจเกิดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มาตรการรักษาความลับของรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง การให้ค่าตอบแทน ค่าชดเชย ค่าเสียหาย แหล่งเงินทุนวิจัย ผู้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัย สถาบันที่ร่วมในการทำวิจัย การแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง การทำลายข้อมูลที่มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถมีอิสระที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีการสูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ การดำเนินและการทำงาน การแจ้งต่อกลุ่มตัวอย่างถึงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ผู้วิจัยขอความเห็นชอบและการให้ความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ด้วยการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอม หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ ไม่มีการบังคับหรือทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกจำยอมที่จะต้องเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนการเริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยใช้ภาษาที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายตามระดับความรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เปิดโอกาสให้สามารถซักถามข้อสงสัย และตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความเข้าใจในโครงการวิจัยที่ครบถ้วนสมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างทุกรายถึงมาตรการการรักษาความลับตลอดการวิจัยและการรายงานผลการวิจัย คือ ผู้วิจัยจะปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการปกปิดข้อมูลส่วนตัวที่จะเชื่อมโยงไปถึงตัวกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนการวิจัย

2.2 การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (Principle of benefit) และการป้องกันอันตราย (Non-maleficence) ผู้วิจัยทำการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเป็นระบบที่มีต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูลน้อยมากหรือไม่มีเลย เนื่องจากในขั้นตอนการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่นัดหมายที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีความสะดวกเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้จะมีความเสี่ยงที่ต่ำต่อกลุ่มตัวอย่างแล้วนั้นยังส่งผลประโยชน์ต่อตัวของกลุ่มตัวอย่างและผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ได้รับจากการใช้ข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพจริงของกลุ่มตัวอย่างและผู้สูงอายุรายอื่น

ผู้วิจัยได้อธิบายข้อมูลความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดตั้งแต่ในขั้นตอนการให้ข้อมูลก่อนการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและมีการระบุถึงความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่ชัดเจนในใบขอความยินยอม

2.3 การคำนึงถึงความถูกต้องและยุติธรรม (Principle of justice) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามหลักการอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) ที่กำหนดไว้อย่างเที่ยงธรรม โดยไม่มีการเลือกที่รักมักที่ชัง คือ ผู้วิจัยจะไม่นำเสนอผลประโยชน์ให้กับบุคคลที่ผู้วิจัยชื่นชอบ และไม่คัดเลือกบุคคลใดออกจากการวิจัยเนื่องด้วยเหตุผลส่วนตัวของผู้วิจัย โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ได้กำหนด และในการสร้างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นผลมาจากการวิจัย จะให้ผู้สูงอายุทุกรายได้รับโปรแกรม

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยในการพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 148 ราย นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยายใต้ตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=148)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
เพศ				
- ชาย	53	35.80		
- หญิง	95	64.20		
อายุ (ปี) (Max =74, Min = 60)			66.63	4.74
ศาสนา				
- พุทธ	148	100.00		
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้ศึกษา	6	4.10		

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
- ประถมศึกษา	120	81.10		
- มัธยมศึกษา	15	10.10		
- ปริญญาตรี	2	1.40		
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.70		
- อื่น ๆ	4	2.70		
สถานภาพสมรส				
- โสด	11	7.40		
- หม้าย	23	15.50		
- หย่า/แยก	9	6.10		
- คู่	103	69.60		
- อื่น ๆ (ไม่ระบุความสัมพันธ์)	2	1.40		
แหล่งที่มาของรายได้หลักในปัจจุบัน (n = 214)				
- การประกอบอาชีพ	75	35.05		
- รายได้จากบุตรหลาน	44	20.56		
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	84	39.25		
- บำเหน็จ บำนาญ	5	2.34		
- ไม่มีรายได้	2	0.93		
- อื่น ๆ	4	1.87		
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย				
- เพียงพอ	88	59.50		
- ไม่เพียงพอ	60	40.50		
โรคประจำตัว				
- ไม่มี	37	25.00		
- มี	111	75.00		
ยาที่ใช้เป็นประจำ				
- ไม่มี	39	26.40		
- มี	109	73.60		

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
- 1 คน	9	6.10		
- 2 คน	15	10.10		
- 3 คน	36	24.30		
- 4 คน	36	24.30		
- 5 คน	18	12.20		
- 6 คน	17	11.50		
- 7 คน	8	5.40		
- 8 คน	2	1.40		
- 9 คน	5	3.40		
- 10 คน	2	1.40		
การมีผู้ดูแลหลัก				
- ไม่มี	40	27.00		
- มี	108	73.00		

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.20 มีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี (S.D. = 4.74) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 74 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.90 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 39.25 มีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 59.50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 มียาที่ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 73.60 มีสมาชิกครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 24.30 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 73.00

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลของสถานการณ์ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=148)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	0.00	3.00	.08			
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	0.00	3.00	.00	2.75	.58	.649	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.00	3.00	.67	3.00	2.53	.434	สูง
ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ	0.00	3.00	.11	3.00	1.53	.518	ปานกลาง
อิทธิพลระหว่างบุคคล	0.00	3.00	.00	3.00	1.75	.781	ปานกลาง
อิทธิพลของสถานการณ์	0.00	3.00	.00	3.00	2.17	.629	สูง
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ	0.00	3.00	.00	2.65	2.02	.355	สูง
- การป้องกันการหกล้ม	0.00	3.00	.57	3.00	2.69	.463	สูง
- การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	0.00	3.00	.55	3.00	2.05	.502	สูง
- การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี	0.00	3.00	.00	3.00	2.13	.674	สูง
- การดูแลตนเอง	0.00	3.00	.00	3.00	2.19	.547	สูง
	0.00	3.00	.33	3.00	2.44	.655	สูง

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด							
	- การลดหรืองดใช้สารเสพติด	0.00	3.00	.60				3.00	2.23	.547	สูง
	- การพักผ่อนนอนหลับ	0.00	3.00	.00				3.00	1.10	.661	ปานกลาง
- การมีกิจกรรมทางกาย	0.00	3.00	.14	2.71	1.33	.555	ปานกลาง				
- การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค							ปานกลาง				

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Mean = 2.54, SD = .495) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean = 2.53, SD = .434) อิทธิพลของสถานการณ์ (Mean = 2.17, SD = .629) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ (Mean = 1.53, SD = .518) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Mean = 1.75, SD = .781) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในระดับต่ำ 1 ปัจจัย คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Mean = .58, SD = .649)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.02, SD = .355) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง คือ การป้องกันการหกล้ม (Mean = 2.69, SD = .463) การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม (Mean = 2.05, SD = .502) การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี (Mean = 2.13, SD = .674) การดูแลตนเอง (Mean = 2.19, SD = .547) การลดหรืองดใช้สารเสพติด (Mean = 2.44, SD = .655) การพักผ่อนนอนหลับ (Mean = 2.23, SD = .547) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย (Mean = 1.10, SD = .661) และการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค (Mean = 1.33, SD = .555)

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลงผลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (n = 148)

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลงผล
	เป็นไปได้อ		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
การเชื่อว่าการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.68	.682	สูง
การเชื่อว่าการมีกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.64	.651	สูง
การเชื่อว่าการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การจัดการความเครียด/วิตกกังวล ทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพจิตได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.62	.633	สูง
การเชื่อว่าการงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่จะทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.61	.804	สูง
การเชื่อว่าการหากสามารถนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน เป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง จะทำให้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.60	.625	สูง

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจได้							
การเชื่อว่าการดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านให้มีความปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม จะช่วยชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.56	.702	สูง
การเชื่อว่าการดูแลตนเอง เช่น การดูแลดวงตา หู ฟัน ทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.54	.750	สูง
การเชื่อว่าการดูแลตนเอง เช่น การทำบุญ ทำสมาธิ ทำกิจกรรมทางศาสนา จะทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพจิตวิญญาณได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.51	.733	สูง
การเชื่อว่าการรับประทานภูมิคุ้มกันที่สำคัญ เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ ช่วยป้องกันโรคติดเชื้อ สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.49	.804	สูง
การเชื่อว่าการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีด้วยการสร้างเสริม	0.00	3.00	0.00	3.00	2.48	.751	สูง

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	สุขภาพจะทำให้สามารถ ชะลอความเสื่อมถอยทาง สุขภาพได้	0.00	3.00	0.00			
การเชื่อว่าการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสม ตามหลัก โภชนาการ เช่น การ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ งดอาหารหวาน มัน เค็ม จะ ทำให้ท่านชะลอความเสื่อม ถอยทางสุขภาพร่างกายได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.38	.929	สูง
ปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การตรวจช่องปาก ตรวจตา ตรวจเต้านม จะช่วยให้ สามารถป้องกันการเกิด ปัญหาสุขภาพที่เป็นการชะลอ ความเสื่อมถอยทางด้าน สุขภาพได้	1.00	3.00	.08	3.00	2.54	.495	สูง

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.54, SD = .495) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ในทุกข้อคำถามมีระดับการรับรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเชื่อว่าการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้ (Mean = 2.68, SD = .682) การเชื่อว่าการมีกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้ (Mean = 2.64, SD = .651) และมีการเชื่อว่าการทำให้

ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การจัดการความเครียด/วิตกกังวล ทำให้สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพจิตได้ (Mean =2.62, SD=.633) ตามลำดับ สำหรับข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเชื่อว่าการตรวจประเมินปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การตรวจช่องปาก ตรวจตา ตรวจเต้านม จะช่วยให้สามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่เป็นการชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพได้ (Mean =2.38, SD=.929)

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (n = 148)

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	การเชื่อว่าการนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืนเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมงทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00			
การเชื่อว่าการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้เหมาะสมเป็นไปด้วยความยุ่งยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.82	1.141	ต่ำ
การเชื่อว่าการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การจัดการความเครียด ทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.78	1.140	ต่ำ
การเชื่อว่าการดูแลสุขภาพแวดล้อมของบ้านให้มีความปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม เช่น การปรับบ้าน การทำราวจับ ทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.68	1.064	ต่ำ

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การเชื่อว่าการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.62	1.039	ต่ำ
การเชื่อว่าการงดสูบบุหรี่หรือ หลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่จากคนอื่น ทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.55	1.005	ต่ำ
การเชื่อว่าการที่ตนเองดูแลด้าน จิตวิญญาณ เช่น การทำบุญ ทำ สมาธิ ทำกิจกรรมทางศาสนา ทำ ได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.49	.922	ต่ำ
การเชื่อว่าการตรวจประเมิน ร่างกายด้วยตนเอง เช่น การ ตรวจช่องปาก ตรวจเต้านม ทำได้ ยากลำบาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.47	.943	ต่ำ
การเชื่อว่าการออกกำลังกายหรือ เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำทำได้ ได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.42	.881	ต่ำ
การเชื่อว่าการดูแลตนเอง เช่น การดูแลดวงตา หู ฟัน ด้วยตนเอง ทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.38	.876	ต่ำ
การเชื่อว่าการงดดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.35	.824	ต่ำ
การเชื่อว่าการรับภูมิคุ้มกัน เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ เพื่อป้องกันโรค ติดเชื่อทำได้ยาก	0.00	3.00	0.00	3.00	.34	.831	ต่ำ
ภาพรวม	0.00	3.00	0.00	2.75	.58	.649	ต่ำ

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean =.58, SD=.649) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ในทุกข้อคำถามมีระดับการรับรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นข้อคำถามการเชื่อว่าการนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืนเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมงทำได้ยากอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.07, SD = 1.179) ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเชื่อว่าการรับภูมิคุ้มกัน เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อทำได้ยาก (Mean =.34, SD=.831) รองลงมา คือ การเชื่อว่าการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำได้ยาก (Mean =.35, SD=.824) และการเชื่อว่าการดูแลตนเอง เช่น การดูแลดวงตา หู ฟัน ด้วยตนเองทำได้ยาก (Mean =.38, SD=.876) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง (n =148)

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้อ		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การเชื่อว่าตนเองสามารถรับภูมิคุ้มกัน เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ได้ เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย	0.00	3.00	0.00	3.00	2.78	.541	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองได้ทั้งหมด เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การรับวัคซีน	0.00	3.00	0.00	3.00	2.71	.586	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพแวดล้อมของบ้านให้มีความปลอดภัยจากการหกล้ม	0.00	3.00	0.00	3.00	2.68	.597	สูง

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การเชื่อว่าสามารถดูแลตนเอง เช่น ดวงตา หู ฟัน ผิวหนัง ด้วยตนเองได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.68	.639	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถงัดเข็ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.63	.731	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถเข้ารับ การตรวจสุขภาพประจำปีหรือ ตามกำหนดของแพทย์ได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.61	.771	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.61	.716	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถ รับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมตามหลักโภชนาการได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.47	.795	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถงัดสบู่ บุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการรับควัน บุหรี่มือสองได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.45	.950	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถดูแล ด้านจิตวิญญาณของตนเอง เช่น การทำบุญ ทำสมาธิ ทำกิจกรรม ทางศาสนา ได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.43	.842	สูง
การเชื่อว่าตนเองสามารถทำให้ ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดีได้ เช่น ไม่ เครียด ไม่กังวล	0.00	3.00	2.00	4.00	2.39	.690	สูง

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	เป็นไป		เป็นจริง				
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
การเชื่อว่าตนเองสามารถนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน เวลาในการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงได้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.05	1.048	สูง
ภาพรวม	0.00	3.00	.67	3.00	2.53	.434	สูง

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.53, SD = .434) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ในทุกข้อคำถามมีระดับการรับรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเชื่อว่าตนเองสามารถรับมือคุ้มกัน เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ได้ เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย (Mean = 2.78, SD = .541) รองลงมา คือ การเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกรสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองได้ทั้งหมด เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การรับวัคซีน (Mean = 2.71, SD = .586) และการเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านให้มีความปลอดภัยจากการหกล้ม (Mean = 2.68, SD = .597) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การเชื่อว่าตนเองสามารถนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน เวลาในการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงได้ (Mean = 2.53, SD = .434)

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความรู้สึกร่วมต่อพฤติกรรม (n = 148)

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	เป็นไป		เป็นจริง				
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
ก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารให้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.66	.645	สูง

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ข้างคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
เหมาะสม มีความรู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์จากการทำกิจกรรมเหล่านี้							
หลังการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี	0.00	3.00	0.00	3.00	2.58	.738	สูง
ระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี	0.00	3.00	0.00	3.00	2.55	.794	สูง
รู้สึกมีความสุขหรือสนุกสนานไปการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของตัวเอง	0.00	3.00	0.00	3.00	2.41	.848	สูง
ก่อนการเริ่มต้นการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความรู้สึกไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยในการทำกิจกรรมเหล่านี้	0.00	3.00	0.00	3.00	.82	1.067	ต่ำ
ระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความรู้สึก	0.00	3.00	0.00	3.00	.77	1.070	ต่ำ

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ข้างคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
ไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยในการทำกิจกรรมเหล่านี้							
ระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความรู้สึกเบื่อหน่ายกับกิจกรรมเหล่านี้	0.00	3.00	0.00	3.00	.72	1.069	ต่ำ
หลังการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ยังมีความรู้สึกไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยในการปฏิบัติ	0.00	3.00	0.00	3.00	.69	1.042	ต่ำ
รู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของตัวเอง	0.00	3.00	0.00	3.00	.57	1.018	ต่ำ
ภาพรวม	0.00	3.00	.11	3.00	1.53	.518	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้สึกต่อการปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.53, SD = .518) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารให้เหมาะสม มีความรู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์จากการทำกิจกรรมเหล่านี้ (Mean = 2.66, SD = .645) รองลงมา คือ หลังการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความรู้สึกที่สุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี (Mean = 2.58, SD = .738) และระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความรู้สึกที่สุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี (Mean = 2.55, SD = .794) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลอิทธิพลระหว่างบุคคล (n = 148)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้อ		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	0.00	3.00	0.00	3.00	2.24	1.028	สูง
ในการเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.16	1.147	สูง
ในการเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.14	1.141	สูง
สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.00	1.212	ปานกลาง
สมาชิกในครอบครัวอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	0.00	3.00	0.00	3.00	1.99	1.184	ปานกลาง

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลการแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
สมาชิกในครอบครัวคอยย้ำเตือนให้ปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การเตือนให้ออกกำลังกาย	0.00	3.00	0.00	3.00	1.84	1.240	ปานกลาง
สมาชิกในครอบครัวนำความรู้วิธีการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมาบอกหรือแนะนำ	0.00	3.00	0.00	3.00	1.80	1.234	ปานกลาง
เพื่อนวัยเดียวกันหรือเพื่อนต่างวัยกันส่งเสริม สนับสนุนในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การพูดคุยถึงการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ชักชวนไปออกกำลังกาย	0.00	3.00	0.00	3.00	1.21	1.263	ปานกลาง
เพื่อนวัยเดียวกันหรือเพื่อนต่างวัยที่มีสุขภาพที่ดีเป็นตัวอย่างหรือต้นแบบในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	0.00	3.00	0.00	3.00	1.16	1.235	ปานกลาง
การมีต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพที่ไม่ใช่เพื่อน	0.00	3.00	0.00	3.00	.97	1.143	ต่ำ
ภาพรวม	0.00	3.00	0.00	3.00	1.75	.781	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.75, SD = .781) เมื่อพิจารณาคำถามรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนน

เฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (Mean = 2.24, SD = 1.028) รองลงมา คือ ในการเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ (Mean = 2.16, SD = 1.147) และในการเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ (Mean = 2.14, SD = 1.141) ตามลำดับ ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพที่ไม่ใช่เพื่อน (Mean = .97, SD = 1.143)

ตารางที่ 8 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลอิทธิพลจากสถานการณ์ (n = 148)

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	การปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต	0.00	3.00	0.00			
สถานการณ์การเกิดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุของชุมชน เช่น การตัดขาจากโรคเบาหวาน อัมพาตจากความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.44	.920	สูง
การเกิดผู้ป่วยสูงอายุรายใหม่ในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องปฏิบัติตน	0.00	3.00	0.00	3.00	2.41	.946	สูง

