



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ :
กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร
FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS
IN ELDERLY PEOPLE : A CASE STUDY IN A CROWDED
COMMUNITY, BANGKOK

สุदारัตน์ มหาโคตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2562

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง
ในเขตกรุงเทพมหานคร

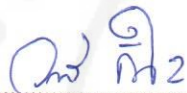
FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN ELDERLY PEOPLE
: A CASE STUDY IN A CROWDED COMMUNITY, BANGKOK

สุตารัตน์ มหาโคตร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2562



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
กรรมการ



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม
กรรมการ



อาจารย์ ดร.นพนัฐ จำปาเทศ
กรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



รองศาสตราจารย์อิสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง
ในเขตกรุงเทพมหานคร

สุดารัตน์ มหาโคตร 596056

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, ประ.ด. (การพยาบาล)

จริยาวัตร คมพัยค์ม, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 87 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ได้รับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 0.80 และนำไปทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ .743 และ .742 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี ($\bar{X}=3.15$, S.D.= 0.27) และจากการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 47.10 ($R^2=0.490$, Adjusted $R^2=0.471$, $P_{(F \text{ Change})}=.010$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN ELDERLY PEOPLE
: A CASE STUDY IN A CROWDED COMMUNITY, BANGKOK

SUDARAT MAHAKOTE 596056

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KAMONTIP KHUNGTUMNEUM, Ph.D. (NURSING)

JARIYAWAT KOMPAYAK, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH NURSING)

ABSTRACT

This research aimed to study health promotion behaviors and factors predicting health promoting behaviors in elderly people. The sample consisted of elderly people aged 60 years and over. Residents living in Banbab Village, Sathorn District, Bangkok, collected 87 people. Data were collected by using questionnaires consisting of 3 parts. Part 1 Personal information of the elderly. Part 2 factors predicting health promoting behaviors in elderly and Part 3 the behaviors health of the elderly. Pass the validation check Content oriented from 3 experts and CVI = 0.80. The Cronbach's alpha coefficient is equal to .743 and .742. The data is analyzed by mean, standard deviation and multiple regression analysis

The results showed that the sample group had good overall health promotion behaviors (\bar{X} =3.15, S.D.=0.27) and from the analysis of the predictive variables affecting health promotion behaviors of the elderly in the community Congestion found that predictable variables were interpersonal influences on perceived self-efficacy, interpersonal influences and perceived benefits of action. All factors can predict the health promotion behaviors of the elderly in crowded communities by 47.10 percent ($R^2=0.490$, Adjusted $R^2= 0.471$, $P_{(F \text{ Change})} = .010$)

Keywords: Elderly in crowded communities, Perception of health status,
Perceived benefits of action, Perceived self-efficacy,
Interpersonal influences, Health promotion behavior

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ดีด้วยความกรุณาเอาใจใส่ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ ดร.นพนันธุ์ จำปาเทศ กรรมการ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำแนะนำให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนรวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ของแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และคณาจารย์พิเศษทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในภายภาคหน้า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการเขตสาทร กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ประธานชุมชนบ้านแบบ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ประธานชุมชนหลังวัดแก้วแจ่มฟ้า (สี่พระยา) เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ที่ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือและให้ความสะดวกอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณผู้สูงอายุชุมชนบ้านแบบ ผู้สูงอายุชุมชนหลังวัดแก้วแจ่มฟ้า (สี่พระยา) ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบุพการี คุณพ่อสุรชัย คุณแม่กอบแก้ว มหาโคตร และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านตลอดจนเพื่อน ๆ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่น 13 ทุกท่าน ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่เป็นแหล่งประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และคุณธรรมแก่ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะนำความรู้เหล่านี้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานวิชาชีพและไปสร้างประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติสืบไป

สุดารัตน์ มหาโคตร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย	4
1.6 คำนิยามศัพท์	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย	7
2.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	11
2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	20
2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนแออัด	24
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	25
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	28
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	29
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	31
4.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	33
4.3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด	35
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	40
5.2 อภิปรายผล	41
5.3 ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	45
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	50
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย	51
ภาคผนวก ค หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	52
ภาคผนวก ง แบบสอบถามเครื่องมือการวิจัย	53
ภาคผนวก จ เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง	61
ภาคผนวก ฉ การตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติ Multiple linear regression	65
ภาคผนวก ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	69
ประวัติผู้เขียน	70

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	29
2	31
3	33
4	34
5	35
6	36
7	37
8	38

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parsons	16
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	25



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีอายุที่ยืนยาวขึ้น (United Nations Population Funds. 2012) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 12.2 ล้านคน และปี พ.ศ. 2573 เพิ่มขึ้นเป็น 17.7 ล้านคน เมื่อจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเมืองมีจำนวนถึง 3.3 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนเป็น 11.6 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. 2555) อาจเป็นผลมาจากในเขตเมืองมี สิ่งสนับสนุนอำนวยความสะดวกในด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและสวัสดิการของรัฐที่ให้กับผู้สูงอายุ และพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 17.22 รองลงมา คือ จังหวัดนครราชสีมา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. 2555) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุมีผลทำให้งบประมาณในการดูแลสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น และส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไตและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามวัย ประกอบกับอาจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมและมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตตามมา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. 2555) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัดเขตเมือง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตจำนวนมาก เนื่องจากอาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่หนาแน่นแออัดไม่ถูกสุขลักษณะ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดผู้ดูแล เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงาน นอกจากนี้ สภาพความเป็นเมืองยังไม่เอื้อต่อการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตถดถอยเร็วขึ้น ซึ่งการศึกษาของ ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี (2554 : 83-93) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 55.2, 28.6, 27.3 ตามลำดับ) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.45\pm 0.23$) มีกิจกรรมทางกายต่ำ ($\bar{X}=1.95\pm 0.47$) ผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.9 มีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่า 1 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ซึ่งการคงไว้ของสุขภาพไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพ ผู้สูงอายุถือว่าเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วย ยังต้องได้รับการสนับสนุนและเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีจะทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวได้ (ศศิกัญจน์ สกฤตปัญญวัฒน์. 2557 : 353-360) สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอช และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี เพิ่มระดับความผาสุกของชีวิตประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตจะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี แต่ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมก็สามารถทำให้เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ทั้งนี้การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องมีปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 3 อย่าง ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลากหลายแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และสถานภาพสมรส ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพนเดอร์ เมอดอช และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2011) กล่าวว่าไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556 : 164-211) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.65$) และการศึกษาของ วริศา จันทรงสิริกุล (2553 : 12-20) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.53$)

ส่วนความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมตามกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอช และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) กล่าวว่า เป็นปัจจัยจูงใจสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม ปัจจัยด้านนี้จัดเป็นปัจจัยหลักที่จะทำการแทรกแซงได้เพราะสามารถปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อการกระทำ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์ จากการศึกษาของ กัตติกา ณะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา (2554 : 60-68) โดยวิเคราะห์ห่อภิมาน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 48 เรื่อง พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r=.60$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r=.55$) การรับรู้สมรรถนะของตน ($r=.54$) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r=.53$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r=.53$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิกัญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ (2557 : 353-360) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมโดยรวม ($r=.168$) ส่วนการศึกษาของ ชนินทร์ งามแสง, ชัยธัช จันทร์สมุด และลำพูน เสนาวัง (2559 : 132-141) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($Beta=0.317$) และการศึกษาของ ถาวร มาตั้น และ เสน่ห์ แสงเงิน (2560 : 67-78) การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวจากบุคคลภายนอกครอบครัว และจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r=0.181, p<0.001$) ($r=0.236, p<0.001$) ($r=0.231, p<0.001$) และ ($r=0.194, p<0.001$) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สิทธิกัน (2560) พบว่า ผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45-2.75) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะของตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีค่าความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงใช้เป็นตัวแปรในการศึกษารั้งนี้

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ตั้งอยู่ในแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในแขวงยานนาวา ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งหมด 6,520 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 332 คน เท่ากับร้อยละ 5 โดยแขวงยานนาวา มี 5 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเซนต์หลุยส์ 3 ชุมชน บ้านแบบชุมชนพระยานคร ชุมชนโรงน้ำแข็ง และชุมชนศรีสุริโยทัย ทั้ง 5 ชุมชน อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้วสิบุญเรือง และโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยได้มีโอกาสออกหน่วยตรวจสุขภาพร่วมกับบุคลากรของแผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ พบว่า ชุมชนบ้านแบบ มีลักษณะเป็นชุมชนแออัดเพียงชุมชนเดียวใน 5 ชุมชน มีจำนวนประชากร 1,380 คน มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ประมาณ 95 คน คิดเป็นร้อยละ 6 (ศูนย์บริการสาธารณสุข 14. 2560) คนในชุมชนบ้านแบบมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน การประกอบอาชีพที่มีทั้งทำธุรกิจส่วนตัว รับราชการ ค้าขาย รับจ้าง มีการนับถือศาสนาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม ถึงแม้ว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้วสิบุญเรืองจะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านแบบ แต่พบว่า มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จำนวนน้อย จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่

เดินทางมาไม่สะดวกเนื่องจากขาดคนรับ-ส่งในการทำกิจกรรม ครอบครัวต้องออกไปทำงานหารายได้ และมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องรองลงมาจากเศรษฐกิจฐานะทางการเงินของครอบครัว นอกจากนี้ จากการสอบถาม ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 100 ซึ่งอาหารสำเร็จรูปมารับประทานเพราะสะดวกสบายและลูกหลานเป็นคนหามาให้ ถ้าเจ็บป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ลูกหลานไปซื้อยาจากร้านขายยาหรือขอยาจากเพื่อนบ้านมารับประทาน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าถ้าผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการของการเจ็บป่วยได้ง่าย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชน แออัดบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอช และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และจิตวิญญาณ เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าเปี่ยมด้วยคุณภาพและศักยภาพของประเทศต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

1.4 สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดได้

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Predictive research เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด บ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561

1.6 คำนิยามศัพท์

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามปีปฏิทิน โดยนับอายุเป็นปีเต็มเพศชาย และเพศหญิงที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 6 เดือน และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดภาวะสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอกซ์ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่เคยปฏิบัติเลย

2.1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจต่อสุขภาพตนเอง โดยมีการดูแลสุขภาพและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2.2) กิจกรรมและการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามความเหมาะสม และความสามารถของแต่ละบุคคล รวมถึง การออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวัน

