



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรณีศึกษา: อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา



**HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AFFECTING HEALTH
STATUS OF THE ELDERLY: CASE STUDY KRASAESIN DISTRICT
SONGKHLA PROVINCE**



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

2015

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรณีศึกษา: อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธาณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

THESIS
HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AFFECTING HEALTH
STATUS OF THE ELDERLY: CASE STUDY KRASAESIN DISTRICT
SONGKHLA PROVINCE



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

2015

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

ชื่อวิทยานิพนธ์ พหุติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา:
อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา
ผู้วิจัย นางสาวเสาวรัตน์ ภูมิศรี

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันตมาทน์ กาญจนภูมิ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ เทพกร พิทยาภินันท์)

.....ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
(รองศาสตราจารย์ เทพกร พิทยาภินันท์)

.....กรรมการและเลขานุการหลักสูตร
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กันตมาทน์ กาญจนภูมิ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
(ดร.กัลยา ต้นสกุล)

.....กรรมการจากบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุลสุวรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา รับรองวิทยานิพนธ์แล้ว

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุลสุวรรณ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
	กรณีศึกษา: อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา
ผู้วิจัย	นางสาวเสาวรัตน์ ภูมิศรี ปีการศึกษา 2558
ปริญญา	สาทรณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาทรณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา จำนวน 354 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ ไค-สแควร์ และครามเมอร์ วี ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในขณะที่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Thesis Title	Health Promoting Behaviors Affecting Health status of the elderly: case study Krasaesin District Songkhla Province
Researcher	Miss Saowarat Chimsri Academic year: 2015
Degree	Master of public Health Program in Community Health
Advisors	1. Assistant Professor Dr.Kantamaht Kanchanapoom 2. Associateciate Professor Teppagone Pittayapinune

Abstract

This study was a survey research to study health promoting behaviors and health status of the elderly, relationship between demographic data and health status of the elderly and relationship between health promoting behaviors and health status of the elderly. The sample consisted of 354 elderly aged 60 years and over, and who lived in Krasaesin District, Songkhla Province. The sample was selected randomly by multi-stage sampling. The research instruments included the demographic data, the health promoting behaviors questionnaire and the health status of the elderly questionnaire. The data were analysed by using mean, standard deviation, Chi-square, Cramer's V, and Pearson correlation coefficient.

The results showed that the average of the overall health promoting behavior of the elderly in each dimension was at a high level. The average score of health status for each dimension was also high. The factors related to the health status of the elderly, age, career and disease were in correlation with the health status of the elderly significantly at a level of 0.01, whereas gender, marital status, education level, income and family style were not related to health status significantly. In addition health promoting behaviors was positively related to health status at a significant at level of 0.01

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยากินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลา เมตตา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุลสุวรรณ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.กัลยา ตันสกุล กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงประธาน กรรมการและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน และคณะอาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณ นางสุนันท์ ศิริรัตน์ นางภัครัชดาวรรณ แสงแก้ว และนางสาวนันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ได้กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบความสอดคล้อง ของเครื่องมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นในการสร้างเครื่องมือ และการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายสถิร จินดาวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระแสนินธุ์ ที่ให้การสนับสนุน การศึกษา นายเจริญ สุขมี สาธารณสุขอำเภอกระแสนินธุ์ นายนพพร นิลรัตน์ สาธารณสุขอำเภอระโนด ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประสานและรวบรวม แบบสอบถาม ตั้งแต่ขั้นตอนการทดสอบเครื่องมือจนถึงการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย เพื่อน ๆ ร่วมหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายชนกฤต นุ้ยกุลวงศ์ นางสาวนริรัตน์ ชูโชติ รวมถึงเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ทุกคนในครอบครัว ญาติทุกท่าน ที่คอยอบรมเลี้ยงดู ให้การศึกษา ให้ความรัก และเป็นกำลังใจตลอดมา รวมถึงกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนาม ในที่นี้ได้หมด ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านไว้ ณ โอกาสนี้

เสาวรัตน์ นิมศรี

กรกฎาคม 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(3)
สารบัญ	(4)
สารบัญตาราง	(6)
สารบัญภาพ	(7)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
บริบทอำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	12
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	21
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	346
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
แบบแผนการวิจัย	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ	39
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	41
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	43
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	44
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	46
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	51
ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	55
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ...	57
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	59
สรุปผล	59
อภิปรายผล	60
ข้อเสนอแนะ	62
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	69
ภาคผนวก ก ราชานามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	70
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	72
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	83
ภาคผนวก ง การหาคุณภาพเครื่องมือ	91
ประวัติผู้วิจัย	98

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกรายตำบลและหมู่บ้าน	35
2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	44
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุ	46
4 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของ ผู้สูงอายุ	47
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ	48
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของภาวะสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุ	51
7 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ	52
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ	53
9 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	55
10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพ โดยรวมของผู้สูงอายุ	57
11 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ	57
12 ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน	92
13 ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน	95

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	ร้อยละประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย	2
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
3	แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ ฉบับปรับปรุง	29



บทที่ 1

บทนำ

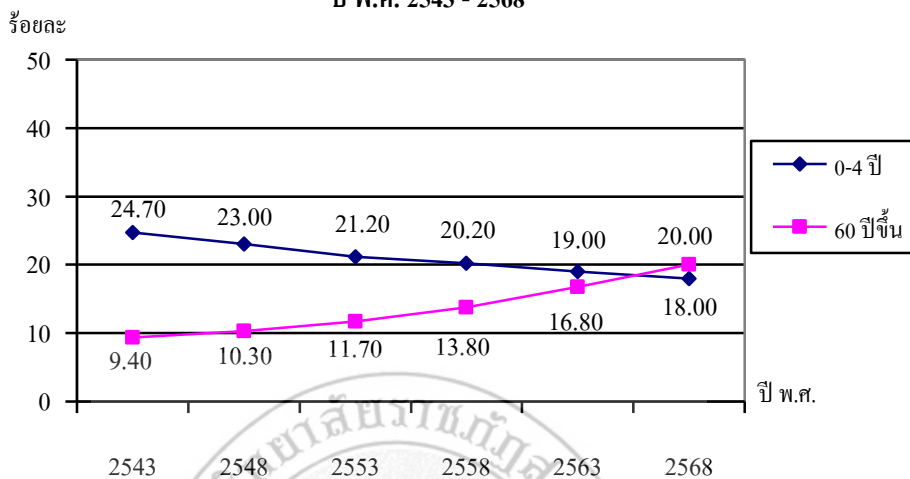
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสังคมโลกปัจจุบัน สถานการณ์ประชากรกำลังเป็นที่ได้รับความสนใจ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างประชากรที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสังคมที่เข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในทางที่เสื่อมลง นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุอาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยเด็กและกรรมพันธุ์ ดังนั้นประชากรสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหลาย ๆ ด้าน ซึ่งจะช่วยลดภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น ช่วยชะลอความเสื่อมของสุขภาพ และยังคงไว้หรือเพิ่มระดับความสามารถในการกำหนดหน้าที่ของร่างกายให้ดีขึ้น (Ebersole and Hess, 1998)

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว หากพิจารณาจากคำจำกัดความที่ว่า สังคมผู้สูงอายุ คือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 10% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 7% ประเทศไทยก็เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ ปี 2548 เพราะตอนนั้นประเทศไทยมีประชากร ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 10.4 % และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20 % หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่า 14 % คาดว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกิน 60 ปี 23.5 % กล่าวโดยรวม คือประเทศไทยจะก้าวจากสังคมผู้สูงอายุเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในเวลาเพียง 20 กว่าปีเท่านั้น (ชมพูนุช พรหมภักดี, 2556) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการลดลงของประชากรวัยเด็กของประเทศไทย จะเห็นได้ชัดเจนว่า สัดส่วนผู้สูงอายุในสังคมไทยจะปรับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนมีสัดส่วนมากกว่าประชากรวัยเด็กภายใน ปี 2568 หรืออีกประมาณ 15 ปี เท่านั้น (ดังภาพ 1) ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ร้อยละประชากรผู้สูงอายุ ประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2543 - 2568



ภาพ 1 ร้อยละประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2543 - 2573

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ ภาวะทุพพลภาพจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ

จากการสำรวจ พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพระดับ 5 อันดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีแนวความคิดว่า บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้ จากรายงานการศึกษาวิจัย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังไม่เหมาะสมหรือเพียงพอในการส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดี (ปาลิรัตน์ พรทวีกันทา, 2541)

ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงประโยชน์การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจะช่วยชะลอภาวะเสื่อมของสุขภาพของผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

จากการศึกษาของ โจนส์และโจนส์ (Jones and Jones, 1997) พบว่า ภาวะสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีหลักในการลดอัตราความเจ็บป่วยและพัฒนา ภาวะสุขภาพให้มีการทำหน้าที่ได้สูงสุด (Lee and Ester, 1997) ดังนั้นการที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมีผลกระทบโดยตรงต่อนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เพราะผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพมาก เนื่องจากมีความเสื่อมและความเจ็บป่วย ทางด้านร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ รวมถึงการสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาเรื่อง โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว สูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ซึ่งโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ โรคระบบต่อมไร้ท่อ คิดเป็นร้อยละ 24.3 โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 20.9 โรคระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 8.5 โรคระบบทางเดินหายใจคิดเป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคที่พบในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากความเสื่อมชราของสังขาร และเข้าใจว่าทุกคนจะต้องเป็น เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดโรคแล้วจะเห็นว่า โรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความรุนแรงได้ ถ้าบุคคลเหล่านั้นสนใจดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม วัยสูงอายุนั้นมีความสำคัญเพราะเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เห็นได้ชัดเจนจากความเสื่อมทางร่างกายและการลดบทบาททางสังคม ความเสื่อมทางร่างกายกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตอาชีพ ลักษณะอารมณ์ ลักษณะสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและในสังคม แม้เป็นระยะแห่งความเสื่อม แต่ผู้สูงอายุก็อาจใช้ชีวิตยามชราได้อย่างมีความสุข โดยการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับความชรา ควรมีการรู้จักปรับตัวทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นการป้องกันการเกิดโรคของผู้สูงอายุด้วยการสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งครอบครัวและสังคมยังมีส่วนช่วยให้มีความสุขแก่ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุดังนั้นวัยสูงอายุจึงควรมีการดูแลสุขภาพตนเอง

จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับในระดับประเทศ จากข้อมูลการสำรวจประชากรจังหวัดสงขลา พบว่า ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 276,785 คน คิดเป็นร้อยละ 12.11 ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 297,491 คน คิดเป็นร้อยละ 13.02 และปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 317,324 คน คิดเป็นร้อยละ 13.89 ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา พบว่าแนวโน้มโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุของจังหวัดสงขลา พบว่า โรคเรื้อรังที่พบสูงสุดในผู้สูงอายุ คือโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยเท่ากับ 6,583.31 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือโรคเบาหวาน อัตราป่วยเท่ากับ 2,592.15 ต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมอง อัตราป่วยเท่ากับ 685.01 และโรคหัวใจขาดเลือด อัตราป่วยเท่ากับ 685.01 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2558) อำเภอกระเสสินธุ์เป็นอำเภอขนาดเล็กของจังหวัดสงขลา จากข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ใน ปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 2,719 คน คิดเป็นร้อยละ 17.42 ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 2,889 คน คิดเป็นร้อยละ 18.51 และปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 3,028 คน คิดเป็นร้อยละ 19.41 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2558) จากข้อมูลพบว่า มีประชากรผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดสงขลา และจากข้อมูลโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของอำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา พบว่า โรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุสูงสุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 1,538 ราย รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 672 ราย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 158 ราย โรคหัวใจขาดเลือด จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 109 ราย และโรคทางเดินหายใจ จำนวนเท่ากับ 98 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2558)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับหน่วยงานหรือสถานบริการที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการทำวิจัย โดยนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทอื่น ๆ ต่อไป และสามารถนำผลวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการปรับปรุง แก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานตามบริบทและสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ ในเขตอำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา

2. ขอบเขตตัวแปร

ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด

ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

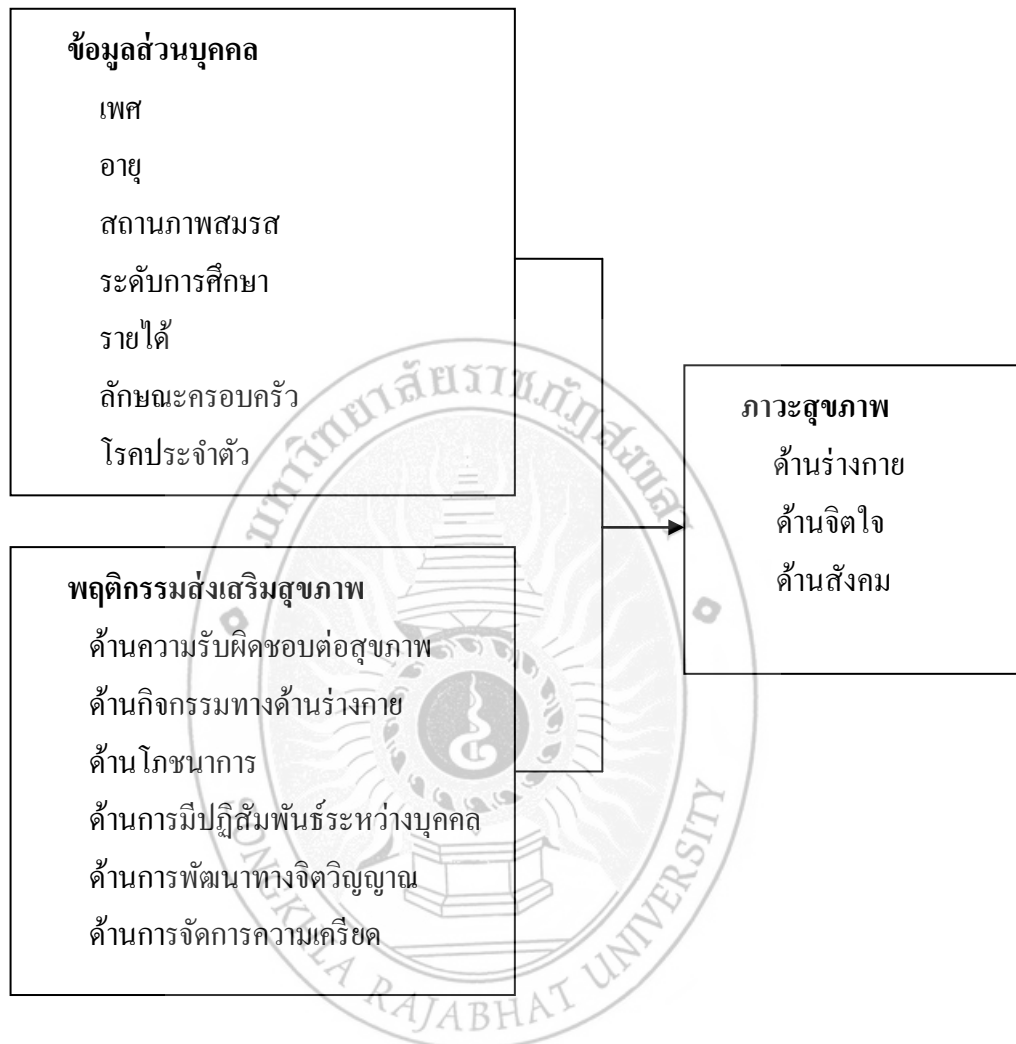
3. ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยตัดแปลงจากแบบสอบถามลีลาชีวิตการส่งเสริมสุขภาพฉบับภาษาไทยของ นันทวัน สุวรรณรูป ซึ่งแปลจาก Health-Promoting Lifestyle Profile II ของ Walker และคณะ ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอกระเส็นนัง จังหวัดสงขลา

4. ขอบเขตระยะเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2559

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่สามารถสื่อสารได้

ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง กลุ่มตัวแปร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และ โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านกรมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ ด้านสุขภาพจิตใจ หมายถึง ปรากฏการณ์ทางด้านจิตใจเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกต่อสภาพร่างกายทั่วไป ความรู้สึกในทางบวก ความสามารถในการควบคุมตนเอง และด้านสุขภาพสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการมีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลวิจัยมาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ สำหรับหน่วยงานหรือสถานบริการที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเขตอำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา
2. สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่สนใจการทำวิจัย โดยนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทอื่น ๆ ต่อไป
3. สามารถนำผลวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการปรับปรุง แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามบริบทและสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิทยาลัยศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. บริบทอำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทอำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา

1. ประวัติความเป็นมา

เดิมพื้นที่อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา เป็นตำบลหนึ่งในความปกครองของ อำเภอรโนด จังหวัดสงขลา เมื่อต้นปี พ.ศ. 2519 ได้มีชุมชนและคณะครูอาจารย์ในพื้นที่ 3 ตำบล ได้ประชุมเพื่อขอให้แยกการปกครองออกจากอำเภอรโนด เนื่องจากการคมนาคมติดต่อราชการ ระหว่าง 3 ตำบลมีความยากลำบาก โดยตกลงขอให้ใช้ชื่อตามมติที่ประชุมว่า “กระแสดินธุ์” ซึ่งมีความหมายว่ากระแสน้ำหรือเมืองที่อุดมสมบูรณ์ด้วยน้ำ (คำว่า “กระแสดินธุ์” เกิดจากที่ประชุม สงฆ์และชาวบ้านซึ่งประชุมกัน ณ วัดเชิงแสใต้ โดยมี พระครูปิยะสิกขาการ (พร้อม) อดีต เจ้าอาวาส วัดหัวป้อมใน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พร้อมใจกันตั้งขึ้น หมายถึง เมืองแห่ง กระแสน้ำโดยการนำเอาตัวอักษรของแต่ละตำบลมารวมกัน คือ ก (เกาะใหญ่) ส (เชิงแส) และ ร (โรง) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมและให้ตั้งเป็นชื่อมงคลนามของอำเภอจนถึง ปัจจุบันกระทรวงมหาดไทยได้ประกาศตั้งเป็น กิ่งอำเภอกระแสดินธุ์ เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2521 ประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลโรง ตำบลเชิงแส และตำบลเกาะใหญ่โดยในชั้นแรกให้ใช้อาคาร ของโรงเรียนชุมชนวัดเชิงแส เป็นที่ทำการชั่วคราว

โดยมี นายอภิชน คงพันธุ์ เป็นปลัดอำเภอ ผู้เป็นหัวหน้าประจำกิ่งอำเภอคนแรก ต่อมา เมื่อปีงบประมาณ 2523 กรมการปกครองได้จัดสรรงบประมาณเป็นค่าก่อสร้างที่ว่าการกิ่งอำเภอ

โดยดำเนินการก่อสร้างในพื้นที่ หมู่ที่ 11 ตำบลเกาะใหญ่ โดยได้รับการบริจาคที่ดินจากราชกร จำนวน 93 ไร่ เมื่อการก่อสร้างเสร็จจึงได้ย้ายที่ทำการ เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2524 ต่อมาทางราชการได้พิจารณาเห็นว่าท้องที่กิ่งอำเภอกระแสดินธุ์ มีประชากรเพิ่มมากขึ้นประกอบกับมีความเจริญมากขึ้น เห็นสมควรให้ได้รับการยกฐานะขึ้นเป็นอำเภอ จึงได้มีพระราชกฤษฎีกาตั้งเป็นอำเภอกระแสดินธุ์ เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2537 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 111 หน้า 32 ตอน 21 ก. ลงวันที่ 3 มิถุนายน 2537 ประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลโรง ตำบลเชิงแส และตำบลเกาะใหญ่ และได้กระทำพิธีเปิดอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2538 โดยมี ฯ พณ ฯ นายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ในขณะนั้นเป็นประธาน ต่อมากระทรวงมหาดไทยได้ประกาศตั้งและกำหนดเขตตำบลในท้องที่เพิ่มขึ้นอีก 1 ตำบล คือตำบลกระแสดินธุ์ โดยแยกหมู่ที่ 8, 9, 10 และ 11 ของตำบลเกาะใหญ่มาตั้งเป็นตำบลใหม่ ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2538 มีผลตั้งแต่วันที่ 7 กันยายน 2538 เป็นผลให้ ที่ว่าการอำเภอกระแสดินธุ์ ตั้งอยู่ในพื้นที่ หมู่ที่ 4 ตำบลกระแสดินธุ์ มาจนถึงปัจจุบันนี้ คำขวัญประจำอำเภอกระแสดินธุ์ “หลวงพ่อดิมคู่บ้าน ดอกบัวบานทั่วถิ่น ชารารินทั่วเมืองสมเด็จเจ้าลือเลื่อง เมืองสะอาดพันธุ์ดี แหล่งโลมาอิรวดีแดนใต้”