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ							
สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ ทำให้ต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.41	.932	สูง
มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.06	1.018	สูง
คิดว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพที่ทำให้ปฏิบัติตนตามไปด้วย	0.00	3.00	0.00	3.00	2.02	1.085	สูง
ชุมชนมีสถานที่เพียงพอเหมาะสม และปลอดภัยที่จะให้ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ เช่น สถานที่ในการออกกำลังกายหรือ สถานที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ	0.00	3.00	0.00	3.00	1.95	1.111	ปานกลาง
มีวัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอเหมาะสม ปลอดภัย ให้ปฏิบัติ	0.00	3.00	0.00	3.00	1.95	1.136	ปานกลาง

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อ ชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย							
ชุมชนอำนวยความสะดวกในการ เดินทางไปร่วมกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพต่าง ๆ เช่น การจัดรถไป รับ-ส่ง	0.00	3.00	0.00	3.00	1.73	1.281	ปานกลาง
ภาพรวม	0.00	3.00	0.00	3.00	2.17	.629	สูง

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ภาพรวมในอยู่ระดับสูง (Mean = 2.17, SD = .629) เมื่อพิจารณาข้อความรายข้อ พบว่าข้อความที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต (Mean = 2.59, SD = .699) รองลงมา คือ สถานการณ์การเกิดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุของชุมชน เช่น การตัดขาจากโรคเบาหวาน อัมพาตจากความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ (Mean = 2.44, SD = .920) และการเกิดผู้ป่วยสูงอายุรายใหม่ในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ (Mean = 2.41, SD = .946) ตามลำดับ ข้อความที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ชุมชนอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น การจัดรถไปรับ-ส่ง (Mean = 1.73, SD = 1.281)

ตาราง 9 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพผู้สูงอายุ (n=148)

รายการ	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
	การป้องกันการหกล้ม	0.00	3.00	0.00			
การสวมใส่เสื้อผ้าที่พอดีตัว ไม่รุ่มร่าม ที่เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม	0.00	3.00	0.00	3.00	2.86	.490	ดี
การดูแลพื้นบ้านไม่ให้ลื่น มีน้ำหกพื้น	0.00	3.00	0.00	3.00	2.80	.567	ดี
การดูแลภายในบ้านและรอบตัวบ้านไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น สิ่งของ พรหมเช็ดเท้า	0.00	3.00	0.00	3.00	2.58	.808	ดี
การดูแลบริเวณบ้านในตอนกลางวันให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ ไม่เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม โดยเฉพาะบริเวณที่ท่านใช้งานบ่อยครั้ง	0.00	3.00	0.00	3.00	2.71	.652	ดี
การดูแลให้มีแสงสว่างตอนกลางคืนที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น บริเวณห้องนอน ห้องน้ำ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.70	.685	ดี
การปรับเปลี่ยนอิริยาบถหรือท่าทางอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันการเวียนศีรษะ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.69	.698	ดี
การสำรวจบริเวณบ้านที่ชำรุดทรุดโทรม เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.51	.861	ดี

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	0.00	3.00	.55	3.00	2.05	.502	ดี
การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 1500 มิลลิลิตรหรือประมาณ 8 แก้ว	0.00	3.00	0.00	3.00	2.50	.845	ดี
การรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.47	.972	ดี
การรับประทานผักหรือผลไม้ที่ไม่มียีสหวานจัดเพื่อให้ได้รับวิตามินและเกลือแร่	0.00	3.00	0.00	3.00	2.29	.843	ดี
การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่	0.00	3.00	0.00	3.00	2.20	.888	ดี
การรับประทานอาหารที่ไม่ไขมันไม่อิ่มตัว เช่น ไขมันจากน้ำมันพืช จากถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว แต่เพียงน้อย	0.00	3.00	0.00	3.00	2.16	.976	ดี
การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนที่ไม่มีไขมันติด เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา ไข่ขาว ถั่ว ผลิตภัณฑ์เต้าหู้	0.00	3.00	0.00	3.00	2.11	.861	ดี
การไม่รับประทานอาหารหมักดอง	0.00	3.00	0.00	3.00	1.93	1.235	ปานกลาง
การไม่รับประทานอาหารที่ไม่มีโซเดียมสูงหรือรสเค็มจัด เช่น เกลือ การเติมน้ำปลา ปลาเค็ม	0.00	3.00	0.00	3.00	1.90	1.067	ปานกลาง

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูกรอบ อาหารทอด	0.00	3.00	0.00	3.00	1.90	.995	ปานกลาง
การไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ของหวาน ขนมหวาน ผลไม้หวานจัด	0.00	3.00	0.00	3.00	1.84	.974	ปานกลาง
การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและใยอาหารเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวไม่ขัดสี เผือก มัน ข้าวโพด ลูกเดือย	0.00	3.00	0.00	3.00	1.28	.990	ปานกลาง
การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี	0.00	3.00	0.00	3.00	2.13	.674	ดี
การทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมงานอดิเรก กิจกรรมนันทนาการ ดูทีวี ฟังเพลง	0.00	3.00	0.00	3.00	2.63	.827	ดี
การมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี มี การพูดคุยกันที่ดี ปรึกษาเมื่อมีปัญหา	0.00	3.00	0.00	3.00	2.28	1.022	ดี
การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ปลอ่ยกวาง ไม่นำเรื่องต่าง ๆ มาคิดมากหรือสร้างความวิตกกังวล	0.00	3.00	0.00	3.00	2.24	1.019	ดี
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรือความเชื่อของท่าน เช่น การทำบุญตามความเชื่อ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.04	.968	ดี

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การมีกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย คลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.00	1.161	ปานกลาง
การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น กลุ่มทางสังคม ชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น	0.00	3.00	0.00	3.00	1.61	1.215	ปานกลาง
การดูแลตนเอง	0.00	3.00	0.00	3.00	2.19	.547	ดี
การอาบน้ำด้วยสบู่ที่ไม่ระคายเคืองผิวหนัง และสระผมด้วยแชมพูที่ไม่ระคายเคืองหนังศีรษะ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.67	.759	ดี
การขยับถ่ายอุจจาระเป็นเวลาประจำ เช่น ในตอนเช้า และสังเกตความผิดปกติจากการขยับถ่ายอุจจาระ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.63	.703	ดี
การแปรงฟันหลังตื่นนอน ก่อนนอน และหลังมื้ออาหารทุกมื้อ รวมทั้งการทำความสะอาดฟันปลอม	0.00	3.00	0.00	3.00	2.51	.837	ดี
การตรวจดูความผิดปกติของผิวหนังด้วยตนเอง เช่น แผล ตุ่มที่ผิดปกติ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.48	.900	ดี
การตัดเล็บให้สั้น	0.00	3.00	0.00	3.00	2.38	.914	ดี
การตรวจดูภายในช่องปากด้วยตนเองว่ามีสิ่งผิดปกติ เช่น แผล ตุ่มหนองในช่องปาก	0.00	3.00	0.00	3.00	2.20	1.080	ดี

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การดูแลผิวหนังของตนเองให้ชุ่มชื้น เช่น การทาโลชั่น ดื่มให้เพียงพอ	0.00	3.00	0.00	3.00	1.95	1.205	ปานกลาง
การดูแลช่องหู ไม่ใช้ไม้พันสำลีปั่นหู ไม่อยู่ในที่มีเสียงดัง	0.00	3.00	0.00	3.00	1.74	.984	ปานกลาง
การแปรงลิ้น และใช้ไหมขัดฟัน เพื่อกำจัดเศษอาหารบริเวณร่องซี่ฟัน	0.00	3.00	0.00	3.00	1.72	1.218	ปานกลาง
การดูแลดวงตาของตนเอง เช่น ไม่อยู่ในแสงจ้า สวมแว่นตากองแสงเมื่ออยู่กลางแจ้ง	0.00	3.00	0.00	3.00	1.70	1.164	ปานกลาง
การลดหรืองดใช้สารเสพติด	0.00	3.00	0.33	3.00	2.44	.655	ดี
การไม่ใช้กัญชา ยกเว้นกัญชาทางการแพทย์	0.00	3.00	0.00	3.00	2.79	.749	ดี
การไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มาจากใบกระท่อม	0.00	3.00	0.00	3.00	2.73	.877	ดี
การไม่สูบบุหรี่	0.00	3.00	0.00	3.00	2.59	1.010	ดี
การไม่อยู่ในบริเวณที่มีคนสูบบุหรี่ เพื่อหลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่	0.00	3.00	0.00	3.00	2.49	1.033	ดี
การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	0.00	3.00	0.00	3.00	2.47	1.013	ดี
การไม่ดื่มชาหรือกาแฟ	0.00	3.00	0.00	3.00	1.61	1.358	ปานกลาง
การพักผ่อนนอนหลับ	0.00	3.00	0.60	3.00	2.23	.547	ดี