2.3) โภชนาการ หมายถึง อาหารที่ผู้สูงอายুরับประทานในแต่ละวันครอบคลุมการรับประทานครบ 3 มื้อ ได้รับสารอาหารหลักครบ 5 หมู่ อาหารที่ควรเพิ่มและควรหลีกเลี่ยง

2.4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะ使自己ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

2.5) การเจริญทางจิตวิญญาณ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกถึงการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือการวางแผนในการดำเนินชีวิต

2.6) การจัดการกับความเครียด หมายถึง การปฏิบัติที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง สาเหตุหรือปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอกซ์ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) ประกอบด้วย

3.1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อการประเมินภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมานี้ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วย

3.2) การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้สูงอายุเกี่ยวกับประโยชน์ของการกระทำที่เป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วย

3.3) การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วย

3.4) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้ให้บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ การได้รับกำลังใจ ประเมินได้จากแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับดังนี้

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

2.1.1 จำนวนและแนวโน้มของผู้สูงอายุ

2.1.2 สุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

2.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2.2 รูปแบบของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

2.2.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

2.1.1 จำนวนและแนวโน้มของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการสากลที่เริ่มต้นตั้งแต่เกิด ความสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี (Chronological age) นิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุหรือหยุดจากงาน ประเทศไทยใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป แต่มีบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา กำหนดโดยใช้อายุ 65 ปี โดยมีการแบ่งช่วงของความสูงอายุออกเป็น 3 ช่วง คือ วัยสูงอายุดอนต้น (Young-old) อายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุดอนกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปี และวัยสูงอายุดอนปลาย (Old-old) อายุ 80 ปี หรือมากกว่า (นาริรัตน์ จิตรมนตรี. 2558 : 9)

จากอดีตที่ผ่านมาจำนวนประชากรวัยผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางสาธารณสุข (United Nations Population Funds. 2012) และสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 12.2 ล้านคน และเมื่อจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีจำนวน 3.3 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนเป็น 11.6 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 อาจเป็นผลมาจากในเขตเมืองมีสิ่งสนับสนุนอำนวยความสะดวกในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขและสวัสดิการของรัฐ

ที่ให้ผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. 2555) และจากการสำรวจในปี 2555 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 12.7 จึงทำให้ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2556)

สัดส่วนของประชากรสูงอายุตอนปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุตอนปลายนี้ จะสะท้อนถึงการมีอายุที่ยืนขึ้นของประชากรและนำไปสู่การมีจำนวนของประชากรที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583 พบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด โดยพบว่าเป็นปี 2553 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.7 เป็นร้อยละ 59.8 ในปี 2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2555)

สรุปได้ว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุวัยปลายนี้จะสะท้อนให้เห็นว่าอนาคตจะมีถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงมากขึ้น

2.1.2 สุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. 2555) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพเป็นไปในทางเสื่อมลง โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2558 ; ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2552)

1) ด้านร่างกาย

จะพบการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ส่วน ดังนี้

1.1) ระบบผิวหนัง (Integumentary) ผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงเซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึงร้อยละ 50 (Touhy & Jett. 2010 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2558) ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลงแต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2558) ผิวหนังจะแห้งและหยาบกร้านเนื่องจากต่อมเหงื่อลดลง และการทำงานของต่อมไขมัน (Sebaceous gland) ลดประสิทธิภาพลง จึงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย นอกจากนี้ ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายจึงลดลง เกิดอาการลมแดด (Heat stroke) ได้ง่ายในเวลาที่อยู่กลางแจ้งหรืออากาศสูงขึ้น เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมหดลงทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่ายเนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณศีรษะลดลง

1.2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) หลังอายุ 40 ปี อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้าง ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมมีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น สำหรับในเพศหญิงสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของ Osteoblasts ลดลงหลังหมดประจำเดือน ทำให้แคลเซียมสลายจากกระดูก ร้อยละ 2-3 ต่อปี กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่ายแม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ ความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง มวลกระดูกลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อ (Articular cartilage) จะบางลง จึงทำให้ความสามารถในการรับแรงกระแทกลดลง กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ช้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ กระดูกมักหักได้ง่าย บางรายที่กระดูกหลังเสื่อมมากจะเห็นมีลักษณะหลังโก่ง

1.3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) พบว่า อัตราการเต้นหัวใจสูงสุด (Maximum heart rate) ลดลงเหลือเท่ากับ 220 - อายุเป็นปี (ครั้ง/นาที) เลือดข้นมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนลดลง หลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้น หัวใจต้องสูบเลือดแรงขึ้นในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลว หรือโรคของเส้นเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงได้ง่าย

1.4) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous system and special sense) น้ำหนักสมองลดลง พบ Brain atrophy เนื่องจากการเสื่อมสลายของ Neuron ส่วนหนึ่งเกิดจากเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะดังกล่าวได้น้อยลง สมองสั่งการช้าลง จำเรื่องใหม่ได้น้อยลง คิดช้าลง ประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสต่าง ๆ ทางผิวหนังน้อยลง เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาท (Conduction velocity) ลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงช่างบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน อาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่าย

1.5) ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) การรับรู้รสอาหารเสื่อมลง เนื่องจาก Taste threshold สูงขึ้น ผู้สูงอายุจะเสียการรับรสเค็มและขม ขณะที่การรับรสหวานและเปรี้ยวยังเป็นปกติ การรับรู้รสของลิ้นน้อยลง ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง ฟันผุหรือหลุดร่วงง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจึงต้องใส่ฟันปลอม นอกจากนี้ ยังมีต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่ มีเนื้อเยื่อพังผืดและไขมันสะสมมากขึ้น การผลิตเอนไซม์ไทยาลิน (Ptyalin) และน้ำลายลดลง ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารก็ลดลงด้วยเนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ย่อยอาหารได้น้อย เกิดภาวะท้องอืด ท้องผูกได้บ่อย

1.6) ระบบไตและทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary system) จำนวนและขนาดของ Nephron ลดลงรวมกับการไหลเวียนเลือดไปไต (Renal blood flow) ลดลง

การกรองของไตลดลงทำให้การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ช้า กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงร่วมกับตัวรับการกระตุ้น (Stretcher receptor) ในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลงจึงทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อย ในผู้ชายมักจะเจอต่อมลูกหมากโตและผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลงทำให้ปัสสาวะลำบาก

1.7) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) น้ำหนักต่อมใต้สมองลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลงก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคขาดไทรอยด์ฮอร์โมน โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศต่อมเพศทำงานลดลง การลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงไม่มีประจำเดือน บางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจได้ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า สำหรับเพศชายการเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่าในเพศหญิงเพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อย ๆ ลดลงทีละน้อยเป็นต้น

2) ด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจส่วนหนึ่งเป็นผลจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง บางรายก็อาจพบกับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในช่วงนี้ อีกส่วนเป็นผลจากสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะความสูงอายุ ชนิดของอารมณ์ที่ผู้สูงอายุมักแสดงออกที่ผิดปกติและพบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อย ๆ ซึม แยกตัว ฯลฯ สอดคล้องกับการการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558) พบว่า สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.8 พบว่า ผู้สูงอายุหญิงซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย (หญิง ร้อยละ 5.5 ชาย ร้อยละ 4.4) และพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 4.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 4.8 และ 8.0 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 7.0 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุอาจมีอาการวิตกกังวล เครียด หงุดหงิดง่าย จนอาจเป็นอาการทางจิตที่รุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือหลงผิด หวาดระแวงต่าง ๆ พบได้บ้าง บางครั้งมีภาวะสมองเสื่อมสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ และบุคคล กลางคืนไม่นอน เดินวนวาย หรือมีอาการขับถ่ายเลอะเทอะ พฤติกรรมเป็นเด็กทารก เป็นต้น

3) ด้านสังคม

บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรงเกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเองหรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับการช่วยเหลือและถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองได้

จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุบางคนเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โดยผู้สูงอายุวัยปลายเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า ร้อยละ 60 เป็นโรคเบาหวานมากกว่า ร้อยละ 10 สอดคล้องกับจากการสำรวจสวัสดิการ และอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.8 ของผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 42.3 ของผู้สูงอายุหญิงที่ตอบว่ามีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2559)

สรุปได้ว่า สุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิต ไตวาย เป็นต้น ซึ่งโรคส่วนใหญ่ที่กล่าวมา สามารถป้องกันได้ โดยการสนับสนุนและเอื้อให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์. 2557 : 353-360) ซึ่ง เพนเดอร์ เมอดอกซ์ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) กล่าวว่า ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี ลดโอกาสเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพได้

2.2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

Pender (1987) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผล โดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

Pender, Murdaugh & Parsons (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็น พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้สุขภาพที่ดีทั้งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

Pender, Murdaugh & Parsons (2011) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การจูงใจ หรือการกระทำใด ๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ (Health education) การป้องกัน (Health prevention) และการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ (Health protection)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคล ที่ทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อเป็นการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการบรรลุเป้าหมาย ในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

2.2.2 รูปแบบของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ เป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2006 โดยมีโน้ตค้นหลักของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 โน้ตค้นหลัก ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006)

1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคนมีผลกระทบต่อการกระทำ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็นโน้ตค้นย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคลดังนี้

1.1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติจนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ซึ่งจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงอาจนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ ส่วนผลโดยอ้อมพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-Related affect)

1.2) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Personal biologic factors) เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Personal psychologic factor) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และ (3) ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม (Personal sociocultural factor) เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเพนเดอร์ กล่าวว่า แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกเฉพาะและสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific cognition and affect)

เป็นพฤติกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย มโนทัศน์ย่อย 6 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) เป็นการรับรู้ถึงการกระทำที่เกิดขึ้นว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง เป็นการความคาดหวังของแต่ละคนที่จะมีส่วนร่วมในการกระทำพฤติกรรมเพื่อคาดหวังผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ประโยชน์นี้จะเป็นสิ่งจูงใจหรือกระตุ้นพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง รวมทั้งกระตุ้นพฤติกรรมทางอ้อมผ่านการกำหนดขอบเขตของความมุ่งมั่นในแผนปฏิบัติการ ประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มการตื่นตัว ความรู้สึกเหนื่อยล้าลดลง ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น ดังนั้นผลประโยชน์ที่คาดว่าจะความเชื่อในผลประโยชน์หรือความคาดหวังในเชิงบวกนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