2. ที่ตั้ง อาณาเขตพื้นที่

อำเภอกระแสดินธุ์ ตั้งอยู่บนคาบทะเลสาบสงขลา ระหว่าง อำเภอสทิงพระกับอำเภอระโนด ห่างจากตัวจังหวัด 78 กิโลเมตร เป็น 1 ใน 16 อำเภอของจังหวัดสงขลา ตั้งอยู่ที่ ตำบลกระแสดินธุ์ ประกอบด้วยพื้นที่ 593 ตารางกิโลเมตร (พื้นดิน 93 ตารางกิโลเมตร และพื้นที่ที่เป็นทะเลสาบประมาณ 500 ตารางกิโลเมตร)

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลระโนด อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลชุมพล อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลวัดสนและตำบลป่อตรู อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ทะเลสาบสงขลา

3. ลักษณะภูมิประเทศ

เป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งทะเลสาบลักษณะพื้นดินเทลาดจากทิศตะวันออกไปยังตะวันตก เหมาะแก่การทำนา ไร่สวนผสมและการเพาะปลูกทางการเกษตร ส่วนใหญ่ยังอาศัยน้ำตามธรรมชาติเนื่องจากระบบการชลประทานมีน้อย ลักษณะของดิน เป็นลักษณะดินร่วน ดินเหนียวและดินเปรี้ยวโดยเฉพาะในบริเวณพรุน้ำขัง 2 ตำบล ตำบลเชิงแส ตำบลโรง และตำบลกระแสดินธุ์

ส่วนตำบลเกาะใหญ่ลักษณะพื้นที่เป็นเนินเขาและเชิงเขา ส่วนริมทะเลสาบเป็นป่าชายเลนเหมาะแก่การทำประมงลักษณะภูมิอากาศ สภาพอากาศร้อนชื้น แบ่งออกเป็น 2 ฤดู คือ ฤดูร้อน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนกรกฎาคม และฤดูฝนตั้งแต่เดือนสิงหาคม – เดือนมกราคม ในฤดูฝนจะมีฝนตกหนักระหว่าง เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม ของทุกปี อุณหภูมิโดยเฉลี่ย 31.4 องศาเซลเซียส แหล่งน้ำธรรมชาติ ทะเลสาบสงขลาเป็นแหล่งน้ำที่สำคัญที่สุดของอำเภอ นอกจากนั้นยังมีคลองโรงคลองกาหรี และคลองโคกพระของตำบลโรง คลองเชิงแสของตำบลเชิงแส และคลองพระยายมราชระหว่างตำบลกระแสดินธุ์กับตำบลเกาะใหญ่ สามารถใช้น้ำได้ตลอดปี แหล่งน้ำสำคัญ ได้แก่ คลอง 3 สาย คือ คลองโรง คลองเชิงแส และคลองโคกพระ

4. การคมนาคม

ระหว่างอำเภอกระแสดินธุ์กับตัวจังหวัดใช้ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 408 (สงขลา – นครศรีธรรมราช) แยกบ้านเจดีย์งามเข้าตัวอำเภอ ระยะทาง 9 กิโลเมตร ทางหลวงหมายเลข 4196 ระยะทางจาก อำเภอกระแสดินธุ์ถึงอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ระยะทาง 78 กิโลเมตร

5. การปกครองและประชากร

การปกครองส่วนภูมิภาคแบ่งการปกครองออกเป็น 4 ตำบล 22 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาลส่วนตำบล จำนวน 2 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่ง รวม 4 แห่ง ดังนี้ เทศบาลตำบลกระแสดินธุ์ เทศบาลตำบลเชิงแส องค์การบริหารส่วนตำบลโรงและองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะใหญ่ จากข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร อำเภอกระแสดินธุ์พบว่า มีประชากรทั้งหมด จำนวน 15,600 คน และข้อมูลประชากรจากการสำรวจทั้งหมด จำนวน 13,801 คน

6. การประกอบอาชีพและเศรษฐกิจ

ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพการเกษตร เนื้อที่ 47,537 ไร่ แยกเป็นการทำนา เนื้อที่ 34,814 ไร่นอกนั้นทำสวนผลไม้และยางพารา ร้อยละ 20 ทำการประมง ค้าขายและรับจ้าง ส่วนหนึ่งไปใช้แรงงานต่างอำเภอและตัวจังหวัด อาชีพหลักการทำนา เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม บางส่วนติดกับทะเลสาบสงขลาจึงมีการทำการประมง รับจ้าง และการเลี้ยงสัตว์เศรษฐกิจ คือ โค สุกร ไก่ และเป็ด อาชีพรอง คือ เก็บตาลโตนด การอุตสาหกรรมในครัวเรือน และการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรในรูปกลุ่มต่าง ๆ การทำไข่เค็ม น้ำพริก ข้าวซ้อมมือ ขนมการเลี้ยงผึ้ง การปลูกพืช ผักและผลไม้ เช่น

กล้วยน้ำว้ามะละกอและแตงโม เป็นต้น มีธนาคารเพียง 1 แห่ง คือ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

7. การนับถือศาสนาและสภาพสังคม

ประชาชนอำเภอกระแสนินธุ์ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.67 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 0.26 และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.07 ตามลำดับ สถานศึกษา มีทั้งหมดจำนวน 17 แห่ง แบ่งเป็น โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 10 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 5 แห่ง มีวัดทั้งหมด 14 วัด และสำนักสงฆ์ 1 แห่ง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนแก่ คนชราหรือผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหขาว หน้าตาเหี่ยวแห้ง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายคำว่า “ชรา” ว่าแก่ด้วยอายุ, ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มนักวิชาการ ที่พิจารณาแล้วเห็นว่าคำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่ใจและความถดถอย สิ้นหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะผู้อาวุโส โดยมี พ.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นประธานจึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ ขึ้นแทนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ได้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544: 8-9)

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530: 18) ได้เรียกผู้สูงอายุว่า “วัยชรา” และได้กำหนดไว้ว่า วัยชรา นั้นเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี เป็นวัยที่มีการเสื่อมโทรมและต้องซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ซึ่งบุคคลที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เริ่มคิด รู้สึกและรับรู้ว่าตนเองใกล้ถึงวัยสูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ มีนักวิชาการด้านผู้สูงอายุยอมรับว่ามีความแตกต่างกันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิตของบุคคลในระยะ 20-30 ปี หลังจากเข้าสู่วัยชราหรือหลังจากเกษียณอายุ

สุจินต์ ปรีชามารอด (2535: 499) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” มิใช่หมายถึงเฉพาะการมีอายุมากเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีส่วนประกอบอื่น ๆ อีก คือ ประสิทธิภาพทางร่างกาย สังขาร และสุขภาพจิต ได้แก่ อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออก การจัดว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่

- 1) พิจารณาผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน กล่าวคือ โดยทั่วไปเมื่อถึงอายุ 60 ปี ก็จัดว่าเป็นผู้สูงอายุ
- 2) พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาพร่างกาย กล่าวคือ บางคนดูสูงอายุและรู้สึกตัวเองว่าแก่ ทั้งที่อายุไม่ถึง 60 ปี สำหรับบุคคลประเภทนี้มีการเสื่อมโทรมของสุขภาพกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานหนัก มีความเครียดมาก ทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็ว
- 3) พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาวะสุขภาพจิต บุคคลประเภทนี้ถ้าพิจารณาทางด้านสุขภาพร่างกายยังดีอยู่ แต่ทางด้านสุขภาพจิตมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในลักษณะที่จะ “ชอบของเก่า ชมสาว เล่าความหลัง นั่งรำพึง ซึ่งในใจอยู่”

จันทรเพ็ญ เนียมอินทร์ (2539: 9) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง เป็นที่ควรได้รับการช่วยเหลือดูแล อุปการะ เพื่อให้มีความสุข

ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540: 15) กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายสมควรได้รับการช่วยเหลือดูแลและเป็นวัยที่ถือว่าปลดเกษียณจากการทำงานหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม

ชนานุช อภิกัทรธำรง (2540: 9) กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมลดลง เป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือดูแลอุปการะ เพื่อให้มีความสุข

สิทธิอาภรณ์ ชวนบี (2543: 8) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปสู่ความเสื่อมถอย ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

สุรกุล เจนอบรม (อ้างถึงใน เพ็ญแข ประจันปัจฉินีก, 2545: 65) ได้ให้ความหมายของ คนชราหรือผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิตซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาววัยผู้ใหญ่และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุ โดยบทบาทที่แสดงเป็นผู้นำและมีความรับผิดชอบสูง ในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็มักจะแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่นบางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้คือเกณฑ์อายุที่ใช้เพื่อการเกษียณตัวเอง ออกจากการปฏิบัติงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดขึ้นไว้ นั่นเอง การกำหนดกฎเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งแตกต่างกันไปอย่างนี้จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุก ๆ ประเทศ ดังนั้นที่ประชุม

สมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World assembly on aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุและให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับเจตจำนงของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุและอายุตั้งแต่ 60 ปี จึงเป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

มินตรา สิริวันต์ (2550: 9) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยแห่งการเกษียณอายุหรือออกจากงานประจำที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงจึงจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

จากการให้ความหมายของนักวิชาการต่าง ๆ ทำให้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม และถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน

2. การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุนั้น ได้มีผู้ที่แบ่งผู้สูงอายุไว้หลายคน โดยมักจะแบ่งออกตามลักษณะต่าง ๆ ที่สำคัญ ดังนี้

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530: 18) ได้กล่าวถึงการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ ตามลักษณะของจิตสังคมและชีววิทยา โดยแบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1) ช่วงไม่ค่อนแก่ (The young – old) ช่วงนี้อายุประมาณ 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่ที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่ว ๆ ไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตาม สำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้แบบ “engagement” คือ ยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2) ช่วงแก่ปานกลาง (The middle-aged old) อายุประมาณตั้งแต่ 70 - 79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “disengagement” คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนักอีกต่อไป