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การดูแลให้อุณหภูมิภายในห้องนอนไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป	0.00	3.00	0.00	3.00	2.75	.558	ดี
การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอาการเมาก่อนเข้านอน	0.00	3.00	0.00	3.00	2.66	.838	ดี
การดูแลภายในห้องนอนไม่ทำให้เสียงดังรบกวนขณะนอนหลับ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.65	.708	ดี
การทำให้ภายในห้องมีความมืดที่ไม่มีแสงสว่างรบกวนการนอนหลับ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.59	.824	ดี
การไม่ดื่มชาหรือกาแฟหลังเวลาเที่ยงวัน	0.00	3.00	0.00	3.00	2.41	1.062	ดี
การไม่รับประทานอาหารเย็นในปริมาณที่มากเกินไปก่อนเข้านอน 2-3 ชั่วโมง	0.00	3.00	0.00	3.00	2.19	1.090	ดี
การมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น ทำจิตใจให้สงบ สวดมนต์ ทำสมาธิ นวดเบา ๆ	0.00	3.00	0.00	3.00	2.01	1.143	ดี
การไม่ทำกิจกรรมอื่น เช่น 不看ทีวี ไม่อ่านหนังสือ บนเตียงนอน เพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ดีขึ้น	0.00	3.00	0.00	3.00	1.84	1.153	ปานกลาง
การออกกำลังกายเบา ๆ ไม่หักโหม เช่น เดินเร็ว ยืดเหยียดแขนขา ช่วงเย็นก่อนเข้านอน 2-3 ชั่วโมง	0.00	3.00	0.00	3.00	1.82	1.194	ปานกลาง

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การ แปล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด			
ก่อนเข้านอน 2-3 ชั่วโมง ไม่ดื่ม น้ำเพื่อป้องกันการปวดปัสสาวะ ตอนกลางคืน	0.00	3.00	0.00	3.00	1.39	1.237	ปาน กลาง
การมีกิจกรรมทางกาย	0.00	3.00	0.00	3.00	1.10	.661	ปาน กลาง
ทำงานบ้านหรือทำงานที่เป็นการ ประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนไหว ร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อย วันละ 30 นาที	0.00	3.00	0.00	3.00	2.28	1.049	ดี
การมีกิจกรรมทางกายหรือออก กำลังกายแบบแอโรบิกที่ทำให้หัวใจ เต้นเร็วขึ้น เช่น การเดินเร็ว วิ่ง เหยาะ การเล่นกีฬา อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน	0.00	3.00	0.00	3.00	1.67	1.296	ปาน กลาง
การออกกำลังกายแบบแบบ ยืดหยุ่น/ยืดเหยียดร่างกาย 10- 20 นาทีต่อวัน	0.00	3.00	0.00	3.00	1.32	1.320	ปาน กลาง
อบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลัง กาย 5-10 นาที เช่น การวิ่ง เหยาะ ก่อนการวิ่งจริง	0.00	3.00	0.00	3.00	.83	1.169	ไม่ดี
พักเย็นด้วยการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย 5-10 นาที เช่น การวิ่งเหยาะ หลังการวิ่งจริง	0.00	3.00	0.00	3.00	.86	1.178	ไม่ดี

รายการ	ช่วงคะแนนที่		ช่วงคะแนนที่		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
	เป็นไปได้		เป็นจริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
การออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การยกดัมเบลน้ำหนัก 10-20 นาฬิกาต่อวัน	0.00	3.00	0.00	3.00	.50	.804	ไม่ดี
การออกกำลังกายแบบเพิ่มความสมดุลในการทรงตัว เช่น การรำไทเก๊ก 10-20 นาฬิกาต่อวัน	0.00	3.00	0.00	3.00	.25	.638	ไม่ดี
การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค	0.00	3.00	0.14	2.71	1.33	.555	ปานกลาง
เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	0.00	3.00	0.00	3.00	2.51	1.066	ดี
เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 (โควิด-19)	0.00	3.00	0.00	3.00	2.35	1.106	ดี
เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจากแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ เช่น ตรวจการมองเห็น การได้ยิน	0.00	3.00	0.00	3.00	2.14	1.320	ดี
เข้ารับการตรวจฟันจากทันตแพทย์	0.00	3.00	0.00	3.00	1.04	1.334	ปานกลาง
เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก คอตีบ และไอกรน	0.00	3.00	0.00	3.00	1.00	1.350	ไม่ดี
เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ	0.00	3.00	0.00	3.00	.20	.699	ไม่ดี
เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันงูสวัด	0.00	3.00	0.00	3.00	.14	.530	ไม่ดี
ภาพรวม	0.00	3.00	1.00	2.65	2.02	.355	ดี

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.02, SD = .355) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันการหกล้มภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.69, SD = .463) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ การสวมใส่เสื้อผ้าที่พอดีตัว ไม่รุ่มร่าม (Mean = 2.86, SD = .490) การดูแลพื้นบ้านไม่ให้ลื่น มีน้ำหกพื้น (Mean = 2.80, SD = .567) การดูแลภายในบ้านและรอบตัวบ้านไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น สิ่งของ พรมเช็ดเท้าที่เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม (Mean = 2.58, SD = .808) ด้านการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.05, SD = .502) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 1500 มิลลิลิตรหรือประมาณ 8 แก้ว (Mean = 2.50, SD = .845) การรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ (Mean = 2.47, SD = .972) การรับประทานผักหรือผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัดเพื่อให้ได้รับวิตามินและเกลือแร่ (Mean = 2.29, SD = .843) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและใยอาหารเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวไม่ขัดสี เผือก มัน ข้าวโพด ลูกเดือย (Mean = 1.28, SD = .990)

ด้านการสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดีภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.13, SD = .674) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ การทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมงานอดิเรก กิจกรรมนันทนาการ ดูทีวี ฟังเพลง (Mean = 2.63, SD = .827) การมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวเพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการพูดคุยกันที่ดี ปรึกษาเมื่อมีปัญหา (Mean = 2.28, SD = 1.022) การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ปล่อยวาง ไม่นำเรื่องต่าง ๆ มาคิดมากหรือสร้างความวิตกกังวล (Mean = 2.24, SD = 1.019) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น กลุ่มทางสังคม ชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น (Mean = 1.61, SD = 1.215) ด้านการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.19, SD = .547) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ การอาบน้ำด้วยสบู่ที่ไม่ระคายเคืองผิวหนัง และสระผมด้วยแชมพูที่ไม่ระคายเคืองหนังศีรษะ (Mean = 2.67, SD = .759) การขยับถ่ายอุจจาระเป็นเวลาประจำ เช่น ในตอนเช้า และสังเกตความผิดปกติจากการขยับถ่ายอุจจาระ (Mean = 2.63, SD = .703) การแปรงฟันหลังตื่นนอน ก่อนนอน และหลังมื้ออาหารทุกมื้อ รวมทั้งการทำความสะอาดฟันปลอม (Mean = 2.51, SD = .837) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดูแลดวงตาของตนเอง เช่น ไม่อยู่ในแสงจ้า สวมแว่นตากองแสงเมื่ออยู่กลางแจ้ง (Mean = 1.70, SD = 1.614)

ด้านการการลดหรืองดใช้สารเสพติดภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.19, SD = .547) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ การไม่ใช้กัญชา ยกเว้นกัญชาทางการแพทย์ (Mean = 2.79, SD = .749) การไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มาจากใบกระท่อม (Mean = 2.73, SD = .877) การไม่สูบบุหรี่ (Mean = 2.59, SD = 1.010) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดูแลดวงตาของตนเอง

เช่น การไม่ดื่มชาหรือกาแฟ (Mean = 1.61, SD = 1.358) ด้านการพักผ่อนนอนหลับภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.23, SD = .547) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ การดูแลให้อุณหภูมิภายในห้องนอนไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป (Mean = 2.75, SD = .558) การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอาการมึนเมาก่อนเข้านอน (Mean = 2.66, SD = .838) การดูแลภายในห้องนอนไม่ให้มีเสียงดังรบกวนขณะนอนหลับ (Mean = 2.65, SD = .708) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ก่อนเข้านอน 2-3 ชั่วโมง ไม่ดื่มน้ำเพื่อป้องกันการปวดปัสสาวะตอนกลางคืน (Mean = 1.39, SD = 1.237) ด้านการมีกิจกรรมทางกายภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.10, SD = .661) มีพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเพียง 1 เรื่อง คือ ทำงานบ้านหรือทำงานที่เป็นการประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อยวันละ 30 นาที (Mean = 2.28, SD = 1.049) มีพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี 3 อันดับแรก คือ การออกกำลังกายแบบเพิ่มความสมดุลในการทรงตัว เช่น การรำไทเก๊ก 10-20 นาทีต่อวัน (Mean = .25, SD = .638) การออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การยกตุ้มน้ำหนัก 10-20 นาทีต่อวัน (Mean = .50, SD = .804) พักเย็นด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย 5-10 นาที เช่น การวิ่งเหยาะหลังการวิ่งจริง (Mean = .86, SD = 1.178)

ด้านการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรครวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.13, SD = .555) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Mean = 2.51, SD = 1.066) เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 (Mean = 2.35, SD = 1.106) เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจากแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ เช่น ตรวจการมองเห็น การได้ยิน (Mean = 2.14, SD = 1.320) พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การฉีดวัคซีนป้องกันงูสวัด (Mean = .14, SD = .530)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=148)