2.2) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action) เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นรับรู้ได้ถึงอุปสรรคของการทำให้ไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือลักษณะที่ใช้เวลานานของการกระทำบางอย่าง เป็นต้น ซึ่งถ้าบุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำอยู่ในระดับต่ำและมีอุปสรรคสูงการกระทำก็ไม่น่าที่จะเกิดขึ้น เมื่อความพร้อมในการทำหน้าที่สูงและอุปสรรคต่ำความน่าจะเป็นของการกระทำนั้นยิ่งใหญ่มากการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-Efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถส่วนบุคคลในการจัดระเบียบและดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่เกี่ยวข้องกับทักษะที่มีอยู่แต่เป็นการตัดสินใจว่าจะทำอะไรกับทักษะใดก็ตามที่มีอยู่ ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นการตัดสินใจความสามารถของคน ๆ หนึ่งในการบรรลุผลการปฏิบัติงานในระดับหนึ่ง ในขณะที่การคาดหวังผลลัพธ์ คือ การตัดสินใจถึงผลที่จะตามมา (เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย) พฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้เกิดการรับรู้ทักษะและความสามารถโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นแรงจูงใจหลักให้บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรมซึ่งการรับรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐาน 4 ประการ คือ การกระทำนั้นสามารถบรรลุตามมาตรฐานที่ตนได้ตั้งไว้ ประสบการณ์จากการสังเกตเห็นการกระทำของผู้อื่นและนำมาใช้เป็นแบบแผนในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ การชักจูงใจของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้ในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ และสภาพทางด้านร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ

Pender (1996) เสนอว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติเมื่อมีความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ทางบวกมากขึ้น การรับรู้

ความสามารถของตนเองก็จะมากขึ้นซึ่งก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำโดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงมากตามไปด้วย

2.4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-Related affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังกระทำพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์อาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง และจะถูกตัดสินด้วยความคิดเก็บไว้ในความจำและนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น (Activity-Related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-Related) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Context-Related) อารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก

2.5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของผู้อื่น ความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ อาจหรืออาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง แหล่งที่มาหลักของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (พ่อแม่หรือพี่น้อง) เพื่อนและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ บรรทัดฐาน การสนับสนุนทางสังคม (การสนับสนุนจากสื่อและอารมณ์) และการสร้างแบบจำลอง (การเรียนรู้ด้วยตัวแทนผ่านการสังเกตผู้อื่นที่มีพฤติกรรมพิเศษ) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งสามนี้มีผลต่อความมุ่งมั่นของแต่ละบุคคลในการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation influence) เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ใด ๆ สามารถทำให้เกิดหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ซึ่งแสดงความต้องการพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

3) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health-Promoting behavior)

เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายและปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมี 6 ด้าน ได้แก่

3.1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพตนเอง มีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง หาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตน หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดของมีนเมาเพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.2) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานรวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวัน ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคลรวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

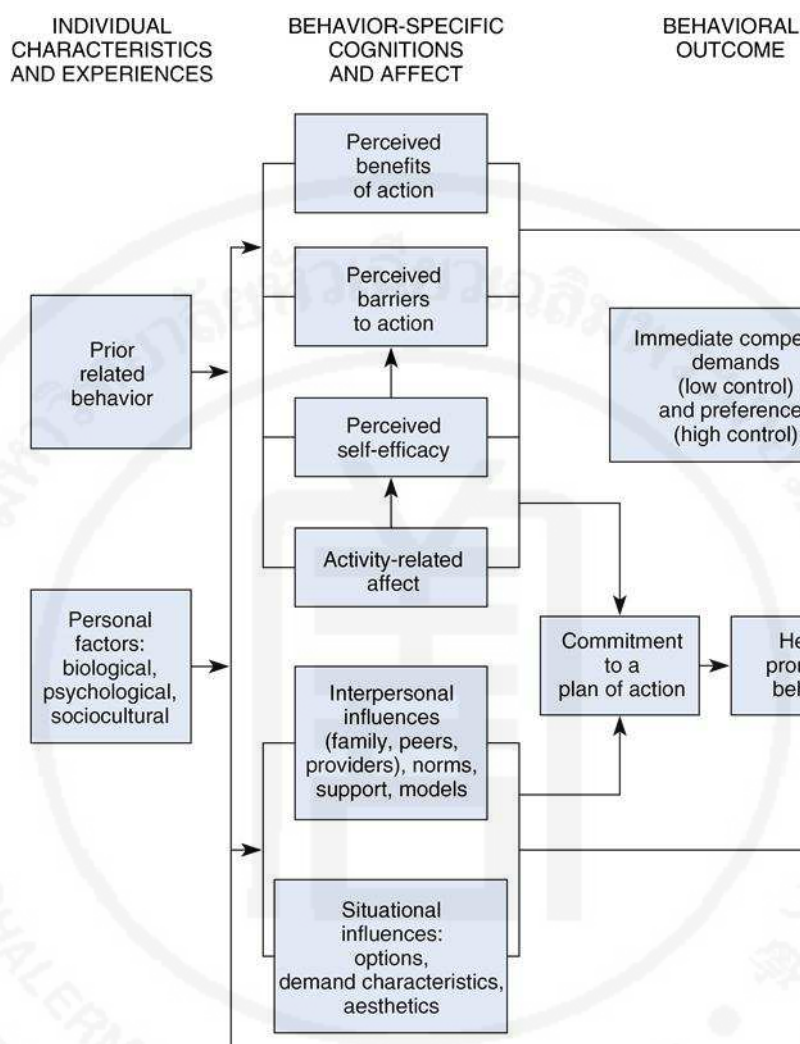
3.3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีทั้งอาหารที่ครบ 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ อาหารที่ควรงดรับประทาน นิสัยการบริโภคอาหาร เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมัน เป็นต้น

3.4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น โดยสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นได้รับประโยชน์ สนับสนุน หรือช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ

3.5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้มีการกำหนดจุดมุ่งหมายหรือการวางแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

3.6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อหาทางออกให้แก่ตนเองเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายจากความเครียดที่มีอยู่ เช่น การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การสนทนากับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของของ Pender, Murdaugh & Parsons (2006) ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parsons



ที่มา: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. 2006.

จากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ของเพนเดอร์ถือว่าเป็นประโยชน์มาก ในการที่จะนำไปปรับใช้เพื่อเป็นแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน การส่งเสริมความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนับว่ามีความสำคัญยิ่งในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี การสร้างเสริมสุขภาพวิธีที่มีประสิทธิภาพ คือ การให้ความรู้เพื่อชี้ให้ผู้สูงอายุเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ

2.2.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อ

สุขภาพ และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การไปพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและการไปตรวจตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ จากการศึกษาของ อรวรรณ คุหา และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร (2552 : 9-16) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการตรวจประจำปีมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพประจำปีมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง และขนาดเล็กตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ จารี ศรีปาน (2554) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56 สอดคล้องกับการศึกษาของ มนทิญา กงลา (2558 : 101-107) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.90

2) กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย (Physical activity) เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกายรวมทั้งการใช้ท่าทางในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน เช่น การทำงานบ้าน เป็นต้น การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น จากการศึกษาของ อรวรรณ คุหา และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร (2552 : 9-16) พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 67.8 มีการออกกำลังกาย และร้อยละ 32.2 ไม่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่มีการออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลางและเล็กตามลำดับ และการศึกษาของ ชรินทร์ งามแสง, ชัยรัช จันทรสมุทร และลำพูน เสนาวัง (2559 : 132-141) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.93$) การศึกษาของ มนทิญา กงลา (2558 : 101-107) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.21 ส่วนการศึกษาของ ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี (2554 : 83-93) พบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายระดับต่ำ ($\bar{X}=1.95\pm 0.47$) และการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2551 : 20-33) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายน้อยโดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมืองที่มีข้อจำกัดของการเดินทางและสถานที่สำหรับการออกกำลังกายมีค่อนข้างน้อย คับแคบจากการที่พื้นที่ส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้เพื่อการสร้างที่อยู่อาศัยและการพัฒนาขยายตัวเมือง สอดคล้องกับการศึกษาของ จารี ศรีปาน (2554) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.8

3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) โภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะขาดสารอาหารได้ง่ายเพราะมีความเสื่อมของสภาพร่างกาย จากการศึกษาของ จินตนา สุวิทวัส (2554 : 22-30) ศึกษาภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัย

ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ พบว่า ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เพศชาย เพศหญิง มีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 37.3 และ 25.1 ตามลำดับ บริโภคนิสัยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียว ปลาทุกวัน ร้อยละ 98.9 และ 64.4 ตามลำดับ ชอบรับประทานข้าวเหนียว ร้อยละ 45.98 ไม่ชอบรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด ร้อยละ 33.33 ไม่บริโภคอาหารที่เชื่อว่าเป็นอาหารแสลงต่อโรคมะเร็ง ได้แก่ อาหารประเภทผัด ทอด ร้อยละ 3.45 และการศึกษาของ อรรวรรณ์ คูหา และนนทศักดิ์ ธรรมมานวัตร (2552 : 9-16) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ จากการศึกษาของ ชนินทร์ งามแสง, ชัยรัช จันทรสมุทร และลำพูน เสนาวัง (2559 : 132-141) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.06) สอดคล้องกับการศึกษาของ มนทิญา กงลา (2558 : 101-107) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.34

4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันของบุคคลในสังคม เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงถึงวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมถึงบุคคลทางด้านสุขภาพจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจ เงินและสิ่งของ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ครอบครัวที่เป็นหลักสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ (อรรวรรณ์ คูหา และนนทศักดิ์ ธรรมมานวัตร. 2552 : 9-16) จากการศึกษาของ มนทิญา กงลา (2558 : 101-107) พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลและด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.435$, $p\text{-value}<0.001$), ($r=0.468$, $p\text{-value}<0.001$) และการศึกษาของ อรรวรรณ์ คูหา และนนทศักดิ์ ธรรมมานวัตร (2552 : 9-16) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.79 เนื่องจากผู้สูงอายุยอมรับบทบาทและสถานภาพของตนเองจะต้องเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น มักจะหากิจกรรมทำหรือออกไปพบปะพูดคุยกับคนใกล้ชิดหรือออกไปพบปะสังสรรค์กับคนอื่น ๆ เข้าร่วมเป็นสมาชิก ร่วมกิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกาย เป็นต้น