3) ช่วงแก่จริง (The old - old) อายุประมาณ 80 - 90 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีชีวิตชีวาในแง่ต่าง ๆ ตามวัย (Both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุนี้นี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่าน มาเริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4) ช่วงแก่จริง ๆ (The very old - old) อายุประมาณ 90 - 99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่าง ๆ ด้านชีววิทยา สังคม และจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องการบีบบังคับเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไร ๆ ที่พอออกพอใจและอยากทำในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้พบผ่านวิกฤตต่าง ๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุทุกช่วงวัยนี้ มีตั้งแต่ผู้ที่ยังมีสมรรถภาพเต็มไปด้วยความรู้ ความคิด ความเชี่ยวชาญ ความมีชีวิตชีวา เรื่อยไปถึงผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจสุขภาพ สังคมไปจนถึงผู้แก่หง่อมที่ช่วยตนเองไม่ได้ หรือผู้ที่เลอะเลือน

บรรลุ ศิริพานิช (2540) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามอายุและภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป คือ

- 1) ผู้สูงอายุนั้น มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยา ยังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
- 2) ผู้สูงอายุนั้น มีอายุระหว่าง 71 - 80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยา เริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง
- 3) ผู้สูงอายุนั้น มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

3. ความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความชราหรือกระบวนการความแก่ (Aging process) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาเหล่านี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้างทำให้เจริญเติบโตเมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้ว จะมีผลการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้างเซลล์ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (วนิดา คงขำ, 2547: 11 - 14) ซึ่งสามารถอธิบายพอสังเขปได้ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่

3.1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบาง แห้งเหี่ยวย่น ขาดความมันและความยืดหยุ่น ต่อมน้ำนมฝ่อลง ทำให้การปรับตัวต่ออุณหภูมิไม่ดีเช่นวัยอื่น

3.1.2 ระบบประสาทรับสัมผัส จะมีการเสื่อมลงของตา คือ ลูกตามีขนาดเล็กกลางและลึก เนื่องจากไขมันของลูกตาลดลง กระจกตาตกรูปร่างตาเล็กกลาง ปฏิกริยาของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การมองเห็นไม่ดี ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ประสาทรับเสียงเสื่อมลงหูตึงต้องพูดเสียงดัง ๆ จึงจะได้ยิน ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลงและการรับรู้รสฝ่อลง

3.1.3 ระบบประสาท เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความจำเสื่อม

3.1.4 ระบบทางเดินอาหาร เหนื่อยและฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง รับประทานอาหารไม่สะดวก ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวช้าลงทำให้เกิดภาวะท้องผูกได้ การดูดซึมแร่ธาตุลดลง

3.1.5 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง เคลื่อนไหวได้ช้าลง กระดูกมีแคลเซียมน้อยทำให้กระดูกบาง เปราะและหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมลง น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อมีอาการปวดตามข้อ

3.1.6 ระบบทางเดินหายใจปอดเสื่อม การขยับและการขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล้องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมจึงทำให้การหายใจไม่ดี

3.1.7 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น

3.1.8 ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตเสื่อมลง ทำให้ขับของเสียได้น้อยแต่ขับน้ำออกมามาก ต้องปัสสาวะบ่อย ส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้นกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อน จึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี บางคนต่อมลูกหมากโตขึ้นเป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก

3.1.9 ระบบต่อมไร้ท่อต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะสมองส่วนหน้าจะเสื่อม การผลิตฮอร์โมนต่ำลง ทำให้เมื่ออาหาร ตับอ่อนหลังสารอินซูลินลดลง ต่อมน้ำนมทำงานลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์ รวมทั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

แม้ว่าสภาพร่างกายและบทบาททางสังคมของคนวัยชราจะเสื่อมลงอย่างเห็นได้ชัด แต่สภาพทางจิตใจไม่จำเป็นจะต้องเสื่อมตามไปด้วย (เพ็ญแข ประจันปัจฉินิก, 2545) สมองอาจจะทำงานล่าช้าแบบเสื่อมถอยไป เช่น ความจำเสื่อมและความคิดไม่ว่องไวเช่นเดิม แต่สภาพทางอารมณ์และจิตใจอาจไม่เสื่อม ในที่นี้หมายถึง ยังมีความสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้สามารถยอมรับสภาพต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำตนให้เป็นที่ยอมรับและรักใคร่ของผู้อื่น และไม่ทำตนให้เป็นที่เบื่อหน่ายหรือเป็นภาระกับผู้อื่นจนเกินไป สภาพทางอารมณ์และจิตใจของคนวัยชราจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับลักษณะอุปนิสัยบุคลิกภาพซึ่งมาจากพัฒนาการในวัยเด็ก และประสบการณ์ชีวิตในวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านมา ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ อาจเกิดเป็นปฏิกิริยาต่อความเสื่อมโทรมของร่างกาย ร่างกายที่อ่อนแอทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนั้นยังมีการสูญเสียตำแหน่งอำนาจหน้าที่การงาน และการลดบทบาทในสังคมลงอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้กระทบกระเทือนอารมณ์และจิตใจของคนชรา ทำให้กังวล น้อยใจ หงุดหงิดง่าย เหงา และซึมเศร้า วัยชราจึงเป็นวัยวิกฤตของการเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย ประกอบกับมีการสูญเสียด้านอื่น ๆ เช่น การตายของเพื่อนและคู่สมรส การจากไปของบุตรหลาน คนโสดจะเหงา น้อยกว่าคนมีครอบครัว เพราะเคยชินกับความเหงาและสามารถปรับตัวต่อบุคคลอื่น ๆ ได้แล้ว ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวลแสดงออกโดยมีความกลัวหรือความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ นอนไม่หลับ หงุดหงิด เครียด แสดงออกโดยอาการทางร่างกาย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง อาจกังวลมากขึ้นเมื่อมีภาวะกดดัน เช่น เจ็บป่วย ย้ายที่อยู่ ได้รับอุบัติเหตุ อารมณ์เศร้าซึมพบได้บ่อยมาก มีอาการอ่อนเพลีย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ สมาธิเสีย ตัดสินใจไม่ได้ ละเลยการดูแลตนเอง บ่นว่าตนเองไร้ค่าเมื่อชีวิต คิดฆ่าตัวตาย อาการระแวงไม่ไว้ใจผู้อื่น กลัวถูกปองร้าย เชื่อว่าจะมีคนมาทำร้ายหรือมาขโมยของ โกรธญาติและสมาชิกในครอบครัว หลงลืมข่าวของแล้วโทษว่ามีคนขโมยไป คิดว่ามีคนมาแกล้งตนสับสน ความจำเสื่อม สับสนเรื่องบุคคล เวลา และสถานที่ หลง ส่วนมากมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของสมองนอนไม่หลับ การนอนไม่หลับทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด และอาจรบกวนสมาชิกในครอบครัวได้ อาจเกิดจากไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอนหลับตอนกลางวันมากเกินไปอาจเป็นผลของความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า อาจมีโรคทางกาย เช่น ท้องผูก หรือลุกขึ้นปัสสาวะบ่อย

3.3 ปัจจัยทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น กระบวนการทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากของสังคมไทย มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้นย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคม เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลับเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนหมดความสำคัญ บทบาทใหม่ที่ผู้สูงอายุได้รับ คือ คนเลี้ยงเด็กแทนที่บทบาทผู้นำและผู้แนะแนวทาง ดังนั้นถ้าคนเรารู้สึกว่าไม่มีบทบาทสำคัญเช่นเดิมและต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นด้วยปัจจัยเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระของสังคม

3.3.2 การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้เกิดการขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือไม่มีความค่าทางเศรษฐกิจ มักจะถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกว่าเหว

3.3.3 การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากผู้อาวุโส ในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามอย่างสังคมตะวันตกที่ยึดอิสรภาพส่วนบุคคล และคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ (Behind the time) ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวก็อยู่ตามทางของคนหนุ่มสาว ซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะพบกับ การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นใน 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านทางสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของแต่ละบุคคล คือถ้าผู้สูงอายุบางคนรู้จักการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างดี ก็จะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง และมีความเสื่อมสภาพช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่มีการดูแลตนเองก็จะทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพเร็วขึ้น และเกิดความเจ็บป่วยซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงและมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย

4. การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุถือว่าการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่งที่มีเป้าหมายอยู่ที่การประสบความสำเร็จและความสุขในชีวิต ไคเคอร์และไมเออร์ (Kiker and Myers, 1990) อ้างถึงใน วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2556: 25) กล่าวว่าในการวางแผนของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการวางแผนชีวิต ได้แก่ อัตมโนทัศน์ ค่านิยมของบุคคล

ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล การปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ต้องพัฒนาตามวัย (Development task) และการตัดสินใจ การเตรียมตัวต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุจำแนกออกเป็น 3 ด้าน (สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2549) ดังต่อไปนี้

4.1 เตรียมทางด้านร่างกาย

4.1.1 ลดภาระหน้าที่ให้น้อยลง ทำงานให้ดีกับสภาพ ไม่หักโหมไม่เร่งร้อนงานที่ควรเป็นงานที่ให้ความเพลิดเพลินและให้ความภาคภูมิใจ ไม่บังคับตนเองให้สนองความโลภในลาภ ยศ สรรเสริญ

4.1.2 กระจายงานที่เคยรับผิดชอบไปสู่บุตรหลาน บริวารหรือจัดหาเครื่องผ่อนแรงไว้ใช้

4.1.3 เจ็บไข้เล็กน้อยรีบรักษา อย่าปล่อยไว้นานจนกลายเป็นโรคเรื้อรังจะฟื้นฟูได้ยาก

4.1.4 หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนชีวิต ที่ทำให้ร่างกายและจิตใจต้องมีการปรับตัวอย่างหนัก จนเกิดความเครียดทางกายและจิตขึ้น

4.1.5 สนใจในการสนองความต้องการที่จำเป็นพื้นฐานให้แก่ตนเอง ได้แก่

1) อาหารเป็นปัจจัยสำคัญของร่างกาย ต้องได้รับครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ โดยกินอาหารที่เหมาะสมแก่วัย ย่อยง่าย ปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย น้อยครั้งแต่บ่อย ๆ เพื่อป้องกันการท้องอืด ท้องเฟ้อ