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7
1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	1						
2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	-.329*	1					
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.582*	-.533*	1				
4. ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ	.214*	.122	.163*	1			
5. อิทธิพลระหว่างบุคคล	.108	-.270*	.293*	.092	1		
6. อิทธิพลของสถานการณ์	.383*	-.324*	.504*	.168	.519*	1	
7. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ	.358*	-.369*	.559*	.263*	.311*	.529*	1

*p < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ($r = .559$) รองลงมา คือ อิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ($r = .529$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ($r = -.369$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ($r = .358$) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ($r = .311$) และความรู้สึกต่อการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ($r = .263$)

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการ
ชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการ
ชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพผู้สูงอายุ (n=148)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
Constant	.804	.137		5.881	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.320	.061	.392	5.235	.000
อิทธิพลของสถานการณ์	.187	.042	.332	4.435	.000

R = .628, R² = .394, Adjusted R² = .386, F = 47.189, p = .000

จากตารางที่ 11 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลของสถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ได้ ร้อยละ 38.60 (F = 47.189, p = .000) ปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้สูงที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .392, p = .000) รองลงมา คืออิทธิพลของสถานการณ์ (Beta = .332, p = .000) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้ สามารถเขียนสมการถดถอย ได้ดังนี้

สมการคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ} = .804 + .320 \text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง} + .187 \text{อิทธิพลของสถานการณ์}$$

สมการคะแนนมาตรฐาน

$$\text{พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ} = .392 \text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง} + .332 \text{อิทธิพลของสถานการณ์}$$

บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยในการพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) จำนวน 148 คน มีการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน 148 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ มีรายได้ที่เพียงพอ มีโรคประจำตัว มียาที่ใช้เป็นประจำ มีสมาชิกครอบครัว 3-4 คน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง อิทธิพลของสถานการณ์อยู่ในระดับสูง ความรู้สึกต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี การดูแลตนเอง การลดหรืองดใช้สารเสพติด การพักผ่อนนอนหลับ แต่มีพฤติกรรมที่มีกิจกรรมทางกาย และการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพทางบวก ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของสถานการณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และความรู้สึกต่อการปฏิบัติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลของสถานการณ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ได้ร้อยละ 38.60 โดยปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้สูงที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลจากสถานการณ์

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยเป็นการอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย คือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัย พบว่า มีเพียงสองปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้ร้อยละ 38.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้สูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (2002) ที่เชื่อว่าความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลการกระทำที่จะสร้างแรงจูงใจให้บุคคลตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแหล่งที่มาของการเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมีหลายแหล่งโดยเฉพาะประสบการณ์ของบุคคลซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมายาวนานและมีประสบการณ์ด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของทั้งตนเองและผู้อื่นในวัยเดียวกัน ซึ่งแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model, Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถทำอะไรได้บ้างกับทักษะที่มีอยู่ ซึ่งเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองจากคือการตัดสินใจผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่จะสร้างขึ้น ดังนั้น หากบุคคลคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีและเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะบรรลุผลลัพธ์นั้นได้จะนำไปสู่การเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ และยังสามารถอธิบายได้ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher, Becker (1988) ที่เชื่อว่าการที่บุคคลจะรับรู้ความสามารถจากหลายวิธี เช่น การสร้างจากประสบการณ์ การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การพูดชักจูง และสร้างจากสภาวะทางสรีระและอารมณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง จนกระทั่งเกิดความเชื่อว่าตนเองนั้นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้สำเร็จ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์ที่มีอยู่อย่างยาวนานจากการเป็นผู้สูงอายุ การได้พบเห็นประสบการณ์ที่ดีของผู้อื่นในชุมชน จนกระทั่งเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้น

การศึกษาก่อนหน้านี้หลายการศึกษาแสดงข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของวิญญู

ทัณญ บุณฺหันทน์ พัชราภรณ์ ไหวคิต วิภาพร สร้อยแสง ชุตติมา สร้อยนาค ปรีศนา อัครชนพล จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของวิญญูทัณญ บุณฺหันทน์ และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของ Chantakeeree, Sormunen, Jullamate, Turunen (2021) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองและชนบท พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมผู้สูงอายุได้ ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของกรวิกา พรหมจาง เกียรติศักดิ์ แซ่ฮิว และสิदानันท์ จันทร์โต (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

อิทธิพลจากสถานการณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้รองลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ด้วยแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) ที่เชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้และมีความคิดส่วนตัวเกี่ยวกับสถานการณ์ใด ๆ ที่เอื้ออำนวยหรือขัดขวางพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะกลายเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของสภาพแวดล้อมที่มีการเสนอพฤติกรรมที่กำหนด ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในสถานการณ์หรือบริบทด้านสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกว่าจะเข้ากันได้ เกี่ยวข้อง และปลอดภัย ดังนั้น จากข้อมูลของชุมชนในขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อมูลของการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง อยู่จำนวนมาก จึงอาจเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นย้ำเตือนให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกิดการตระหนักถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ ซึ่งสามารถแสดงได้ด้วยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและมีเวลาที่เพียงพอในการปฏิบัติ รวมถึงการได้เห็นผู้สูงอายุรายอื่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ถึงสถานการณ์การเกิดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุของชุมชน เช่น การตัดขาจากโรคเบาหวาน อัมพาตจากความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ และรับรู้ถึงการเกิดผู้ป่วยสูงอายุรายใหม่

ในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ และสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ ทำให้ต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญูทัตญู บัญทัน พัชราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุติมา สร้อยนาค ปรีศนา อัครณพล จริยาวัตร คมพักษณ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของวิญญูทัตญู บัญทัน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

ผลการวิจัยพบมี 4 ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลหรือไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้ คือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) อธิบายไว้ว่าผลประโยชน์ที่คาดหวังมีอิทธิพลต่อความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในพฤติกรรมบางอย่าง ผลประโยชน์ที่บุคคลรับรู้จะจูงใจการมีพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลประโยชน์อาจเป็นภายใน (Intrinsic) หรือภายนอก (Extrinsic) ได้ ประโยชน์ภายใน ได้แก่ ศักยภาพในการเพิ่มพลังงานหรือการรับรู้ถึงความน่าดึงดูดใจ ผลประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัลที่เป็นตัวเงินหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เป็นไปได้ อันเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งจากผลการศึกษาจะพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงประโยชน์จากการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงแต่ประโยชน์ของการมีสุขภาพที่ดีหรือชะลอความเสื่อมถอยของสุขภาพอาจจะไม่ได้ชักจูงหรือจูงใจให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญูทัตญู บัญทัน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของลักษณะ พงษ์ภุมมา และจิตติพร ยอดประเสริฐ (2562) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของวิญญูทัตญู บัญทัน พัชราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุติมา สร้อยนาค ปรีศนา อัครณพล จริยาวัตร

คมพัยค์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของ Chen, & Hsieh (2021) ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการบ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบนฐานของชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของศิริวัลย์ เหา และ วิจิตรา ปัญญาชัย (2565) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การรับรู้อุปสรรค แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) อธิบายไว้ว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมาจากทั้งภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจในการต้องปฏิบัติพฤติกรรม และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายุงยาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก ซึ่งผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำหมายความว่าผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองไม่ได้มีอุปสรรคในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ แต่สาเหตุของการไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษานี้ได้นั้นอาจมาจากอุปสรรคภายในตัวของกลุ่มตัวอย่างเอง สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญูทัยญู บุญทัน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของวิญญูทัยญู บุญทัน พัชราภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชุติมา สร้อยนาคน ปรีศนา อัครธนพล จริยาวัตร คมพัยค์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้อุปสรรคสามารถของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

ความรู้สึกจากการปฏิบัติ แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) อธิบายไว้ว่าความรู้สึกจากการปฏิบัติเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบที่มีต่อกิจกรรม ความรู้สึกต่อตนเองขณะปฏิบัติกิจกรรม และความรู้สึกต่อบริบทที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดขึ้นในช่วงก่อนระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้สึกทางบวกมีผลจูงใจบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่หากบุคคลเกิดความรู้สึกทางลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจะมีผลให้

หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม จากผลการศึกษจะพบว่าทุกข้อคำถามด้านบวกผู้สูงอายุจะมีการระดับความรู้สึกต่อพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง แต่ข้อคำถามที่เป็นด้านลบจะมีระดับความรู้สึกอยู่ในระดับต่ำ แสดงถึงว่าผู้สูงอายุเองมีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติกิจกรรม แต่การที่ปัจจัยความรู้สึกจากการปฏิบัติไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้อาจมาจากการที่บางพฤติกรรมผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการปฏิบัติสอดคล้องกับการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูงที่ไม่สอดคล้องกับการเกิดพฤติกรรมบางด้านที่ไม่เกิดหรืออยู่ในระดับต่ำ รวมถึงความไม่หลากหลายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วย