5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพด้านจิตวิญญาณของตนเองได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งค้นหาจุดมุ่งหมายและความสำเร็จในชีวิตของแต่ละคนเป็นการแสดงออกถึงความเชื่อ ความหวัง ความรัก การให้อภัยและ

ชีวิตหลังความตาย (Pender. 1996) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550 อ้างถึงใน อรวรรณ คูหา และนนท์ศักดิ์ ธรรมานวัตร. 2552 : 9-16) พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข เศร้าหมอง หมดหวังในชีวิตและชีวิตไม่มีค่า ร้อยละ 1.8 และสาเหตุทางวัฒนธรรมที่ชุมชนไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ไม่เห็นความสำคัญ และไม่ใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ทำให้ผู้สูงอายุต่อยค่าจากการศึกษาของ อรวรรณ คูหา และนนท์ศักดิ์ ธรรมานวัตร (2552 : 9-16) สำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของครอบครัวผู้สูงอายุด้านบริการทางสังคม พบว่า มีความคิดเห็นและความพึงพอใจด้านการให้ความสำคัญและส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 44.6 ครอบครัวควรให้การส่งเสริมความรักต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 50.7 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 48.2 ชุมชนควรส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 49.7 ส่งเสริมปลูกฝังให้คนในชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุเน้นความกตัญญูกตเวทีย เอื้ออาทรดูแลกันมากที่สุด ร้อยละ 54.1 รัฐควรจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุทุกคนเสมอภาคมากที่สุด ร้อยละ 62.4

นอกจากนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550 อ้างถึงใน อรวรรณ คูหา และนนท์ศักดิ์ ธรรมานวัตร. 2552 : 9-16) แสดงภาวะทางอารมณ์และจิตใจผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข เศร้าหมอง หมดหวังในชีวิตและชีวิตไม่มีค่า ร้อยละ 1.8 และสาเหตุทางวัฒนธรรมที่ชุมชนไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญและไม่ใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ ทำให้ผู้สูงอายุต่อยค่าจากการศึกษาของ อรวรรณ คูหา และนนท์ศักดิ์ ธรรมานวัตร (2552 : 9-16) สำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของครอบครัวผู้สูงอายุด้านบริการทางสังคม พบว่า มีความคิดเห็นและความพึงพอใจด้านการให้ความสำคัญและส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 44.6 ครอบครัวควรให้การส่งเสริมความรักแก่ผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 50.7 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 48.2 ชุมชนควรส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 49.7 ส่งเสริมปลูกฝังให้คนในชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุเน้นความกตัญญูกตเวทีย เอื้ออาทรดูแลกันมากที่สุด ร้อยละ 54.1 รัฐควรจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุทุกคนเสมอภาคมากที่สุด ร้อยละ 62.4 จากการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการลดหรือบรรเทาความตึงเครียด มีการพักผ่อนเพียงพอ มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้สูงอายุจึงควรรู้วิธีจัดการกับความเครียดเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจากการศึกษาของ ชรินทร์ งามแสง, ชัยธัช จันทร์สมุด และลำพูน เสนาวัง (2559 : 132-141) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการกับความเครียดโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.2$) จากการศึกษาของ จารี ศรีปาน (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มนทิญา กงลา (2558 : 101-107) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.86 ทำให้ไม่ยอมให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่อ่อนไหวกว่าวัยอื่น ๆ แต่ครอบครัวหรือชุมชนและสังคมสามารถที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าได้ (อรวรรณ คูหา และนันทศักดิ์ ธรรมมานวัตร. 2552 : 9-16)

สรุปว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต้องมีการปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุแต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้งความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ พบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคล เพนเดอร์ (2011) กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนมีลักษณะส่วนตัวและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นตามมา โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส การนับถือศาสนา และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสรุปดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) ซึ่งเพศเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายและสรีระ ความคิดและความเชื่อ ดังนั้น เพศชายและเพศหญิงจึงมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (วิริศา จันทรังสีกุล. 2553 : 12-20) ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายจะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ส่วนใหญ่จะทำงานหรือเป็นแม่บ้านมากกว่าที่จะทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การเล่นกีฬาและการทำกิจกรรมสันทนาการ (Verbrugge. 1985 : 156-182) จากการศึกษาของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ. (2556 : 93-104) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตภูมิภาค ตะวันตกที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อายุ พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตามการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้น (วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ. 2555 : 87-109 ; นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ และคณะ. 2555) จากการศึกษาของ กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556 : 164-211) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.19$) ส่วนการศึกษาของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ (2556 : 93-104) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี รองลงมา มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 31.3 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาไม่มาก ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเดียวกัน

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคลทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (เรวดี สุวรรณพเก้า และศรีรินทร์ เกษย์. 2554 : 33-54) จากการศึกษาของ นิทรา กิจธิระวุฒิมังษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559 : 63-74) พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($Beta=7.052, p<0.05$) และการศึกษาของ จารี ศรีปาน (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ (2556 : 93-104) ผู้สูงอายุในเขตภูมิภาค ตะวันตกที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561 : 39-48) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมล วิเศษงามปกรณ และวัชรี ศรีทอง (2560) ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. สถานภาพการสมรส เป็นการแสดงออกถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งในด้านสังคมและด้านจิตใจ ระหว่างบุคคลและการมีชีวิตคู่ เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งแตกต่างจากสถานภาพสมรสอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวที่ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย (ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ. 2556 : 93 - 104) จากการศึกษาของ กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556 : 164 - 211) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ($r=-.09$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณกร ยมนา (2550 อ้างถึงใน ของขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ. 2556 : 93-104) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

5. การนับถือศาสนา ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจทำให้บุคคลมีความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตที่ยึดถือตามหลักศาสนา จากการศึกษาของ ศศิกัญจน์ สุกุลปัญญาวัฒน์ (2557 : 353-360) พบว่า ผู้สูงอายุชาวมุสลิมมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมากที่สุด อธิบายว่า ผู้สูงอายุชาวมุสลิมมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมจึงเป็นการปฏิบัติตามคำสอนที่ระบุไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองพบว่า มีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพสูงกว่า เนื่องจากร่างกายไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ทิพย์กมล อิสลาม. 2557 : 1-15) จากการศึกษาของ กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556 : 164-211) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.06$) จากการศึกษาของ จารี ศรีปาน (2554) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ วริศา จันทวังสิวรกุล (2553 : 12-20) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.53$) การศึกษาของ ณัฐฐิณี สุขสมัยม และคณะ (2555 : 80-93) พบว่า การรับรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ($p<0.05$) และถาวร มาตัน และเสนห์ แสงเงิน (2560 : 67-78) สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r=-0.160$, $p=0.001$)

ส่วนปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม เพนเดอร์ เมอดอช และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) กล่าวว่า เป็นแนวคิดหลักในการสร้างกลวิธีหรือกิจกรรมพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จากการศึกษาของ กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา (2554 : 60-68) ทำการศึกษาวิเคราะห์อภิमानปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 48 เรื่อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r=.60$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r=.55$) การรับรู้สมรรถนะของตน ($r=.54$) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r=.53$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r=.53$)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นแรงจูงใจทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตัดสินใจที่มุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง (ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. 2561 : 59-66) จากการศึกษาของ ศศิกัญจน์ สุกุลปัญญาวัฒน์ (2557 : 353-360) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมโดยรวม

($r=.168$) ส่วนการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์ (2550) พบว่า ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 63.90 ($p<.001$)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำสำเร็จในระดับใด ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาของ ชรินทร์ งามแสง, ชัยธัช จันทร์สมุด และลำพูน เสนาวัง (2559 : 132-141) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.46$) และการรับรู้สมรรถนะของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($Beta=0.317$) แต่จากการศึกษาของ ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์ (2557 : 353-360) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำในทิศทางเดียวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r=.137$)

อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ ถาวร มาตั้น และเสน่ห์ แสงเงิน (2560 : 67-78) การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคคลภายนอก ครอบครัวและบุคลากร ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r=0.181$, $p<0.001$) ($r=0.236$, $p<0.001$) ($r=0.231$, $p<0.001$) และ ($r=0.194$, $p<0.001$) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สิทธิกัน (2560) พบว่า ผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45-2.75) จากการศึกษาของ ชรินทร์ งามแสง, ชัยธัช จันทร์สมุด และลำพูน เสนาวัง (2559 : 132-141) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ปูน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.12$) และการศึกษาของ ณีภุชฺสี สุธสมัย และคณะ (2555 : 80-93) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ($r=0.28$, $p<0.001$)

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงตามวัยและมักจะมีโรคเรื้อรังตามมา แต่ผู้สูงอายุบางคนก็มีสุขภาพที่ดีไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง

การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นงานที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีหรือช่วยป้องกันการเกิดโรคของผู้สูงอายุได้ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่จะเน้นมุ่งเน้นที่สุขภาพของบุคคล และการสร้างเสริมสุขภาพถือว่าเป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้นๆ ในการกระทำกิจกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ได้ โดยอาจกล่าวได้ว่าบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการนำสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลชุมชน เป็นสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับวุฒิบัตรการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่แสดงออกถึงความสามารถในการบริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ) (สภาการพยาบาล. 2553) ได้แก่

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการจัดการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care management)

สมรรถนะที่ 2 ความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่ปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical-reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluate)

ดังนั้น สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร มีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่ปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถให้ความรู้ทางสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้