2) น้ำ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำวันละอย่างน้อย 10 แก้ว หรือดื่มน้ำผลไม้คั้นมาก ๆ

3) อยู่ในที่ ๆ มีอากาศหมุนเวียนดี โดยเปิดประตูหน้าต่าง และหาเวลาออกไปเดินนอกอาคารเพื่อรับอากาศบริสุทธิ์

4) สร้างสุขนิสัยในการถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่ควรกลั้นอุจจาระและปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวดถ่าย เพราะแสดงว่าร่างกายต้องการขับออก การเก็บของเสียไว้โดยการกลั้น ยั้งจะทำให้เกิดอาการบวมเน่าเป็นพิษต่อร่างกายเพิ่มขึ้น เป็นทางหนึ่งที่ทำให้เกิดเจ็บไข้

5) บริหารร่างกายและออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ วันละประมาณ 30 นาที โดยเลือกวิธีที่บริหารที่เหมาะสมกับวัย ให้อวัยวะทุกส่วนได้เคลื่อนไหว ถ้ารู้สึกเหนื่อยควรพักผ่อน การออกกำลังกายที่พอดีไม่หักโหม จะมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้อวัยวะทุกส่วนได้รับอาหารและออกซิเจนเพียงพอ และมีการขับถ่ายของเสียจากเซลล์ได้ดี ทำให้เซลล์ทุกส่วนแข็งแรง ไม่เจ็บไม่ไข้ เมื่อเจ็บไข้ก็หายเร็ว

6) นอนหลับอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ถ้ากลางคืนนอนไม่พอ ก็นอนกลางวันเพิ่มเติมได้เพื่อให้ร่างกายพักผ่อนเพียงพอ แต่ควรหลีกเลี่ยงการนอนกลางวันมาก กลางคืนจะนอนไม่หลับ

ทำให้กระวนกระวายใจ เวลากลางคืนเป็นเวลาที่เหมาะสมในการนอนที่สุด เพราะสิ่งรบกวนต่าง ๆ ลดลง ไม่พลุกพล่าน ไม่ต้องรับประทานอาหารเช้าตอนกลางวันจึงทำให้ทุกระบบได้พักผ่อน

7) ที่อยู่อาศัยสำหรับคน ควรมีลักษณะดังนี้

- 7.1) ห้องนอนไม่ควรอยู่ชั้นบน พื้นบ้านควรอยู่ในระดับเดียวกัน
- 7.2) ห้องนอนอยู่ใกล้ห้องส้วมห้องน้ำ และใช้วัสดุที่ไม่ลื่นเพื่อป้องกัน

อุบัติเหตุ

- 7.3) แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทดี จัดสิ่งของไว้เรียบร้อยไม่เกะกะ

สะดวกต่อการเดิน

4.2 เตรียมทางด้านจิตใจ

4.2.1 เข้าใจและยอมรับความเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

4.2.2 ฝึกตน ฝึกจิตให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ใน ลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดี เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

4.2.3 ทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทนและความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป จะทำให้เข้ากับคนได้ทุกระดับ

4.2.4 ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและตนเอง เท่าที่กำลั้งกาย กำลั้งสมองจะอำนวย เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัวและสังคม

4.2.5 ใช้จ่ายให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

4.2.6 ทดแทนความเหงาและว้าเหวด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบหรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ดูแลต้นไม้ รับประทานอาหาร ฯลฯ

4.3 เตรียมทางด้านสังคม

4.3.1 ต้องมีเพื่อนต่างวัย เพื่อนพุด เพื่อนคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุต้องทำตัวให้เป็นที่รักของคนทุกวัย โดยมีการขัดแย้งให้น้อยที่สุด ทั้งกาย วาจา ใจ ปรับตัวเองให้ทันกับสังคมในปัจจุบัน ไม่ยึดมั่นในความคิดดั้งเดิม ไม่ยึดถือในความเป็นตัวตนของตน แต่ต้องฟังความคิดเห็นของคนอื่นบ้างจะทำให้อยู่ร่วมกับคนต่างวัยได้

4.3.2 สนใจรับรู้สิ่งใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไม่รู้จบได้อย่างมีความสุข

4.3.3 ออกสังคมเป็นครั้งคราว เพื่อจะได้พูดคุย สังสรรค์กับคนอื่น เช่น ไปวัด ปฏิบัติธรรม ไปทัศนศึกษาเพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

4.3.4 เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้ที่สุด แต่ละชมรมมีจุดมุ่งหมายคล้าย ๆ กัน คือ ต้องการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อม และป้องกันความเจ็บไข้ หรือมีคลินิกเพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแต่ละชมรมจัดกิจกรรมต่างรูปแบบต่างเวลา เช่น บางแห่งจัดบริหารกายทุกเช้า บางแห่งจัดทุกเย็น บางแห่งจัดเฉพาะประชุมวิชาการเพื่อเผยแพร่ความรู้ ในการรักษาสุขภาพเดือนละครั้ง ผู้สูงอายุสามารถเลือกเข้าชมรมได้ตามความพอใจของตนเอง

4.3.5 ทางด้านกฎหมาย ผู้สูงอายุควรทำพินัยกรรมทิ้งไว้ อาจเป็นพินัยกรรมลับหรือแจ้งให้ผู้อื่นทราบก็ได้ เพื่อให้บุตรหลายปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของตน เช่น เกี่ยวกับมรดกทรัพย์สินต่าง ๆ การปฏิบัติต่อศพ พิธีการจัดการศพ และอื่น ๆ ไว้ล่วงหน้าตั้งแต่มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

1. ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง และสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (พิสมัย จันทวิมล, 2541: 57)

โกชแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ คือการแสดงที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งที่สังเกตเห็นได้ชัด (overt behaviors) เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ความเชื่อความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม อารมณ์ ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

พาแลงค์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เริ่มต้นในทุกคน ทุกกลุ่มอายุที่คงไว้หรือความผาสุกสูงสุด ความตระหนักในตนเอง และความสำเร็จของบุคคล เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ กิจกรรมเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เหมาะสมหรือโภชนาการที่ดี กิจกรรมลดความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

ประเวศ ะสี (2541: 15) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยสิ่งที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน

สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจเรียกระบบการนี้ว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion for All) คนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) หรือคนทั้งมวลมีสุขภาพดี (Good Health for All)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (Well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก เพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคลครอบครัว ชุมชน และสังคม (Healthy People) เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

โอเรียม (Orem, 1995: 96) ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างในการทำน้ำให้อย่างเหมาะสม มีความแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้และทักษะ แรงจูงใจ ความเชื่อ ค่านิยมในสังคม และวัฒนธรรมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน การมีสุขภาพดีบุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ และต่อเนื่อง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547: 11 - 13) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาพกายเป็นหลัก ต่อมาจึงได้รวมสุขภาพจิตเข้าไปด้วย เพราะเห็นว่าคนที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง แต่สุขภาพจิตเสื่อมโทรมหรือเป็นโรคจิตก็ไม่สามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขได้ ซ้ำร้ายอาจจะทำร้ายผู้อื่นได้อีก ด้วยปัจจุบันคำว่าสุขภาพ มิได้หมายความเฉพาะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังได้รวมถึงสุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณอีกด้วย จึงสามารถสรุปได้ว่าในความหมายของสุขภาพ ในปัจจุบัน มีองค์ประกอบ 4 ส่วนด้วยกัน คือ

1) การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคม เช่นสุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2) สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายดีด้วย ดังที่ John Lock ได้กล่าวไว้ว่า A Sound mind is in a sound body คือ จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์

3) สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์มีสภาวะของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

4) สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อแผ่

ในองค์ประกอบสุขภาพทั้ง 4 ด้านนั้น แต่ละด้านยังมี 4 มิติ ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิตสุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ

2) การป้องกันโรค ได้แก่ มาตรการลดความเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อมิให้เกิดโรคภัย โรคจิต โรคสังคม และโรคจิตวิญญาณ

3) การรักษาโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว เราต้องเร่งวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไรแล้วรีบให้การรักษาด้วยวิธีที่ได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดเท่าที่มนุษย์จะรู้และสามารถให้การบริการรักษาได้เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือแม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิต

4) การฟื้นฟูสุขภาพ หลายโรคเมื่อเป็นแล้วก็อาจเกิดความเสียหายต่อการทำงานของระบบอวัยวะหรือทำให้พิการ จึงต้องเริ่มมาตรการฟื้นฟูให้กลับมามีสภาพใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคนี้เราเรียกรวมกันว่า การสร้างสุขภาพ เป็นการทำก่อนเกิดโรค ส่วนการรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพนี้เราเรียกรวมกันว่า การซ่อมสุขภาพ เป็นการทำหลังจากเกิดโรคแล้วและเป็นที่ยืนยันว่าการสร้างสุขภาพมีประสิทธิผลดีกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการซ่อมสุขภาพ เนื่องจากการสร้างสุขภาพเป็นสิ่งที่ประชาชนสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ส่วนการซ่อมสุขภาพต้องอาศัยหน่วยงานด้านการแพทย์เป็นหลัก

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ฯลฯ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต และทำให้เกิดภาวะของการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

Pender นักทฤษฎีทางการพยาบาล ได้พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence - or approach - oriented model) และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง

และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2006 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง ดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996)

- 1) บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
 - 2) บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
 - 3) บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
 - 4) บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
 - 5) บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
 - 6) บุคคลด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
 - 7) การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ นี้ ได้อธิบายถึงกระบวนการทางจิตสังคม (Bio psychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการ ปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (Active role) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้อง เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life style) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมี ดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996)

2.1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences)

แต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายามและไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นตามแนวคิดของ (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรม

ที่บุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะถูกสะสมไว้ในความทรงจำ และต้องขจัดออกไป เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดร่วมด้วย จะเป็นอารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง หรือหลังการกระทำ พฤติกรรมจะบันทึกไว้เป็นความจำ พฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender et al., 2006) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เฉพาะ เช่น การรับรู้ว่าร่างกายแข็งแรง อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.2 อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) ซึ่งปัจจัยด้านนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action)