อิทธิพลระหว่างบุคคล แบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (Murdaugh, Parsons, Pender, 2019) อธิบายไว้ว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลคือการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่นซึ่งอาจสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ แหล่งที่มาหลักของอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมคือ ครอบครัว เพื่อนฝูง และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม (ความคาดหวังของผู้อื่นที่สำคัญ) การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างแบบจำลอง (Modeling) (การเรียนรู้แทนผ่านการสังเกตผู้อื่น) อิทธิพลระหว่างบุคคลเหล่านี้จะกำหนดแนวโน้มของแต่ละบุคคลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ถึงการมีอยู่ของอิทธิพลระหว่างบุคคลทั้งจากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการมีต้นแบบของการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีอยู่ในระดับต่ำด้วยอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้อิทธิพลระหว่างบุคคลไม่สามารถที่จะอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญูทัยญญ บัญทัน และสิรินธร คุณารักษ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของวิญญูทัยญญ บัญทัน พัทธภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง ชูติมา สร้อยนาถ ปรีศนา อัครชนพล จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การศึกษาของกรวิกา พรหมจาง เกียรติศักดิ์ แซ่ฮิว และสิตานันท์ จันทร์โต (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการได้ คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองและปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ ควรนำผลการวิจัยไปใช้คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีการจัดการกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน คือ พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี เนื่องจากมีระดับพฤติกรรมภาพรวมปานกลาง แต่รายชื่อหลายชื่ออยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการป้องกันการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีสาเหตุจากโรคประจำตัว โดยการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพผ่านการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองนั้นรับรู้ว่าคุณสามารถดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้สำเร็จ มีการเพิ่มเนื้อหาของสถานการณ์เกิดโรค ความรุนแรงของโรคที่มีสาเหตุจากการขาดการสร้างเสริมสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำการศึกษ เฉพาะตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพรายด้าน โดยขยายขอบเขตเป็นการศึกษาข้อมูลประชากรผู้สูงอายุทุกคน เพื่อให้สามารถสร้างฐานข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเร่งด่วนการแก้ไขจัดการให้เหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละรายอาจจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเร่งด่วนในการแก้ไขแตกต่างกัน จะทำให้สามารถจัดกลุ่มกิจกรรมได้ง่ายขึ้น การศึกษาเฉพาะตัวแปรตามในขอบเขตของประชากรเนื่องจากจำนวนข้อคำถามมีจำนวนมาก คือ 64 ข้อ หากมีการศึกษาปัจจัย (ตัวแปรต้น) ร่วมด้วยอาจต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการศึกษา ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ทันเวลา

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *ข้อมูลผู้สูงอายุทั่วไป*. <https://www.dop.go.th/th/know/1>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 7). เทพเพ็ญวานิสัย.
- กรมอนามัย. (2557). *แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง*. สำนักงานกิจการ
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรวิกา พรหมจาง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว, และสิตานันท์ จันทรีโต. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*,
32(2), 233-246.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). (2566). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทาง
ประชากรในประเทศไทย สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย*.
http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai_200411_69.pdf.
- ชญัญญาช ไพรวงศ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบล
บ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน
(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 37(1), 37-46.
- นริศรา ชาญณรงค์, รจฤดี โชติกาวิรินทร์, เขมกัญญา อนันต์, และรัฐศาสตร์ เด่นชัย. (2565). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 16(2), 216-229.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. เดือนตุลา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภคจิรา ภูสมศรี, ดวงรัตน์ สว่างธัม, และสุณิศา ลิเคื้อ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลหนองซำซาก อำเภอบ้านบึง จังหวัด
ชลบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(2),
228-238.
- ลักขณา พงษ์ภุมมา, และจิตติพร ยอดประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชน
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 236-243.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ (บ.ก.). (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เอ็นพี
เพรส.

- วิญญูทัณญ บัญทัน, ขนิษฐา นันทบุตร, และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2561). การพัฒนาภาวะผู้นำของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 24(2), 178-195.
- วิญญูทัณญ บัญทัน, พัชรภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครชนพล, และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 323-37.
- วิญญูทัณญ บัญทัน, และสิรินทร์ คุณารักษ์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(1), 25-37.
- ศิริพันธ์ุ สาสัติย์. (2564). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2561). *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวัลย์ เหรา, และวิจิตรา ปัญญาชัย. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(3), 80-93.
- อักษร อยู่วัง, และบัวทอง สว่างโสภากุล. (2563). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 20(2), 264-281.
- Anthony, O.C. (2010). "Managing behavior and emotional issues in older people". *The Social Science*, 5(5), 401-413.
- Birch, J.T., Bhattacharya, S. (2017). Prevention and screening. In Busby-Whitehead, J., Durso, S.C., Arenson, C., Elon, R., Palmer, M.H., Reichel, W. (Eds.). *REICHEL's care of the elderly: clinical aspects of aging* (7th ed). Cambridge University Press.
- Chantakeeree, C., Sormunen, M., Jullamate, P., & Turunen, H. (2021). Health-promoting behaviors among urban and rural older Thai adults with hypertension: a cross-sectional study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(2), 242-254.

- Chen, H.H., & Hsieh, P.L. (2021). Applying the Pender's Health Promotion Model to identify the factors related to older adults' participation in community-based health promotion activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 9985. doi: 10.3390/ijerph18199985.
- Dahlkemper, T.R. (2016). *Anderson's caring for older adults holistically* (6th ed). F.A. Davis.
- Davies, G.A., & Bolton, C.E. (2017). Age-related changes in the respiratory system. In Fillit, H.M., Rockwood, K., Young, J. (Eds.). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (8th ed). Elsevier.
- Eliopoulos, C. (2022). *Gerontological nursing* (10th ed). Wolters Kluwer.
- Feldstein, R., Beyda, D.F., & Katz, S. (2017). Aging of the gastrointestinal system. In Fillit, H.M., Rockwood, K., & Young, J (Eds.). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (8th ed). Elsevier.
- Fillit, H., Rockwood, K., & Young, J. (2017). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (8th ed). Elsevier.
- Galvin, J.E. (2017). Neurologic signs in older adults. In Fillit, H.M., Rockwood, K., & Young, J (Eds.). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (8th ed). Elsevier.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning : an educational and ecological approach* (4th ed). McGraw-Hill.
- Health Data Center. (2566). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน: ประชากร*.
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0
- Markle-Reid, M.F., Keller, H.H., & Browne, G. (2017). In Fillit, H.M., Rockwood, K., & Young, J (Eds.). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (8th ed). Elsevier.
- Mauk, K.L. (2023). *Gerontological nursing: competencies for care* (5th ed). Jones & Bartlett Learning.
- Meiners, S.E., & Yeager, J.J. (2019). *Gerontologic nursing* (6th ed). Mosby Elsevier.
- Murdaugh, C.L., Parsons, M.A., & Pender, N.J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed). Pearson.

- Orimo, H. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Japan Geriatrics Society*, 43(1), 27-34. doi: 10.3143/geriatrics.43.27.
- Smith, P.P., & Kuchel, G.A. (2017). Aging of the urinary tract. In Fillit, H.M., Rockwood, K., & Young, J (Eds.). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (8th ed). Elsevier.
- Tobin, D.J., Veysey, E.C., & Finlay, A.Y. (2017). Aging and the skin. In Fillit, H.M., Rockwood, K., & Young, J (Eds.). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (8th ed). Elsevier.
- Tokuda, Y., & Hinohara, S. (2008). “Geriatric nation and redefining the elderly in Japan”. *International Journal of Gerontology*, 2(4), 154–157.
- Touhy, T.A., & Jett, K.F. (2020). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: human needs & nursing response* (10th ed). Elsevier.
- United Nations. (2019). *World population aging 2019: highlights*.
https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf.
- Uotinen, V. (2005). *I am old and I feel: subjective age in finish adults*. Yvässkylä University Printing House.
- World Health Organization. (2022). *Active ageing: a policy framework*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- Wold, G.H. (2012a). Psychosocial care of the elderly. In Gloria, H.W. (Eds.). *Basic geriatric nursing* (5th ed). Mosby.
- Wold, G.H. (2012b). Physiologic change. In Gloria, H.W. (Eds.) *Basic geriatric nursing* (5th ed.). Mosby.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้อ่านเพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง
(Certificate of Exemption)
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 27 กันยายน 2566

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัศน์ บุญทัน
คณะวิชา/หลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเสตชงิก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 27 กันยายน 2566

เลขที่รับรอง

HCU-EC1379/2566

วันที่ให้การรับรอง: 27 กันยายน 2566

วันหมดอายุใบรับรอง: 26 กันยายน 2568

คำชี้แจงกลุ่มผู้สูงอายุในการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญ บุญทัน อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในให้สัมภาษณ์ ข้อมูล โดยมีโครงสร้างคำถามตามแบบสัมภาษณ์งานวิจัย เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และรายงานผลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าจะท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับท่าน หากท่านสงสัยในข้อคำถามใด ๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากแม้ท่านไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยในช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูลย่อมสามารถกระทำได้โดยทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ท่านหลายครั้งหากพบว่าข้อมูลยังไม่สมบูรณ์

งานวิจัยครั้งนี้ จะประสบผลสำเร็จลงไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงใคร่ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญ บุญทัน)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า อายุ ปี
 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญ บัญทัน และคณะ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชู่เชิญหลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่จะเกิดขึ้นรวมถึง ความปลอดภัย อาการที่ตามมา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งคุณค่าที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้ว

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่า จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และการทำงานทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิญญูทัตญญ บุญทัน)

หัวหน้าโครงการวิจัย



ภาคผนวก ข.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ ดร.สุทธินันท์ สุบินดี
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประราลี โอภาสนันท์
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. อาจารย์ ดร.อารยา ทิพย์วงศ์
สาขาวิชาการพยาบาลชุมชนวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ภาคผนวก ค.