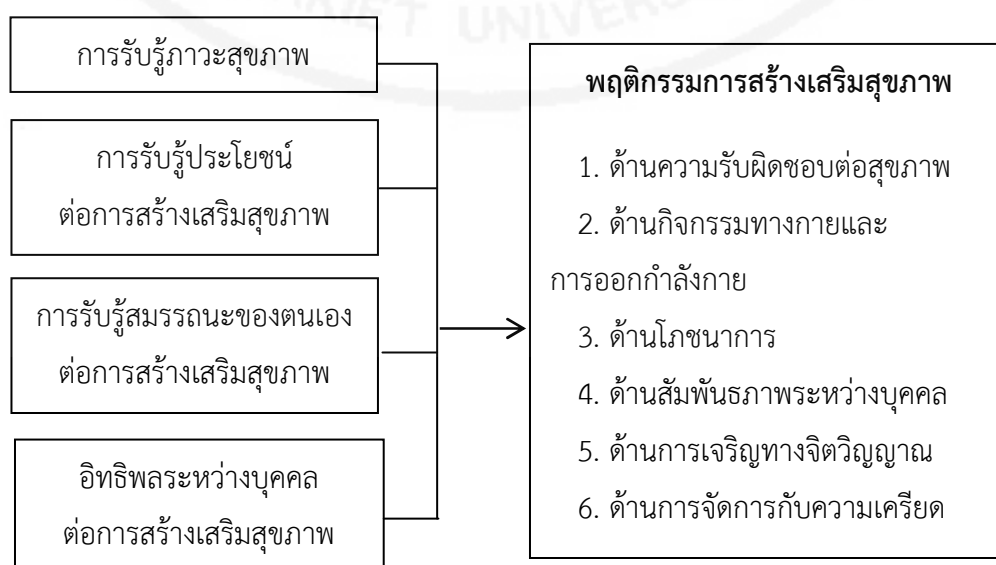
สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องใช้สมรรถนะนี้ในการประสานงานกับประชาชนชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแล ป้องกัน และรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง วางแผนและออกแบบการปฏิบัติ และการประเมินผลกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้

สมรรถนะที่ 3 ความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เป็นการแสดงถึงการรวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกรณีศึกษาชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอช และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี เพิ่มระดับความผาสุกของชีวิต ประกอบด้วย พฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย





บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสูงอายุกรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) ตามกรอบแนวคิดของแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอกซ์ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 95 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณจากโปรแกรม G* Power 3.0.10 ผู้วิจัยกำหนดค่าดังนี้

ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.15 (medium size)

ค่าความคลาดเคลื่อน (α err prop) = 0.05

อำนาจทดสอบ (Power) = 0.80

Number of predictors = 4

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน = 85 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านแบบอย่างน้อย 6 เดือน
- 2) สื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ไม่มีโรคสมองเสื่อม
- 4) ไม่ใช่กลุ่มติดเตียง ที่มีค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน
- 5) ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- 6) ไม่มีอาการเจ็บป่วยจนมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้าย

ต้องฟอกไต เป็นต้น

ซึ่งพบว่า มีผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งหมด 87 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทั้งหมด

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยยึดกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ เมอดอช และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ
2. การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ
3. การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ
4. อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น (ข้อคำถามด้านบวก 4, ข้อคำถามด้านลบ 1)

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น (ข้อคำถามด้านบวก 3, ข้อคำถามด้านลบ 2)

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น (ข้อคำถามด้านบวก 2, ข้อคำถามด้านลบ 3)

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น (ข้อคำถามด้านบวก 1, ข้อคำถามด้านลบ 4)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ
2. ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ
3. ด้านโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ
5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ
6. ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน หรือ 6 วันต่อสัปดาห์ (ข้อคำถามด้านบวก 4, ข้อคำถามด้านลบ 1)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นบ่อย หรือปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ (ข้อคำถาม ด้านบวก 3, ข้อคำถามด้านลบ 2)

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือปฏิบัติ 2-3 วันต่อสัปดาห์ (ข้อคำถามด้านบวก 2, ข้อคำถามด้านลบ 3)

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย (ข้อคำถามด้านบวก 1, ข้อคำถามด้านลบ 4)
เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Daniel. 1995)

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านทฤษฎีของเพนเดอร์
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลผู้สูงอายุ
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความตรงเชิงภาษาและนำมาหาค่า Content validity index : CVI โดยใช้มาตรฐานประเมินความสอดคล้อง 4 ระดับ คือ

- 1) ไม่สอดคล้อง (Not relevant)
- 2) สอดคล้องบางส่วน (Somewhat relevant)
- 3) ค่อนข้างสอดคล้อง (Quite relevant)
- 4) มีความสอดคล้องมาก ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)

โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

3.3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย ในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะของผู้สูงอายุคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	Content Validity Index	Cronbach's Alpha Coefficient
1. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.80	0.743
2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.80	0.742

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เลขที่อ.776/2561 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2561) ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตสาทร กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการดำเนินการวิจัย ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบประธานชุมชน
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับประธานชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ที่ให้พาลงพื้นที่
3. เมื่อพบผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข) เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุอ่านและลงนามในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ค)
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อและให้ผู้สูงอายุเลือกตอบคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองจนครบทุกข้อคำถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ กรณีข้อใดไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุช่วยตอบจนกว่าจะสมบูรณ์และกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอขอจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้รับหนังสือรับรองเลขที่ อ.776/2561 (ภาคผนวก ก) และทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตสาทร กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตัดสินใจ

เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผย ข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในเอกสารดังกล่าว หลังจากนั้นให้อิสระในการตอบแบบสอบถามและตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยตลอดเวลา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทำนาย (Predictive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสูงอายุกรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร นำเสนอผลการวิจัย 3 ส่วน ดังนี้

4.1 ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

4.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

4.3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

4.1 ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (87คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	33.33
หญิง	58	66.67
อายุ (ค่าเฉลี่ย 69.44 ปี, Min-Max = 60-92 ปี)		
60 – 69 ปี	52	59.77
70 – 79 ปี	19	21.84
80 – 89 ปี	14	16.09
90 ปีขึ้นไป	2	2.30
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	14	16.09
ประถมศึกษา	52	59.77
มัธยมศึกษา	16	18.39
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	3	3.45
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	2.30

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (87คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	14	16.09
คู่	48	55.17
หม้าย/หย่า/แยก	25	28.74
ศาสนา		
พุทธ	75	86.21
คริสต์	1	1.15
อิสลาม	11	12.64
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	14	16.09
มีโรคประจำตัว (เป็นได้มากกว่า 1 โรค)	73	83.91
ความดันโลหิตสูง	62	72.94
เบาหวาน	27	31.76
ไขมันในเลือดสูง	20	23.52
ต่อมลูกหมากโต	20	23.52
โรคหลอดเลือดหัวใจ	8	9.41
เก๊าท์	4	4.71
ไทรอยด์	3	3.53
โรคกระดูกเสื่อม	1	1.18
ผัดตดลำไส้	1	1.18
ปวดหลัง (Low back pain)	1	1.18
ต้อกระจก	1	1.18

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.76 มีอายุระหว่าง 66-69 ปี ร้อยละ 59.77 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.17 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 59.77 นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.21 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ร้อยละ 83.91 เจ็บป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.94 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.76

4.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2.1 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แสดงเป็นช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันการสร้างเสริมพฤติกรรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=87)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		\bar{X}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด			
	1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1	4	2.20			
2. ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	1	4	2.00	4.00	2.97	0.53	ปานกลาง
3. ด้านโภชนาการ	1	4	2.60	4.00	3.34	0.45	ดี
4. ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1	4	2.40	4.00	3.14	0.37	ดี
5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	1	4	2.60	4.00	3.24	0.34	ดี
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	1	4	2.40	4.00	3.12	0.32	ดี
รวม	1	4	2.60	3.90	3.15	0.27	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมในระดับดี ($\bar{X}=3.15$, S.D.=0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ สัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.11$, S.D.=0.34), ($\bar{X}=3.34$, S.D.=0.45), ($\bar{X}=3.14$, S.D.=0.37), ($\bar{X}=3.24$, S.D.=0.34), ($\bar{X}=3.12$, S.D.=0.32) ส่วนกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.97$, S.D.=0.53)

4.2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ แสดงช่วงคะแนนที่เป็นจริงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวม (n=87)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด			
	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1	4	2.11			
การรับรู้ประโยชน์ต่อการ สร้างเสริมสุขภาพ	1	4	2.20	4.00	3.29	0.42	ดี
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	1	4	2.40	4.00	3.16	0.35	ดี
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการ สร้างเสริมสุขภาพ	1	4	2.10	4.00	3.13	0.36	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ระดับดี ($\bar{X}=3.03$, S.D.=0.31), ($\bar{X}=3.29$, S.D.=0.42), ($\bar{X}=3.16$, S.D.=0.35), ($\bar{X}=3.13$, S.D.=0.36) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัยพบว่าปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=3.29$, S.D.=0.42) รองลงมา คือ ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}=3.16$, S.D.=0.35) และปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=3.03$, S.D.=0.31)

4.3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

ขั้นที่ 1 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Multiple linear regression

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Multiple linear regression ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้น วิธีการตรวจสอบ และผลการตรวจสอบ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อตกลงเบื้องต้น วิธีการตรวจสอบ และผลการตรวจสอบของการใช้สถิติ Multiple linear regression

ข้อตกลงเบื้องต้น	วิธีการตรวจสอบ	ผลการวิเคราะห์
1. ตัวแปรทำนายและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง	พิจารณาจากค่า r ในการทดสอบ Pearson product moment correlation	ตัวแปรทำนายทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผ่านเงื่อนไข (ภาคผนวก ฉ)
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ	วิเคราะห์ข้อมูลค่าความคลาดเคลื่อน (res_1) ด้วย Kolmogorov-Smirnov	ค่า $p < .05$ แสดงว่าการแจกแจงข้อมูลของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ปกติ แสดงว่าไม่ผ่านเงื่อนไข (ภาคผนวก ฉ)
3. ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (Homoscedasticity)		ข้อมูลมีลักษณะเป็น Homoscedasticity แสดงว่าผ่านเงื่อนไข (ภาคผนวก ฉ)
4. ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation)	สถิติ Durbin-Watson	Durbin-Watson = 2.129 แสดงว่าผ่านเงื่อนไข (ภาคผนวก ฉ)
5. ตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity)	วิเคราะห์ค่า VIF	ค่า VIF น้อยกว่า 5 (1.672-2.354) แสดงว่าผ่านเงื่อนไข (ภาคผนวก ฉ)

จากตารางที่ 5 พบว่า การทดสอบเงื่อนไขตามข้อตกลงเบื้องต้น ทั้งหมด 5 เงื่อนไข โดยผ่านเงื่อนไขการใช้สถิติ Multiple linear regression จำนวน 4 ข้อ ข้อตกลงเบื้องต้นที่ไม่ผ่านเงื่อนไข คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยใช้ Multiple linear regression ใช้เทคนิคการเลือกตัวแปรแบบ Hierarchical (ปาริชาติ โรจนพลากร-กัญช และยวุฒิ ภาษา. 2556) โดยจัดลำดับและการเลือกตัวแปรพยากรณ์ในการสร้างสมการดังนี้