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมโดยอมุ่งขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกตื่นตัว และลดความรู้สึกอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนประโยชน์จากภายนอก ได้แก่ การได้รับรางวัลหรือการได้เข้ากลุ่มสังคมจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายใน จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)

การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือมีอยู่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่

ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมและรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นด้วยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self - efficacy)

การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้ สมรรถนะมากขึ้น ขณะเดียวกันยังการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็ยิ่ง รับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงและการรับรู้อุปสรรคที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ

- 1) ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น
- 2) ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น แล้วมาเปรียบเทียบกับตัวเอง
- 3) การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้สามารถนาคความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ประโยชน์
- 4) สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจจากความสามารถของตน

2.2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity - related affect)

บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งขณะก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรมนั้น ๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกอาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับ

การปฏิบัติ พฤติกรรมนี้จะส่งผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติ ขณะปฏิบัติและหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)

เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อและเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพรวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคมกำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับหรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ

2.2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences)

การรับรู้และความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงาม ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คนรวมกลุ่มในการออกกำลังกายกันมากจะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นการให้สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลโดยอ้อมจะผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติ

2.3 ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome)

2.3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions)

เจตจำนงในการปฏิบัติจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากมีความต้องการและความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำ

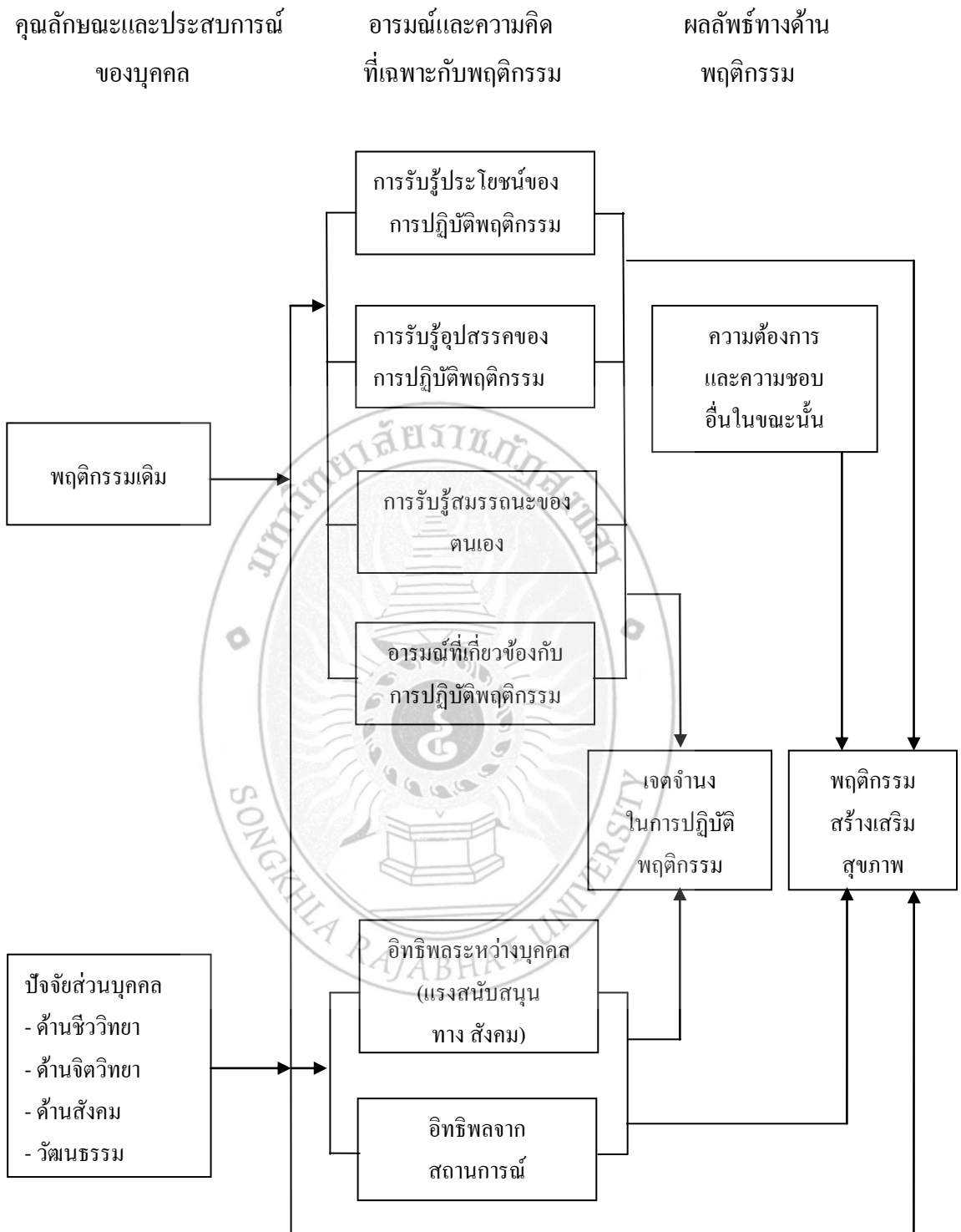
เว้นเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลนั้นชอบจนเปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการคือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลา และสถานที่ที่กำหนดเอาไว้โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และการหาวิถีที่จะกระทำ และเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากวิถีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

2.3.2 ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences)

ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เข้ามากะทันหันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อย เนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานต้องทำต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลังอำนาจให้บุคคลกระทำได้มากกว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกาย แต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้น ได้จะต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

2.3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health - promoting behavior)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น บางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์



ภาพ 3 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง (Health promotion model revised)

ที่มา: Pender, Murdaugh, and Parsons, (2006: 45)

ในการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น Pender et al. (2006) ได้พัฒนาแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Style Profile II: HPLP-II) ซึ่งปรับปรุงมาจาก Walker, Sechrist, and Pender (1987) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (Walker et al., 1987; Pender et al., 2006 อ้างถึงใน นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2547)

1) ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดัดและของมีนเมา เพื่อสร้างเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2) ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การศึกษาในครั้งนี้ จึงประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบประเมินแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (HPLP - II) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

สุขภาพ (Health) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากคำภาษาอังกฤษโบราณ คือ Hoalth หมายถึง ภาวะที่ดีเป็นองค์รวม (Sound and whole of body) โดยทั่วไปมักใช้เพื่อสื่อถึงความปราศจากโรค (Jackson and Saunders, 1993 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2543: 2)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2543: 4) นั่นหมายถึง สุขภาพไม่เพียงแต่หมายความถึงการที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีกำลังปราศจากโรคหรือปราศจากความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึง การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งจิต สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งสังคม สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งจิตวิญญาณ

Donatelle and Davis (1996: 3) ให้คำนิยามของคำว่าสุขภาพในมิติของสุขภาพ 6 ประการ คือ สุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัตร เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อความสุขสมบูรณ์ ในมิติทั้ง 6 ด้าน ซึ่งได้แก่ ทางกาย ทางสังคม ทางอารมณ์ ทางจิต จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี

กัลป์ลาเกอร์และคริดเลอร์ (Gaalagher and Kreidler, 1987 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548: 145) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สภาพแห่งความสุขที่เกิดขึ้นจากความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจและสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในร่างกายตน เป็นความผสมผสานของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม

โอเร็ม (Orem, 1995: 96) ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างในการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม มีความแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้และทักษะ แรงจูงใจ ความเชื่อ ค่านิยมในสังคมและวัฒนธรรมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน การมีสุขภาพดีบุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

สมจิต หนูเจริญกุล (2534: 4) ให้คำนิยาม สุขภาพ ว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างสมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้และมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

บรูคและคณะ (Brook et al., 1979) นิยามสุขภาพว่า เป็นสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ

1) มิติด้านร่างกาย หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมปกติ ที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร

ด้านการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การวิ่ง ด้านการปฏิบัติตามบทบาท เช่น กิจกรรมยามว่างและ กิจกรรมงานบ้าน

2) มิติด้านจิตใจ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ความผิดปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกต่อสภาพร่างกายทั่วไป ความรู้สึกในทางบวก ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความมีพลังในตนเอง

3) มิติด้านสังคม หมายถึงการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และการมีกิจกรรมร่วมกัน ในสังคม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน อนาคต ความต้านทานโรคหรือความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

การศึกษาในครั้งนี้ จึงประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ บรูคและคณะ (Brook et al., 1979) ทั้ง 3 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กิตติมาพร โลกาวีทย์ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.41$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.40$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.11$) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพดีที่สุด ส่วนด้านการออกกำลังกาย ส่วนมากอยู่ในระดับไม่ดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.65$) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.19$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.09$) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($r = 0.31$) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วิศา จันทรังสีวรกุล (2553) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านเขาบ่อแก้ว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับต่ำ รองลงมา คือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านเขาบ่อแก้ว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านมิติสุขภาพจิตใจ อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือด้านมิติสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านมิติสุขภาพสังคม อยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.53$)

วิไลวรรณ คมขำ กฤษณา หงส์ทอง และคมสัน แก้วระยะ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.3 โดยภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดี รองลงมา คือด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.3 พิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับดีมากที่สุดได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ ตามลำดับ และในระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.256$)

อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน และคณะ (2558) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.2 มีคะแนนเฉลี่ย 71.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.88 คะแนน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายुरายด้าน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ มีคะแนนสูงสุด รองลงมา คือด้านการจัดการความเครียดและด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา
อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ
5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามทะเบียนผู้สูงอายุ
ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระเสสินธุ์ จำนวน 3,028 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีคำนวณจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่
Taro Yamane (อ้างถึงใน ชาญชัย เรื่องขจร, 2550: 154) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และ
ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05

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

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากรทั้งหมด

e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง ในที่นี้

กำหนดเท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{3,028}{1 + 3,028(0.05)^2} \\ &= 353.33 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 354 คน

2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง เมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 354 คน เพื่อให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามองค์ประกอบของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตำบลที่จะทำการศึกษา จากตำบลในอำเภอกระเส็นธันท์ทั้งหมด 4 ตำบล สุ่มมาจำนวน 2 ตำบล โดยวิธีจับฉลากรายชื่อตำบล ในอำเภอกระเส็นธันท์ ทำการสุ่มมา ร้อยละ 50 ได้มา 2 ตำบล คือ ตำบลเชิงแสและตำบลกระเส็นธันท์