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถาม เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลของท่านเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ ของตัวท่านเองในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเหล่านี้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้ผู้สูงอายุฟัง จากนั้นให้ผู้สูงอายุตอบคำถามตามความเป็นจริง และผู้วิจัยเป็นผู้เขียนคำตอบลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ จำนวน 66 ข้อ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ | จำนวน 12 ข้อ |
| 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ | จำนวน 12 ข้อ |
| 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง | จำนวน 12 ข้อ |
| 4) ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม | จำนวน 10 ข้อ |
| 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล | จำนวน 10 ข้อ |
| 6) อิทธิพลของสถานการณ์ | จำนวน 10 ข้อ |

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 62 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังต่อไปนี้

- | | |
|---------------------------------------|--------------|
| 1) การป้องกันการหกล้ม | จำนวน 7 ข้อ |
| 2) การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม | จำนวน 11 ข้อ |
| 3) การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี | จำนวน 6 ข้อ |
| 4) การดูแลตนเอง | จำนวน 10 ข้อ |
| 5) การลดหรืองดใช้สารเสพติด | จำนวน 6 ข้อ |

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 6) การพักผ่อนนอนหลับ | จำนวน 10 ข้อ |
| 7) การมีกิจกรรมทางกาย | จำนวน 7 ข้อ |
| 8) การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค | จำนวน 5 ข้อ |

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ศาสนา

<input type="checkbox"/> ศาสนาพุทธ	<input type="checkbox"/> ศาสนาคริสต์
<input type="checkbox"/> ศาสนาอิสลาม	<input type="checkbox"/> ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู
<input type="checkbox"/> ไม่นับถือศาสนาใด	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ.....)
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ.....)
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> หย่า/แยก	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ.....)	
6. แหล่งที่มาของรายได้หลักในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> การประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้จากบุตรหลาน
<input type="checkbox"/> เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> บำเหน็จ บำนาญ
<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ.....)

7. ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย

- เพียงพอ ไม่เพียงพอ

8. โรคประจำตัว

- ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว

9. ยาที่ใช้เป็นประจำ

- ไม่มี มี

10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน

11. การมีผู้ดูแลหลัก

- ไม่มี มี

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้แก่ผู้สูงอายุฟังว่าในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีข้อคิดเห็นหรือการรับรู้อย่างไรบ้าง เมื่อท่านเข้าใจข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้อ่านให้ฟังแล้ว ให้ท่านบอกการรับรู้ของท่านใน 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก โดยมีการแปลความหมายของการรับรู้ ดังนี้

- | | |
|-----------------|--|
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว |
| เห็นด้วยน้อย | หมายถึง เห็นด้วย แต่คิดว่าไม่เกี่ยวข้องกับตัวท่านในปัจจุบัน |
| เห็นด้วยปานกลาง | หมายถึง เห็นด้วย แต่คิดว่าเกี่ยวข้องกับตัวท่านเพียงบางส่วน |
| เห็นด้วยมาก | หมายถึง เห็นด้วยและคิดว่าเป็นตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านในปัจจุบันทั้งหมด |

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ				
1. ท่านเชื่อว่าการที่ท่านปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพได้				
2. ท่านเชื่อว่าการดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านท่านให้มีความปลอดภัยทำให้ท่านชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพร่างกายจากการไม่เสี่ยงต่อการหกล้มได้				
3. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการทำให้ท่านชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพร่างกายได้				
4. ท่านเชื่อว่าการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดีทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพจิตได้				
5. ท่านเชื่อว่าการที่ตนเองดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น การทำบุญ ทำสมาธิ ทำกิจกรรมทางศาสนา จะทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพจิตวิญญาณได้				
6. ท่านเชื่อว่าการเข้ารับการตรวจประเมินร่างกายด้วยตนเอง เช่น การตรวจช่องปาก ตรวจง่ามนม จะช่วยให้ท่านตรวจพบปัญหาสุขภาพได้รวดเร็วที่เป็นการชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพที่รุนแรงได้				
7. ท่านเชื่อว่าการงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่มือสองจะทำให้ท่าน				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
สามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้				
8. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้				
9. ท่านเชื่อว่หากท่านสามารถนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน เวลาในการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมง จะทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจได้				
10. ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้				
11. ท่านเชื่อว่าการรับประทานวิตามินที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุไม่ทำให้ตนเองเกิดโรคติดเชื้อได้ง่ายทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายได้				
12. ท่านเชื่อว่าการดูแลตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพตา หู ฟัน ทำให้ท่านสามารถชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจได้				
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ				
1. ท่านเชื่อว่าการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพของท่านเป็นไปด้วยความยากลำบาก				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
2. ท่านเชื่อว่าการดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านท่านให้มีความปลอดภัยไม่เกิดการหก ล้น เช่น การปรับบ้าน การทำราวจับ ทำได้ยากลำบาก				
3. ท่านเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการทำให้ยากลำบาก				
4. ท่านเชื่อว่าการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดีทำได้ยากลำบาก				
5. ท่านเชื่อว่าการที่ตนเองดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น การทำบุญ ทำสมาธิ ทำกิจกรรมทางศาสนา ทำได้ยากลำบาก				
6. ท่านเชื่อว่าการตรวจประเมินร่างกายด้วยตนเอง เช่น การตรวจช่องปาก ตรวจเต้านม ทำได้ยากลำบาก				
7. ท่านเชื่อว่าการงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่มือสองจะได้ยากลำบาก				
8. ท่านเชื่อว่าการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำได้ยากลำบาก				
9. ท่านเชื่อว่าการนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน เวลาในการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมง ทำได้ยากลำบาก				
10. ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำทำได้ยากลำบาก				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
11. ท่านเชื่อว่าการรับภูมิคุ้มกันที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุไม่ทำให้ตนเองเกิดโรคติดเชื้อได้ง่ายทำได้ยากลำบาก				
12. ท่านเชื่อว่าการดูแลตนเอง เช่น การดูแลดวงตา หู ฟัน ด้วยตนเองทำได้ยากลำบาก				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
1. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองได้ทั้งหมด				
2. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านให้มีความปลอดภัยจากการหกล้ม				
3. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการได้				
4. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดีได้				
5. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น การทำบุญ ทำสมาธิ ทำกิจกรรมทางศาสนา ได้				
6. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีหรือตามกำหนดของแพทย์ได้				
7. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถงดยาสูบหรือหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่มือสองได้				
8. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถดัดไม้เครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ได้				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
9. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน เวลาในการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงได้				
10. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำได้				
11. ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถรับมือคุ้มกันที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุไม่ให้ตนเองเกิดโรคติดเชื้อมีได้ง่ายได้				
12. ท่านเชื่อว่าสามารถดูแลตนเอง เช่น ดวงตา หู ฟัน ผิวหนัง ด้วยตนเองได้				
ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม				
1. ก่อนการเริ่มต้นการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ ท่านมีความรู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติเหล่านี้				
2. ก่อนการเริ่มต้นการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ท่านมีความรู้สึกไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยในการปฏิบัติ				
3. ระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ท่านมีความรู้สึกไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยในการปฏิบัติ				
4. หลังการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ท่านยังมีความรู้สึกไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยในการปฏิบัติ				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
5. ระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี				
6. หลังการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี				
7. ระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับกิจกรรมเหล่านั้น				
8. ระหว่างการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับกิจกรรมเหล่านั้น				
9. ท่านรู้สึกมีความสุขหรือสนุกสนานไปการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของตัวเอง				
10. ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของตัวเอง				
อิทธิพลระหว่างบุคคล				
1. เพื่อนวัยเดียวกันกับท่านส่งเสริมสนับสนุนท่านในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การพูดคุยถึงการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ชักชวนไปออกกำลังกาย				
2. เพื่อนวัยเดียวกันกับท่านที่มีสุขภาพที่ดีเป็นตัวอย่างหรือต้นแบบให้ท่านในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
3. ท่านมีต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพที่ไม่ใช่เพื่อนของท่าน				
4. สมาชิกในครอบครัวของท่านสนับสนุนท่านในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ				
5. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยย้ำเตือนให้ท่านปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การเตือนให้ออกกำลังกาย				
6. สมาชิกในครอบครัวนำความรู้ วิธีการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมาบอกหรือแนะนำท่าน				
7. สมาชิกในครอบครัวของท่านอำนวยความสะดวกต่อท่านในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ				
8. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน				
9. ในการเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพแก่ท่าน				
10. ในการเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แนะนำ				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
วิธีการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพแก่ท่าน				
อิทธิพลของสถานการณ์				
1. ชุมชนมีสถานที่เพียงพอ เหมาะสมที่จะให้ท่านปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ เช่น สถานที่ในการออกกำลังกาย สถานที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ				
2. ท่านมีวัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ เหมาะสมให้ท่านปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย				
3. ท่านมีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพ				
4. ชุมชนอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น การจัดรถไปรับ-ส่ง				
5. สถานการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในผู้สูงอายุของชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ท่านต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ				
6. สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง				