ลำดับที่ 1 เลือกตัวแปรการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพและตัวแปรอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมากที่สุด ($r=0.632, 0.569, p<.001$ ตามลำดับ) ดังรายละเอียดตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	1.419	.213	-	6.670	<.001
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	.341	.079	.454	4.323	<.001
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	.210	.079	.281	2.678	<.001
$R^2=0.447, \text{Adjusted } R^2=0.433, F=33.886, p<.001$					

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ร้อยละ 43.30 ($R^2=.447, \text{Adjusted } R^2=.433$)

ลำดับที่ 2 เพิ่มตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมากในลำดับถัดมา ($r=0.561$, $p<.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยตัวแปรทำนาย 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปรทำนาย	Unstandardize d Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	1.268	0.213	-	5.945	<.001
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	0.212	0.090	0.282	2.345	0.021
อิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	0.211	0.076	0.282	2.783	0.007
การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้าง เสริมสุขภาพ	0.169	0.064	0.269	2.651	0.010
$R^2=0.490$, Adjusted $R^2=0.471$, $F=26.555$, $p<.001$, $p_{(F\ Change)}=.010$					

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยเพิ่มตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 47.10 ($R^2=0.490$, Adjusted $R^2=0.471$, $p_{(F\ Change)}=.010$)

ลำดับที่ 3 เพิ่มตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุน้อยที่สุด ($r=0.216$, $p=.045$) ดังรายละเอียดตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	1.238	.271	-	4.571	
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	.214	.092	.285	2.334	.022
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	.211	.076	.282	2.762	.007
การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	.163	.071	.260	2.305	.024
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.014	.076	.016	.182	.856
R ² =0.490, Adjusted R ² =0.465, F=19.692, p<.001 p (F Change) =.856					

จากตารางที่ 8 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยเพิ่มตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดลดลง คือ ร้อยละ 46.50 (R²=0.490, Adjusted R²=0.465, p(F Change) =.856)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยใช้ Multiple linear regression ใช้เทคนิคการเลือกตัวแปรแบบ hierarchical พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

งานวิจัยนี้สามารถนำมาสร้างสมการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ดังนี้

a คือ ค่า Constant

PB คือ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

PS คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

IP คือ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

$\hat{Z}_{(BPH)}$ คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$BPH = 1.268 + 0.212 (PS) + 0.211 (IP) + 0.169 (PB)$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_{(BPH)} = 0.282 (PS) + 0.282 (IP) + 0.269 (PB)$$



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เป็นงานวิจัยแบบ Predictive research กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 87 คน สามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.76 มีอายุระหว่าง 66-69 ปี ร้อยละ 59.77 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.17 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 59.77 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.21 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ร้อยละ 83.91 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.94 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.76

5.1.2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี ($\bar{X}=3.15$, S.D.=0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.11$, S.D.=0.34), ($\bar{X}=3.34$, S.D.=0.45), ($\bar{X}=3.14$, S.D.=0.37), ($\bar{X}=3.24$, S.D.=0.34), ($\bar{X}=3.12$, S.D.=0.32) ส่วนกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.97$, S.D.=0.53)

5.1.3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ระดับดี ($\bar{X}=3.03$, S.D.=0.31), ($\bar{X}=3.29$, S.D.=0.42), ($\bar{X}=3.16$, S.D.=0.35), ($\bar{X}=3.13$, S.D.=0.36) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัยพบว่าปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.29$, S.D.=0.42) รองลงมา คือ ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}=3.16$, S.D.=0.35) และปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=3.03$, S.D.=0.31)

และเมื่อทำการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 47.10 ($R^2=0.490$, Adjusted $R^2=0.471$, $p_{(F \text{ Change})}=.010$)

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.15$, $S.D.=0.27$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 59.77 ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงอายุนี้มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาไม่มาก ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้หรือออกไปทำกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว เพื่อนบ้าน เป็นส่วนใหญ่จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556 : 164-211) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ($r=-.19$) ประกอบกับบริบทการดำเนินชีวิตของชุมชนแออัดบ้านแบบคล้ายชุมชนชนบท มีการอยู่กับแบบเครือญาติ มีแหล่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากสำนักงานเขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ทั้งหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้วสีบุญเรือง และโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ออกบริการตรวจสุขภาพให้ความรู้ทางสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนจึงทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดนี้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ (2561 : 53-160) ทำการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ร้อยละ 59.74 เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556 : 164-211) พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.11$)

5.2.2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

1) การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.16$, $S.D.=0.35$) เมื่อทำการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดได้ ($\beta=.282$, $p=.021$) เนื่องจาก ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดรับรู้สมรรถนะของ

ตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพดีจึงปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะสุขภาพของตนเอง ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามศักยภาพและสมรรถนะของตน ซึ่งสอดคล้องกับ เพนเดอร์ เมอดอกซ์และ พาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) เสนอแนวคิดที่ว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือสมรรถนะของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2561 : 380-393) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

2) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.13$, S.D.=0.36) เมื่อทำการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรทำนาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดได้ ($\beta=.282$, $p=.007$) เนื่องจากอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้คนมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ และคณะ (2558 : 26-36) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล ($\beta=.338$, $p < .01$) โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 89.7 ซึ่งความใกล้ชิดกัน ระหว่างบุคคลในครอบครัวอาจหล่อหลอมให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกัน ออกมาสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ (2554 : 17-28) พบว่า ครอบครัว และเพื่อนร่วมงานมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้โดยอิทธิพล ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ย ใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2561 : 380-393) พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีผลต่อความนึกคิดและการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ เมอดอกซ์ และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons. 2011) กล่าวไว้ว่า กลุ่มบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ มีผลโน้มน้าวและสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อม ในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้

3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.29$, S.D.= 0.42) เมื่อทำการวิเคราะห์หือทธิพลของตัวแปรทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดได้ ($\beta=.269$, $p=.010$) เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนแออัดรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพดีจึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุพยายามปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้พฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งการรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender, Murdaugh & Parsons. 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2561 : 380-393) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$)

4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.03$, S.D.=0.31) เมื่อทำการวิเคราะห์หือทธิพลของตัวแปรพยากรณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ได้ ($\beta=.016$, $p=.856$) เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ($r=.220$, $p=.043$) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองแต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ดีทุกด้านโดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมีพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.97$, S.D.=0.53) เพราะการออกกำลังกายตามสภาพของร่างกายตามวัย ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายแบบหักโหมหรือหนักจนเกินไปเพราะจะทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บปวดเนื่องจากระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นจะส่งผลให้สมรรถภาพทางกาย ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และมีความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ลดลง (American College of Sports Medicine. 2009) นอกจากกระบวนการสูงอายุแล้ว ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.91 ซึ่งอาจส่งผลทำให้สมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุลดลง (American College of Sports Medicine. 2010) แต่ตาม

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh and Parsons. 2011) กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นไปในทิศทางที่ดีเช่นเดียวกัน ในขณะที่หากการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีแนวโน้มของการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจะลดลง (Pender, Murdaugh and Parsons. 2011) สำหรับการศึกษานี้ พบความแตกต่างที่ว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีแต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ดีโดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายจึงเป็นเหตุให้ตัวแปรด้านการรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรทางด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและลดปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย
2. ควรศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยการขยายการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย เพื่อให้เป็นตัวแทนของกลุ่ม ผู้สูงอายุไทย

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. การทดสอบเงื่อนไขตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Multiple linear regression พบว่า มีข้อตกลงเบื้องต้นไม่ผ่านเงื่อนไข 1 ข้อ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ทั้งนี้ เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพราะเป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา
2. แบบสอบถามที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายจะเน้นไปที่กิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งตามธรรมชาติผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมตามวัยอยู่แล้ว จึงส่งผลให้สมรรถภาพในการออกกำลังกายลดลงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