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional) แยกรายตำบลและหมู่บ้าน ดังตาราง 1

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 354 คน โดยการจับฉลาก รายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่กำหนด เมื่อได้รายชื่อแล้วสอบถามความสมัครใจของ กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลก่อนลงมือเก็บข้อมูล

ตาราง 1 การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกรายตำบลและหมู่บ้าน

ตำบล/หมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนตัวอย่าง
เชิงแส		
หมู่ 1	85	24
หมู่ 2	113	32
หมู่ 3	220	60
หมู่ 4	219	60
กระเส็นธันท์		
หมู่ 1	162	45
หมู่ 2	167	46
หมู่ 3	200	55
หมู่ 4	114	32
รวม	1,280	354

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพนเดอร์ (Health Promoting Life Style Profile II: HPLP - II) แบบสอบถามครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

กรณีที่ 1 ข้อคำถามมีความหมายด้านบวก กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน

กรณีที่ 2 ข้อคำถามมีความหมายด้านลบ กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล โดยนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติค่าพิสัย คือ คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับชั้นที่ต้องการ}} = \frac{150 - 30}{3} = 40$$

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 30 - 70
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 71 - 110
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 111 - 150

เกณฑ์การแปลผล ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน โดยนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติค่าพิสัย คือ คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว จึงแบ่งระดับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับชั้นที่ต้องการ}} = \frac{25 - 5}{3} = 6.66$$

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 5 - 11.66
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 11.67 - 18.33
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 18.33 - 25

เกณฑ์การแปลผล ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ โดยนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติค่าพิสัย คือ คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับชั้นที่ต้องการ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1 - 2.33
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 - 3.66
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.67 - 5

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากการทบทวนทฤษฎีของ บรูคและคณะ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 10 ข้อ และด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ด้านร่างกายและด้านสังคม การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

กรณีที่ 1 ข้อคำถามมีความหมายด้านบวก กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน

กรณีที่ 2 ข้อคำถามมีความหมายด้านลบ มี 6 ข้อ กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 5 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ด้านจิตใจ ข้อคำถามมีความหมายด้านบวกทุกข้อ การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ระดับภาวะสุขภาพโดยรวม โดยนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติค่าพิสัย คือ คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2549) จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับภาวะสุขภาพโดยรวม ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับชั้นที่ต้องการ}} = \frac{150 - 30}{3} = 40$$

ภาวะสุขภาพระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 30 - 70
ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 71 - 110
ภาวะสุขภาพระดับสูง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 111 - 150

เกณฑ์การแปลผล ระดับภาวะสุขภาพรายด้าน โดยนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติค่าพิสัย คือ คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับภาวะสุขภาพรายด้าน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับชั้นที่ต้องการ}} = \frac{30 - 10}{3} = 6.66$$

ภาวะสุขภาพสุขภาพระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 10 - 16.66
ภาวะสุขภาพสุขภาพระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 16.67 - 23.33
ภาวะสุขภาพสุขภาพระดับสูง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 23.34 - 30

เกณฑ์การแปลผล ระดับภาวะสุขภาพรายข้อ โดยนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติค่าพิสัย คือ คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับภาวะสุขภาพรายข้อ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับชั้นที่ต้องการ}} = \frac{30 - 10}{3} = 1.33$$

ภาวะสุขภาพระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1 - 2.33
ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 - 3.67
ภาวะสุขภาพระดับปานสูง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.68 - 5

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตาม ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบให้คำแนะนำและปรับปรุงแก้ไข

2. เมื่อสร้างเครื่องมือฉบับร่างเสร็จแล้ว จัดพิมพ์เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลจริง นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมา และผ่านการตรวจสอบแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย และพิจารณาให้คะแนนความคิดเห็นโดยกำหนดคะแนนความคิดเห็น ดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

และนำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) เป็นรายชื่อโดยใช้สูตร ดังนี้

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

เมื่อ IOC	แทน	ดัชนีความตรงด้านเนื้อหา
$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ถ้าค่า IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อความนั้นก็เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะของกลุ่มนั้น ถ้าข้อความใดมีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.5 ข้อความนั้นก็ถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น หลังจากนั้นจะปรับปรุงภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 ท่าน

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุ ในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจให้คะแนน เพื่อดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.71 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.72

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่วิจัย
2. ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 2 แห่ง ในเขตอำเภอกระเสสินธุ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่จากประชาชนในเขตรับผิดชอบของแต่ละแห่ง
3. อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้ศึกษาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการตอบแบบสอบถาม
5. ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนออกจากพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. ข้อมูลภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ไค - สแควร์ (Chi - square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ

หาระดับความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบ ครามเมอร์ วี (Cramer's V) ซึ่งมีการแปรผล (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ดังนี้

ค่า $V = 1$	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
ค่า $V = 0.76 - 0.99$	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
ค่า $V = 0.56 - 0.75$	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันสูง
ค่า $V = 0.26 - 0.55$	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง
ค่า $V = 0.01 - 0.25$	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ค่า $V = 0$	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และแปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

ค่า $r = \pm 1.00$	หมายความว่า	มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
ค่า $r = 0.71 - 0.99$	หมายความว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่า $r = 0.30 - 0.70$	หมายความว่า	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่า $r = 0.01 - 0.29$	หมายความว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่า $r = 0$	หมายความว่า	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอกระแสนันธุ์ จังหวัดสงขลา ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลออกเป็น 5 ส่วนดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ



ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อำเภอกระเส็นถู้ จังหวัดสงขลา จำนวน 354 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว และ โรคประจำตัว โดยแจกแจงความถี่และหาค่าสถิติ ร้อยละ ดังรายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

(n=354)		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	38.70
หญิง	217	61.30
อายุ		
60-69 ปี	137	38.70
70-79 ปี	134	37.90
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	83	23.40
สถานภาพสมรส		
โสด	18	5.10
คู่	260	73.40
หม้าย/หย่า/แยก	76	21.50
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	332	93.80
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	14	4.00
อนุปริญญา	5	1.40
ปริญญาตรี	3	0.80
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	80	22.60
เกษตรกร	147	41.50

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย	22	6.20
รับจ้าง	36	10.20
งานบ้าน	33	9.30
ข้าราชการบำนาญ	7	2.00
ประมง	29	8.20
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
พอใช้	323	91.20
ไม่พอใช้	31	8.80
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	109	30.80
ครอบครัวขยาย	245	69.20
โรคประจำตัว		
ไม่มี	153	43.20
มี	201	56.80

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.30 และเพศชาย ร้อยละ 38.70 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 38.70 รองลงมา อายุระหว่าง 70 - 79 ปี ร้อยละ 37.90 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.40 รองลงมา คือ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 21.50 และสถานภาพโสด ร้อยละ 5.10 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.80 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 4.00 อนุปริญญา ร้อยละ 1.44 และปริญญาตรี ร้อยละ 0.88 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.5 รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 22.60 รับจ้าง ร้อยละ 10.20 งานบ้าน ร้อยละ 9.30 ประมง ร้อยละ 8.20 ค้าขาย ร้อยละ 6.20 และข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 2.00 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 91.20 และ ไม่พอใช้ ร้อยละ 8.80 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 69.20 และ ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 30.80 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.80 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.20 ตามลำดับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา
ดังรายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ

(n=354)			
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	118.33	10.06	สูง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	19.05	2.53	สูง
ด้านกิจกรรมทางกาย	18.34	2.42	สูง
ด้านโภชนาการ	19.70	1.92	สูง
ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	20.47	2.65	สูง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	20.36	2.26	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	20.39	2.77	สูง

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 118.23$, S.D. = 10.06) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังต่อไปนี้ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 19.05$, S.D. = 2.53) ด้านกิจกรรมทางกาย ($\bar{X} = 18.34$, S.D. = 2.42) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 19.70$, S.D. = 1.92) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 20.47$, S.D. = 2.65) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 20.36$, S.D. = 2.26) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 20.39$, S.D. = 2.77)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ

(n=354)		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม		
ระดับสูง	274	77.40
ระดับปานกลาง	80	22.60
$(\bar{X} = 118.33, S.D. = 10.06)$		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน		
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ		
ระดับสูง	214	60.50
ระดับปานกลาง	140	39.50
$(\bar{X} = 19.05, S.D. = 2.53)$		
ด้านโภชนาการ		
ระดับสูง	273	77.10
ระดับปานกลาง	81	22.90
$(\bar{X} = 19.70, S.D. = 1.92)$		
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล		
ระดับสูง	285	80.50
ระดับปานกลาง	69	19.50
$(\bar{X} = 20.47, S.D. = 2.65)$		
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ		
ระดับสูง	285	80.50
ระดับปานกลาง	69	19.50
$(\bar{X} = 20.36, S.D. = 2.26)$		
ด้านการจัดการความเครียด		
ระดับสูง	262	74.00
ระดับปานกลาง	92	26.00
$(\bar{X} = 20.39, S.D. = 2.77)$		

จากตาราง 4 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 77.40 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 22.60 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 60.50 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 39.50 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายระดับสูง ร้อยละ 53.70 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง ร้อยละ 46.30 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการระดับสูง ร้อยละ 77.10 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 22.90 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระดับสูง ร้อยละ 80.50 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระดับปานกลาง ร้อยละ 19.50 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณระดับสูง ร้อยละ 80.50 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.50 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดระดับสูง ร้อยละ 74.00 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 26.00 ตามลำดับ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อ