ข้อคำถาม	การรับรู้			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก
ทำให้ท่านต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ				
7. สถานการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในผู้สูงอายุของชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ท่านต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ				
8. สถานการณ์การเกิดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุของชุมชน เช่น การตัดขาจากโรคเบาหวาน อัมพาตจากความดันโลหิตสูง ทำให้ท่านต้องปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ				
9. การปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของท่าน				
10. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนของท่านมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพที่ทำให้ท่านปฏิบัติตนตามไปด้วย				

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้แก่ผู้สูงอายุฟังว่าในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรบ้าง เมื่อท่านเข้าใจข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้อ่านให้ฟังแล้ว ให้ท่านบอกการรับรู้ของท่านใน 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ โดยมีการแปลความหมาย ดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นหรือคำถามนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้น 4-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้น 7 วันต่อสัปดาห์ หรือทุกวันหรือทุกครั้ง

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ/มีพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	เป็นประจำ
การป้องกันการหกล้ม				
1. ท่านดูแลภายในบ้านและรอบตัวบ้านไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน				
2. ท่านดูแลพื้นบ้านไม่ให้ลื่น มีน้ำหกพื้น				
3. ท่านสำรวจบริเวณบ้านที่ชำรุด ทรุดโทรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ				
4. ท่านดูแลบริเวณบ้านในตอนกลางวันให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ ไม่เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม โดยเฉพาะบริเวณที่ท่านใช้งานบ่อยครั้ง				
5. ท่านดูแลให้มีแสงสว่างตอนกลางคืนที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น บริเวณห้องนอน ห้องน้ำ				
6. ท่านปรับเปลี่ยนอิริยาบถหรือท่าทางอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันการเวียนศีรษะ				

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ/มีพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	เป็นประจำ
7. ท่านสวมใส่เสื้อผ้าที่พอดีตัว ไม่รุ่มร่าม ที่เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม				
การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม				
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อ				
2. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่				
3. ท่านรับประทานอาหารเช้าที่มีโปรตีนที่ไม่มีไขมันติด เช่นเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา ไข่ขาว ถั่วผลิตภัณฑ์เต้าหู้				
4. ท่านรับประทานอาหารเช้าที่มีคาร์โบไฮเดรตและใยอาหารเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวไม่ขัดสี เผือก มัน ข้าวโพด ลูกเดือย				
5. ท่านรับประทานอาหารเช้าที่ไม่ไขมันไม่อิ่มตัวแต่เพียงน้อย เช่น ไขมันจากน้ำมันพืชจากถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว				
6. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 1500 มิลลิลิตร หรือประมาณ 8 แก้ว				
7. ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัดเพื่อให้ได้รับวิตามินและเกลือแร่				
8. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงหรือรสเค็มจัด เช่น เกลือ การเติมน้ำปลา ปลาเค็ม				
9. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ของหวาน ขนมหวาน ผลไม้หวานจัด				
10. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูกรอบ อาหารทอด				
11. ท่านไม่รับประทานอาหารหมักดอง				
การสร้างสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี				

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ/มีพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	เป็นประจำ
1. ท่านทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมงานอดิเรก กิจกรรมนันทนาการ				
2. ท่านมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวเพื่อการสร้างสัมพันธ์ที่ดี มีการพูดคุยกันที่ดี				
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น กลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ที่มีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น				
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของท่าน เช่น การทำบุญตามความเชื่อ				
5. ท่านทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ปลอ่ยกวาง ไม่นำเรื่องต่าง ๆ มาคิดมากหรือสร้างความวิตกกังวล				
6. ท่านมีกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย คลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ				
การดูแลตนเองและตรวจสุขภาพ				
1. ท่านแปรงฟันหลังตื่นนอน ก่อนนอน และหลังมื้ออาหารทุกมื้อ รวมทั้งการทำความสะอาดฟันปลอม				
2. ท่านแปรงลิ้น และใช้ไหมขัดฟันเพื่อกำจัดเศษอาหารบริเวณร่องซี่ฟัน				
3. ท่านตรวจดูภายในช่องปากด้วยตนเองว่ามีสิ่งผิดปกติ เช่น แผล ตุ่มหนองในช่องปาก				
4. ท่านดูแลดวงตาของตนเอง เช่น ไม่อยู่ในแสงจ้า สวมแว่นตากรองแสงเมื่ออยู่กลางแจ้ง				
5. ท่านดูแลช่องหู ไม่ใช่ไม้พันสำลีปั่นหู ไม่อยู่ในที่มีเสียงดัง				
6. ท่านอาบน้ำด้วยสบู่ที่ไม่ระคายเคืองผิวหนัง และสระผมด้วยแชมพูที่ไม่ระคายเคืองหนังศีรษะ				

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ/มีพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	เป็นประจำ
7. ท่านดูแลผิวหนังของท่านเองให้ชุ่มชื้น เช่น การทาโลชั่น				
8. ท่านตรวจดูความผิดปกติของผิวหนังด้วยตนเอง เช่น แผล ตุ่มที่ผิดปกติ				
9. ท่านตัดเล็บให้สั้น				
10. ท่านซักรายูจระเป็นเวลาประจำ เช่น ในตอนเช้า				
การลดหรืองดใช้สารเสพติด				
1. ท่านไม่สูบบุหรี่				
2. ท่านหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสอง คือ ไม่อยู่ในบริเวณที่มีคนสูบบุหรี่				
3. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์				
4. ท่านไม่ใช้กัญชา ยกเว้นกัญชาทางการแพทย์				
5. ท่านไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มาจากใบกระท่อม				
6. ท่านไม่ดื่มชาหรือกาแฟ				
การพักผ่อนนอนหลับ				
1. ท่านไม่ดื่มชาหรือกาแฟหลังเวลาเที่ยงวัน				
2. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอาการเมามาก่อนเข้านอน				
3. ท่านการออกกำลังกายเบา ๆ ไม่หักโหม ช่วงเย็นก่อนเข้านอน 2-3 ชั่วโมง				
4. ท่านไม่รับประทานอาหารเย็นในปริมาณที่มากเกินไปก่อนเวลาเข้านอน 2-3 ชั่วโมง				
5. ท่านมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น การนวดเบา ๆ การทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ				
6. ท่านไม่ดื่มน้ำก่อนเข้านอนเพื่อป้องกันการปวดปัสสาวะตอนกลางคืน				

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ/มีพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	เป็นประจำ
7. ท่านใช้เตียงนอนสำหรับการนอนและการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น				
8. ท่านทำให้ภายในห้องของท่านมีความมืดที่ไม่มีแสงสว่างรบกวนการนอนหลับ				
9. ท่านดูแลให้ภายในห้องนอนของท่านไม่มีเสียงดังรบกวนขณะนอนหลับ				
10. ท่านดูแลให้อุณหภูมิภายในห้องนอนไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป				
การมีกิจกรรมทางกาย				
1. ท่านออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ การเล่นกีฬา อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน				
2. ท่านออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การยกตุ้มน้ำหนัก 10-20 นาทีต่อวัน				
3. ท่านออกกำลังกายแบบแบบยืดหยุ่น/ยืดเหยียดร่างกาย 10-20 นาทีต่อวัน				
4. ท่านออกกำลังกายแบบเพิ่มความสมดุลในการทรงตัว เช่น การรำไทเก๊ก 10-20 นาทีต่อวัน				
5. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย 5-10 นาที เช่น การวิ่งเหยาะ ก่อนการวิ่งจริง				
6. ท่านพักเย็นหลังการออกกำลังกาย 5-10 นาที เช่น การวิ่งเหยาะ หลังการวิ่งจริง				
7. ท่านทำงานบ้านหรือทำงานที่เป็นการประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อย 30 นาที				

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้แก่ผู้สูงอายุฟังว่าใน 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรบ้าง เมื่อท่านเข้าใจข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้อ่านให้ฟังแล้ว ให้ท่านบอกการรับรู้ของท่านใน 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ โดยมีการแปลความหมาย ดังนี้

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นหรือคำถามนั้น

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้นเพียงบางส่วน
ของทั้งหมดที่ควรปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้นเป็นส่วนใหญ่
มากกว่าครึ่งของทั้งหมดที่ควรปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความหรือคำถามนั้นทั้งหมด
ที่ควรปฏิบัติ

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ/มีพฤติกรรม			
	ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ส่วนใหญ่	เป็นประจำ
1. ท่านเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่				
2. ท่านเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอด อักเสบ				
3. ท่านเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันงูสวัด				
4. ท่านเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนา 2019 (โควิด-19)				
5. ท่านเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก คอตีบ และไอกรน				