บรรณานุกรม

- กมล วิเศษงามปกรณ และวัชร ศรีทอง. (2560) **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร**. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาวิชาอนามัยชุมชน) พิษณุโลก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา. (2554) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์ห่อภิมาน” **Journal of Nursing Science**. 28 (3) หน้า 60-68.
- กิตติมาพร โลกาวิทย์. (2556) “ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานี” **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี**. 5 (1) หน้า 164-211.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ. (2556) “ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันตกของประเทศไทย” **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**. 7 (3) หน้า 93-104.
- จारी ศรีปาน. (2554) **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร**. เพชรบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- จินตนา สุวิทวัส. (2554) “การศึกษาภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา” **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 34 (3) หน้า 22-30.
- ชนินทร์ งามแสง, ชัยธัช จันท์สมุด และลำพูน เสนาวัง. (2559) “การจัดการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพ Pender’s Health Promotion Model and Its Applications in Nursing Practice” **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 38 (2) หน้า 132-141.
- ชลธิชา จันทศิริ, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2551) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร” **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 38 (1) หน้า 20-33.
- ชัยญานุช ไพรวงษ์ และคณะ. (2561) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา” **วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ**. 4 (1) หน้า 380-393.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2561) “แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์” **วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ**. 8 (3) หน้า 59-66.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณัฐรสีณี สุขสมัย และคณะ. (2555) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร” **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 26 (3) หน้า 80-93.
- ถาวร มาตัน และเสน่ห์ แสงเงิน. (2560) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย” **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 47 (1) หน้า 67-78.
- ทิพย์กมล อีสลาม. (2557) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา” **วารสารการแพทย์ เขต 11**. 8 (1) หน้า 1-15.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ และคณะ. (2555) รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ **ผู้สูงอายุ ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี**. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- นารินทร์ จิตรมนตรี. (2558) “ประชากรสูงอายุ : แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ” ใน **ศาสตร์ และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. หน้า 9. กรุงเทพมหานคร : เอ็นพีเพรส.
- นิทรา กิจธีรวิวัฒน์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” **วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา**. 11 (1) หน้า 63-74.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552) **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. กรุงเทพมหานคร : ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2554) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดเขตเมือง : กรณีศึกษาชุมชนบ้านบุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร” **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 29 (3) หน้า 83-93.
- ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ. (2554) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการ ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ” **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**. 5 (3) หน้า 17-28.
- ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ และคณะ. (2558) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น” **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**. 7 (3) หน้า 26-36.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย และยวดี ภาษา. (2556) **สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้ โปรแกรม SPSS for Windows**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์. (2550) **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. จันทบุรี : วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ. (2561) “พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชน
ชานเมือง จังหวัดขอนแก่น” **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 33 (2) หน้า 53-160.
- มนทิญา กงลา. (2558) “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ใน **การประชุม
วิชาการ และเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าโฮ อำเภอครีธาต
จังหวัดอุดรธานี. วันที่ 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา. หน้า 101-107. นครราชสีมา : ม.ป.พ.**
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553) **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
พ.ศ. 2552. นนทบุรี : เอส เอส พลัส มีเดีย.**
- _____. (2555) **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี : เอส เอส
พลัส มีเดีย.**
- _____. (2559) **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นนทบุรี : เอส เอส
พลัส มีเดีย.**
- เรวดี สุวรรณพเก้า และศรีรินทร์ เกรย์. (2554) “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังประชากร
กาญจนบุรี” **วารสารประชากร**. 2 (2) หน้า 33-54.
- วิศา จันทรังสีวรกุล. (2553) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์
คนชรา จังหวัดนครสวรรค์” **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 4 (2) หน้า 12-20.
- วาสนา สิทธิกัน. (2560) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล
ตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์)
เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.**
- วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ. (2555) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ”
วารสารประชากร. 3 (2) หน้า 87-109.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558) **ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ศศิกายุจน์ สกกุลปัญญาวัฒน์. (2557) “ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม :
กรณีศึกษาตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก” **วารสารพยาบาลทหารบก**.
15 (3) หน้า 353-360.
- ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561) “พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร”
วารสารวิจัยรำไพพรรณี. 12 (1) หน้า 39-48.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555) **สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย (ด้านประชากร)**. กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556) **สำมะโนประชากร พ.ศ. 2553**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สภาการพยาบาล. (2553) **สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์**. นนทบุรี : ศิริยอดการพิมพ์.
- อนุรณ์ เป้าสูงเนิน และคณะ. (2558) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา” ใน **การประชุม ชาติใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 วันที่ 26 มิถุนายน 2558 ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี**. หน้า 1339-1349. สงขลา : ม.ป.พ.
- อรวรรณ คูหา และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2552) “การศึกษาาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน” **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 10 (40) หน้า 9-16.
- American College of Sports Medicine. (2009) **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription**. 8th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. (2010) **ACSM's health-related physical fitness assessment manual**. 2nd ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.
- Daniel, W.W. (1995) **Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences**. New York : Wiley & Sons.
- Pender N.J, Murdaugh C.L, & Parsons M.A. (2006) **Health Promotion in Nursing Practice**. 5th ed. Boston : Pearson.
- _____. (2011) **Health Promotion in Nursing Practice**. 6th ed. New Jersey : Pearson Education Inc.
- Pender, N. J. (1987) **Health Promotion in Nursing Practice**. Norwalk Conn : Appleton and Lenge.
- United Nations Population Fund. (2012) **Ageing in the Twenty-First Century : A Celebration and A Challenge**. New York : UNFEA.
- Verbrugge, M. L. (1985) “Gender and Health : An Update on Hypotheses and Evidence” **Health and Social Behavior**. 26 page 156-182.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร
ชื่อนักวิจัย	นางสาวสุดารัตน์ มหาโคตร
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	18/178 หมู่บ้านสวนทองวิลล่า 5 ซอยวัดเวฬุวนาราม 30 แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์มือถือ	081-725-0102 E-mail : sudaratsaint@gmail.com

ข้าพเจ้า นางสาวสุดารัตน์ มหาโคตร นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร” เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัย เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และรายงานผลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าจะท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับท่าน หากท่านสงสัยในข้อคำถามใด ๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยติดต่อเบอร์โทรศัพท์ 081 – 725 – 0102 แม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูล ย่อมสามารถกระทำได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยครั้งนี้จะประสบผลสำเร็จจริงไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงใคร่ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวสุดารัตน์ มหาโคตร
นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ค

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่

ข้าพเจ้า อายุ ปี

อยู่บ้านเลขที่ ถนน หมู่ที่ แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาวสุภารัตน์ มหาโคตร นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในเขต กรุงเทพมหานคร”

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญหลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่จะเกิดขึ้น รวมถึงความปลอดภัย อาการที่ตามมา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งคุณค่าที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้ว

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อหัวหน้าผู้วิจัย

(.....)

หมายเหตุ : กรณีผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ให้ความยินยอมฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ให้ความยินยอมลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ ความยินยอมดังกล่าวด้วย

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามเครื่องมือการวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง
ในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือเติมข้อความที่ถูกต้องตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา () อุดมศึกษาหรือสูงกว่า
4. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
5. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม
6. ภาวะสุขภาพ
() สุขภาพแข็งแรง
() สุขภาพเจ็บป่วย ระบุโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอความกรุณาจากท่านในการทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยให้ตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ				
1. ท่านรู้สึกว่าได้เจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือนแล้ว				
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น				
3. ท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเองอย่างสม่ำเสมอ				
4. ท่านคิดว่าในอนาคตสุขภาพของท่านจะแย่ลงกว่านี้				
5. ท่านยอมรับว่าบางครั้งท่านจะต้องเกิดการเจ็บป่วย				
6. ท่านรู้สึกกลัวและเป็นกังวลว่าสุขภาพจะแย่ลงกว่าเดิม				
7. การมีโรคประจำตัวจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากกว่าคนอื่น ๆ				
8. การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดี				
9. ท่านต้องเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วย ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต				
การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ				
10. การรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เพิ่มผัก ผลไม้ ช่วยทำให้สุขภาพดีขึ้น				

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
11. การรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง จะช่วยให้การย่อยอาหารดี				
12. การลดอาหารที่มีรส หวาน เค็ม มัน ช่วยป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้				
13. การออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน จะช่วยทำให้มีสุขภาพดีขึ้น				
14. การออกกำลังกายวันละ 15-30 นาที จะช่วยให้เลือดไหลเวียนดี				
15. การตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างน้อย ปีละ 1-2 ครั้ง เป็นการคัดกรองโรคและติดตาม ภาวะสุขภาพของตนเอง				
16. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้ ท่านสามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะ เกิดขึ้นได้				
17. การผ่อนคลายความเครียดทำให้เกิด สุขภาพจิตดี				
18. การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย เช่น การเดินแกว่งแขนขา ทำให้ท่านมีสุขภาพ แข็งแรงขึ้น				
19. การพูดคุยกับคนอื่นเป็นการระบาย ความเครียด				
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริม สุขภาพ				
20. ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหาร จำพวกผัก ผลไม้ได้ทุกวัน				
21. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงรับประทานอาหาร ที่มีรสหวาน มัน เค็มได้				

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
22. แม้ว่าอยากจะนอนพักผ่อนแต่ท่านก็ต้อง ออกกำลังกายทุกวัน				
23. ท่านจะเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม กับท่าน เช่น เดินแกว่งแขน โไทเก๊ก เป็นต้น				
24. เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านจะทราบ และรีบไปพบแพทย์ทันที				
25. ท่านมั่นใจว่าสามารถไปพบแพทย์ตามนัด ได้ทุกครั้ง				
26. เมื่อมีความเครียด ท่านจะหาวิธีการระบาย เช่น ทำสมาธิ พักผ่อน ดูโทรทัศน์				
27. ท่านรู้สึกว่าคุณค่า				
28. เมื่อคนในครอบครัว เพื่อนบ้านมีปัญหา มักจะมาขอคำปรึกษาจากท่าน				
29. การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของท่าน				
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ				
30. สมาชิกในครอบครัวมักพาท่านออกไปทำ กิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน เช่น การออกกำลังกาย การเดินเล่น เป็นต้น				
31. สมาชิกในครอบครัวมักเตือนท่าน เรื่องของการดูแลสุขภาพ				
32. สมาชิกในครอบครัวหาอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารอ่อนย่อยง่าย ผัก ผลไม้ มาให้ท่าน รับประทานเสมอ				
33. สมาชิกในครอบครัวคอยกระตุ้นให้ท่าน ออกกำลังกายทุกวัน				

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
34. ท่านเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองให้มีสุขภาพ ที่ดีจากเพื่อนบ้าน				
35. ท่านมักจะออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เรื่องของการดูแลสุขภาพ				
36. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากแหล่งต่าง ๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรทัศน์ วิทยุ				
37. ท่านจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ เช่น การพักผ่อน อย่างเพียงพอ เพราะจะได้มีสุขภาพที่ดี				
38. ท่านมักจะออกไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้ผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย				
39. เมื่อมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ท่านจะไป เข้าร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสมอ				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอความกรุณาจากท่านในการทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยให้ตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน หรือ 6 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นบ่อย หรือปฏิบัติ 4-5 วัน ต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือปฏิบัติ 2-3 วัน ต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. ท่านปรึกษากับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมต่อสุขภาพ				
2. ท่านไปตรวจสุขภาพเป็นประจำกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ				
3. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น				
4. ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวเอง และรีบแจ้งให้คนในครอบครัวทราบ				
5. ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ในการดูแล สุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ หรือการเข้าร่วมอบรม ความรู้ทางสุขภาพ				
กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย				
6. ท่านจะมีการเตรียมร่างกายให้พร้อม ก่อนออกกำลังกาย เช่น ยืดเหยียดแขนขา				
7. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละ ประมาณ 15-30 นาที				
8. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก				

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
9. หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ ประมาณ 5-10 นาที				
10. ท่านออกกำลังกายในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทดี เช่น สวนสาธารณะ บริเวณบ้าน				
โภชนาการ				
11. ท่านรับประทานครบ 3 มื้อ				
12. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว				
13. ท่านรับประทานอาหารอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ เป็นต้น				
14. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด หวานจัด				
15. ท่านจะเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ในแต่ละมื้ออาหาร				
สัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
16. ท่านมีคนในครอบครัวคอยดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพ				
17. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ไปทำบุญ กับคนในครอบครัว				
18. ท่านออกไปสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
19.ญาติหรือเพื่อนฝูงมาติดต่อพูดคุยหรือเยี่ยมเยียนท่าน				
20. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำให้กำลังใจกับคนในครอบครัว				

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การเจริญทางจิตวิญญาณ				
21. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าเพราะสามารถเป็นที่ปรึกษาให้แก่ครอบครัวและเพื่อนบ้านได้				
22. ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การหาอาหารที่มีประโยชน์รับประทาน เป็นต้น				
23. ท่านมักจะออกไปทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น ร่วมกิจกรรมของชุมชน				
24. ท่านเปิดโอกาสให้ตนเองออกไปพบสิ่งแปลกใหม่ ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขทางใจ				
25. ท่านมักจะไปปฏิบัติธรรม หรือทำบุญที่วัด เพื่อให้จิตใจเป็นสุข				
การจัดการกับความเครียด				
26. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านพยายามหาทางแก้ไขโดยการปรึกษากับคนในครอบครัว				
27. เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน				
28. เมื่อมีความเครียดท่านหางานอดิเรกทำ เช่น ดูทีวี ปลูกต้นไม้				
29. ท่านพยายามปล่อยวาง ไม่เก็บเรื่องในครอบครัวมาคิด				
30. ท่านใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น นั่งสมาธิ				

ภาคผนวก จ
เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพจิต (Chula Mental Test : CMT) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ.1996)

คำถาม	คำตอบ	คะแนน	ได้
1. ปีนี้คุณอายุเท่าใด		1/0	
2. ขณะนี้กี่โมง	(อาจตอบคลาดเคลื่อน ได้ 1 ชั่วโมง)	1/0	
3. พูดว่า “กะทะ” “ร่ม” “ประตู” ให้ฟังซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ 2 ครั้ง แล้วให้ผู้สูงอายุทวนชื่อทั้งสามทันที (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	ร่ม	1/0	
	กะทะ	1/0	
	ประตู	1/0	
4. เดือนนี้เดือนอะไร		1/0	
5. คนนั้นเป็นใคร	บุคคลที่ 1	1/0	
(ให้ถามถึง 2 คน)	บุคคลที่ 2	1/0	
6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร / กี่กิโลกรัม	20 ลิตร / 15 กิโลกรัม	1/0	
7. ให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่งที่จะบอกต่อไปนี้ “ให้ตบมือ 3 ครั้ง แล้วกอดอก”	ให้ 1 คะแนน ถ้าทำถูกต้อง	1/0	
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้” คำตอบที่ถูกต้อง 1) หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก 2) หนีจากสถานการณ์อันตรายไปพบกับ สถานการณ์หรือบุคคลอันตรายอีก		1/0	
9. บอกให้ผู้สูงอายุฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟัง จบแล้วให้พูดตามทันที “ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา”	ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดถูกต้องตามลำดับทั้ง ประโยค	1/0	
10. ถามผู้สูงอายุว่า “ถ้าลืมนกยูงที่บ้านจะทำ อย่างไร”	ให้ 1 คะแนน ถ้ามีเหตุผล เหมาะสมโดยแสดงถึงความ พยายามในการแก้ไขปัญหา เช่น ตามช่างนกยูงแจมา ไปขอ นกยูงแจแม่ที่ญาติ หรือขอ ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน	1/0	

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

คำถาม	คำตอบ	คะแนน	ได้
11. บอกให้ผู้สูงอายุ นับเลขจาก 10-20	ให้ 1 คะแนน ถ้านับได้ถูกต้องตามลำดับ	1/0	
12. ซี่ไปที่นาฬิกา แล้วถามว่า คืออะไร / เรียกว่าอะไร		1/0	
ซี่ไปที่ปากกา แล้วถามว่า คืออะไร / เรียกว่าอะไร		1/0	
13. บอกให้ผู้สูงอายุนับเลขที่ละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง	ให้คะแนนตามตัวเลขที่ลบได้ถูกต้อง		
20 - 3 =		1/0	
17 - 3 =		1/0	
14 - 3 =		1/0	
คะแนนรวม			
การแปลผล (คะแนนเต็ม = 19 ถ้า ต่ำกว่า 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีความผิดปกติของ Cognitive function)			
สรุป <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (Q 2) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ มี ไม่มี
 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ มี ไม่มี
- แปลผล ถ้าตอบ ใช่ 1-2 ข้อ ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

สรุป มี ไม่มี

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว
 - 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้
 - 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คน ช่วยกันยกขึ้น
- 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ

1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

- 3 คะแนน ทำได้เอง

4. การใช้ห้องน้ำ

- 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออก

มุมห้องหรือประตูได้

2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

- 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสม

ก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้
- 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
<input type="checkbox"/> 0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : Very low initial score, Total dependence
<input type="checkbox"/> 5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : Low initial score, Severe dependence
<input type="checkbox"/> 9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง : Intermediate initial score, Moderately severe dependence
<input type="checkbox"/> 12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : Intermediate high, Mildly severe dependence, Consideration of discharging home

ภาคผนวก ฉ

การตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติ Multiple linear regression

เงื่อนไขข้อที่ 1 คือ ตัวแปรทำนายและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยพิจารณาจากค่า r ในการทดสอบ Pearson product moment correlation พบว่า ตัวแปรทำนายทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผ่านเงื่อนไข

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทำนาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

ตัวแปรทำนาย	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (PCS)	0.632	<.001
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (EPH)	0.569	<.001
การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (BHP)	0.561	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (PCH)	0.216	0.045

เงื่อนไขข้อที่ 2 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

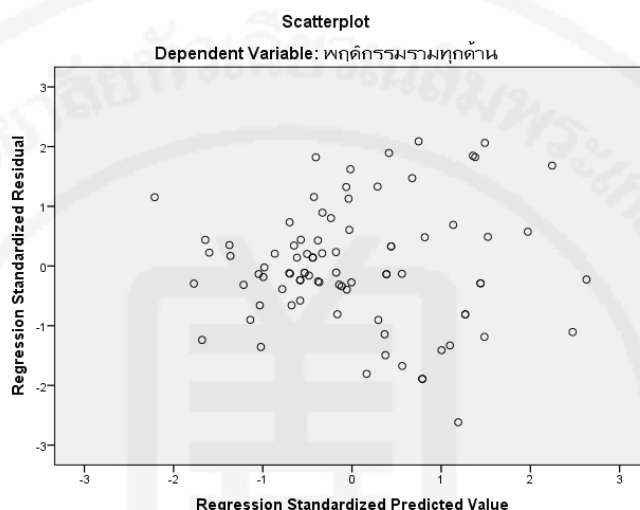
การตรวจสอบการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลค่าความคลาดเคลื่อน (res_1) ด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่า ค่า $p=.028$ แสดงว่า การแจกแจงข้อมูลของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ปกติ แสดงว่าไม่ผ่านเงื่อนไข

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Unstandardized Residual (res_1)	.101	87	.028	.977	87	.117

เงื่อนไขข้อที่ 3 คือ ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรทำนายต้องเท่ากัน (Homoscedasticity)

การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรทำนายต้องเท่ากัน (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟด้านล่าง พบว่า ลักษณะกราฟมีการกระจายและไม่เป็นรูป Cone shape แสดงว่า ผ่านเงื่อนไข



เงื่อนไขข้อที่ 4 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation)

การตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ด้วยสถิติ Durbin-Watson พบว่า ค่า Durbin-Watson=2.129 แสดงว่า ผ่านเงื่อนไข

ตารางที่ 3 ค่าสถิติในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics			Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	P (F Change)	
1	.668 ^a	.447	.433	.20037	.447	33.886	.000	2.129
2	.700 ^b	.490	.471	.19355	.043	7.028	.010	
3	.700 ^c	.490	.465	.19469	.000	.033	.856	

a. Predictors : (Constant) อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้สมรรถนะตนเอง

b. Predictors : (Constant) อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ประโยชน์

c. Predictors : (Constant) อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

d. Dependent variable : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

เงื่อนไขข้อที่ 5 คือ ตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity)

การตรวจสอบตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ด้วยการวิเคราะห์ค่า VIF พบว่า ค่า VIF มีค่าระหว่าง 1.672 - 2.354 ซึ่งค่า VIF น้อยกว่า 5 แสดงว่า ผ่านเงื่อนไข

ตารางที่ 4 การตรวจสอบตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.419	.213		6.670	.000		
	รับรู้สมรรถนะรวม	.341	.079	.454	4.323	.000	.598	1.672
	อิทธิพลระหว่างบุคคลรวม	.210	.079	.281	2.678	.009	.598	1.672
2	(Constant)	1.268	.213		5.945	.000		
	รับรู้สมรรถนะรวม	.212	.090	.282	2.345	.021	.425	2.354
	อิทธิพลระหว่างบุคคลรวม	.211	.076	.282	2.783	.007	.598	1.672
	รับรู้ประโยชน์รวม	.169	.064	.269	2.651	.010	.596	1.677
3	(Constant)	1.238	.271		4.571	.000		
	รับรู้สมรรถนะรวม	.214	.092	.285	2.334	.022	.417	2.398
	อิทธิพลระหว่างบุคคลรวม	.211	.076	.282	2.762	.007	.598	1.673
	รับรู้ประโยชน์รวม	.163	.071	.260	2.305	.024	.487	2.051
	รับรู้ภาวะสุขภาพรวม	.014	.076	.016	.182	.856	.792	1.263

a. Dependent Variable : พฤติกรรมรวมทุกด้าน

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
1	Regression	2.721	2	1.361	33.886	.000 ^b
	Residual	3.373	84	.040		
	Total	6.094	86			
2	Regression	2.984	3	.995	26.555	.000 ^c
	Residual	3.109	83	.037		
	Total	6.094	86			
3	Regression	2.986	4	.746	19.692	.000 ^d
	Residual	3.108	82	.038		
	Total	6.094	86			

a. Dependent Variable : พฤติกรรมรวมทุกด้าน

b. Predictors : (Constant) อิทธิพลระหว่างบุคคลรวม รับรู้สมรรถนะรวม

c. Predictors : (Constant) อิทธิพลระหว่างบุคคลรวม รับรู้สมรรถนะรวม รับรู้ประโยชน์รวม

d. Predictors : (Constant) อิทธิพลระหว่างบุคคลรวม รับรู้สมรรถนะรวม รับรู้ประโยชน์รวม
รับรู้ภาวะสุขภาพรวม

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตา ดุษฎี พูลศิริ
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล นางสาวสุดารัตน์ มหาโคตร
วัน เดือน ปีเกิด 17 ตุลาคม 2512
ที่อยู่ปัจจุบัน 18/178 หมู่บ้านสวนทองวิลล่า 5 ซอยวัดเวฬุวนาราม 30
แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2532 – 2535 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่งและที่ทำงานปัจจุบัน
พ.ศ. 2536 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์