ชื่อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรม
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ			
1. ท่านปรึกษา คนในครอบครัว ญาติ เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ	3.35	0.62	ปานกลาง
2. เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะปรึกษา แพทย์/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	4.20	0.79	สูง
3. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	3.26	0.73	ปานกลาง
4. ท่านสังเกตและตรวจหาความผิดปกติของร่างกาย ด้วยตัวเอง เช่น ตรวจเต้านม ฟัน การมองเห็น การขับถ่าย	4.12	0.85	สูง
5. ท่านศึกษาสรรพคุณและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนรับประทาน	4.12	0.85	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรม
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย			
6. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เดินแกว่งแขน กายบริหารหรือออกกำลังกายอื่น ๆ	3.69	0.82	สูง
7. ท่านออกกำลังกายกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้	4.14	0.69	สูง
8. ก่อนออกกำลังกายท่านมีการทำให้ร่างกายอบอุ่น ก่อนออกกำลังกาย	3.34	0.80	ปานกลาง
9. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ	3.51	0.91	ปานกลาง
10. ท่านออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาทีอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	3.65	0.77	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ			
11. ท่านรับประทานอาหารเช้า	4.45	0.82	สูง
12. ท่านรับประทานอาหารเช้าพวกผัก ผลไม้	3.92	0.86	สูง
13. ท่านรับประทานอาหารเช้าสัตว์ไขมันหรือ กะทิ*	2.95	0.99	ปานกลาง
14. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น รสเค็ม รสเปรี้ยว รสหวาน รสเผ็ด*	3.51	0.65	ปานกลาง
15. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว	4.88	0.33	สูง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
16. ท่านยิ้มทักทายเพื่อนคนรู้จักคุ้นเคยหรือบุคคลที่ ท่านต้องไปเกี่ยวข้องด้วย	4.34	0.74	สูง
17. ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	4.32	0.72	สูง
18. ท่านพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	4.34	0.74	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรม
19. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับ คนในครอบครัว	3.92	0.78	สูง
20. ท่านกล่าวยกย่องชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่น	3.43	0.62	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ			
21. ท่านสวดมนต์ ทำสมาธิและคิดทบทวนสิ่งที่ตนเอง ได้กระทำผ่านมา	4.09	0.83	สูง
22. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า	4.34	0.71	สูง
23. ท่านได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของท่าน	4.26	0.81	สูง
24. ท่านได้ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น หรือสังคม	3.84	0.91	สูง
25. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่ เป็นอยู่	3.95	0.96	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด			
26. ท่านบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข เสมอ	4.18	0.77	สูง
27. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะค้นหาสาเหตุและแก้ไข สาเหตุ	3.88	0.91	สูง
28. ท่านปรึกษากับบุคคลอื่น เมื่อมีปัญหาหรือไม่ สบายใจ	4.13	0.79	สูง
29. ท่านได้นอนหลับอย่างเพียงพอ	4.09	0.87	สูง
30. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรก ทำ หรือหาเวลาผ่อนคลายด้วยการ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง	4.12	0.85	สูง

*ข้อคำถามเชิงลบ

จากตาราง 5 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยังมีบางข้อที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ คือการปรึกษาคนในครอบครัว ญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกายคือ ก่อนออกกำลังกายมีการทำให้ร่างกายอบอุ่นก่อนออกกำลังกาย หลังการออกกำลังกายมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ และออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาทีอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้านการบริโภคอาหาร คือการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรือกะทิและรับประทานอาหารรสจัด เช่น รสเค็ม รสเปรี้ยว รสหวาน รสเผ็ด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ กล่าวยกย่องชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่น

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอกระเสี่สินธุ์ จังหวัดสงขลา ดังรายละเอียดตามตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของภาวะสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ภาวะสุขภาพโดยรวม	116.73	9.43	สูง
ภาวะสุขภาพรายด้าน			
ด้านร่างกาย	38.65	7.05	สูง
ด้านจิตใจ	39.76	1.98	สูง
ด้านสังคม	38.31	5.74	สูง

(n=354)

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 116.73$, S.D. = 9.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังต่อไปนี้ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 38.65$, S.D. = 7.05) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 39.76$, S.D. = 1.98) และด้านสังคม ($\bar{X} = 38.31$, S.D. = 5.74)

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ

(n=354)		
ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพโดยรวม		
ระดับสูง	264	74.60
ระดับปานกลาง	90	25.40
$(\bar{X} = 116, S.D. = 9.43)$		
ภาวะสุขภาพรายด้าน		
ด้านร่างกาย		
ระดับสูง	254	71.80
ระดับปานกลาง	100	28.20
$(\bar{X} = 38.65, S.D. = 7.05)$		
ด้านสุขภาพจิตใจ		
ระดับสูง	343	96.90
ระดับปานกลาง	11	3.10
$(\bar{X} = 39.76, S.D. = 1.98)$		
ด้านสุขภาพสังคม		
ระดับสูง	226	63.80
ระดับปานกลาง	128	36.20
$(\bar{X} = 38.31, S.D. = 5.74)$		

จากตาราง 7 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.60 มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.40 เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังต่อไปนี้ ด้านสุขภาพร่างกาย มีภาวะสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 71.80 ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 28.20 ด้านจิตใจ มีภาวะสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 96.90 ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 3.10 และด้านสังคม มีภาวะสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 63.80 และภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 36.20 ตามลำดับ

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตาม รายชื่อ

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับภาวะ สุขภาพ
ด้านร่างกาย			
1. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง	4.72	0.45	สูง
2. ท่านสามารถทำงานเบาๆ ได้	4.60	0.49	สูง
3. ท่านสามารถเดินขึ้นบันไดหรือทางลาดชันได้	3.47	1.16	ปานกลาง
4. ท่านสามารถเดินในระยะทาง 500 เมตรได้	4.00	1.07	สูง
5. ท่านสามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่น ตัดหญ้า ขุดดินได้	3.82	1.03	สูง
6. ท่านสามารถเคลื่อนย้ายของ ยกหรือผลักของ ที่หนักไม่เกิน 10 กิโลกรัมได้	3.65	1.15	ปานกลาง
7. ท่านสามารถวิ่งในระยะทางสั้นได้	2.90	1.11	ปานกลาง
8. ท่านสามารถเดินเข้าห้องน้ำได้เอง	3.83	1.11	สูง
9. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้	5.00	0.00	สูง
10. ท่านสามารถออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน	2.67	1.01	ปานกลาง
ด้านจิตใจในรอบ 1 เดือน			
11. ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือกระวนกระวายใจ*	3.40	1.04	ปานกลาง
12. ท่านรู้สึกเครียด กังวลใจ*	4.03	0.38	สูง
13. ท่านรู้สึกวิตกกังวล*	4.15	0.35	สูง
14. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร*	3.99	0.46	สูง
15. ท่านรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง*	4.25	0.55	สูง
16. ท่านรู้สึกหมดหวังไม่กระตือรือร้น หรือมี ปัญหามากมายที่ทำให้รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า*	4.30	0.46	สูง
17. ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ	4.03	0.23	สูง
18. ท่านรู้สึกมีความสุขหรือพึงพอใจกับชีวิต ส่วนตัว	3.97	0.49	สูง

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับภาวะ สุขภาพ
19. ชีวิตประจำวันของท่านเต็มไปด้วยสิ่งที่ น่าสนใจ	3.36	0.52	ปานกลาง
20. ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต	4.30	0.84	สูง
ด้านสังคม ในรอบปีที่ผ่านมา			
21. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	3.91	1.04	สูง
22. ท่านมีเพื่อนมาเที่ยวที่บ้าน	2.93	0.52	ปานกลาง
23. ท่านไปเยี่ยมเพื่อนที่บ้าน	3.75	0.88	สูง
24. ท่านโทรศัพท์หาญาติหรือเพื่อน	3.91	1.04	สูง
25. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือชมรม ต่าง ๆ	3.84	1.02	สูง
26. ท่านแสดงความห่วงใย ความรักต่อผู้อื่น	3.86	0.96	สูง
27. ท่านมีเวลาอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว	3.75	1.06	สูง
28. ท่านปรึกษาปัญหา กับบุคคลใกล้ชิด	4.26	0.73	สูง
29. ท่านให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่น ขอความช่วยเหลือ	4.26	0.73	สูง
30. ท่านสนับสนุน บริจาคสิ่งของแก่สาธารณณะ	3.84	0.91	สูง

*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 8 พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยังมีบางข้อมีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย คือความสามารถในการเดิน ขึ้นบันไดหรือทางลาดชัน ความสามารถเคลื่อนย้ายของ ยกหรือผลักของที่หนักไม่เกิน 10 กิโลกรัม สามารถวิ่งในระยะทางสั้น และความสามารถออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน ด้านจิตใจ คือ รู้สึก หงุดหงิดหรือกระวนกระวายใจและชีวิตประจำวันของเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ และด้านสังคม คือ การมีเพื่อนมาเที่ยวที่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพ			จำนวน	Cramer's V	Sig.
	ต่ำ (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)			
เพศ					0.11	.835
ชาย		24.80	75.20	100		
หญิง		25.80	74.20	100		
อายุ					.756	.000**
60-69 ปี		2.20	97.80	100		
70-79 ปี		12.70	87.30	100		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป		84.30	15.70	100		
สถานภาพสมรส					.091	.234
โสด		11.10	88.90	100		
คู่		25.00	75.00	100		
หม้าย/หย่า/แยก		30.30	69.70	100		
ระดับการศึกษา					.154	.078
ประถมศึกษา		27.20	72.80	100		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า		0.00	100.00	100		
อนุปริญญา		0.00	100.00	100		
ปริญญาตรี		0.00	100.00	100		
อาชีพ					.655	.000**
ไม่ได้ทำงาน		76.30	23.80	100		
เกษตรกร		5.40	94.60	100		
ค้าขาย		9.10	90.90	100		

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพ			จำนวน	Cramer's V	Sig.
	ต่ำ (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)			
รับจ้าง		19.40	80.60	100		
งานบ้าน		30.3	69.70	100		
ข้าราชการบำนาญ		0.00	100.00	100		
ประมง		6.90	93.10	100		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					.095	.075
พอใช้		24.10	75.90	100		
ไม่พอใช้		38.70	61.30	100		
ลักษณะครอบครัว					.038	.473
ครอบครัวเดี่ยว		22.90	77.10	100		
ครอบครัวขยาย		26.50	73.50	100		
โรคประจำตัว					.198	.000**
ไม่มี		35.30	64.70	100		
มี		17.90	82.1	100		

**P-value < 0.01, *P-value < 0.05

จากตาราง 9 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ คืออายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	r	P-value
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพโดยรวม	0.62	0.000**

**P-value < 0.01, *P-value < 0.05

จากตาราง 10 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.62$)

ตาราง 11 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	r	P-value
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพโดยรวม	0.62	0.000**
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพรายด้าน		
ด้านร่างกาย	0.31	0.000**
ด้านจิตใจ	0.13	0.017*
ด้านสังคม	0.68	0.000**

**P - value < 0.01, *P - value < 0.05

จากตาราง 11 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.62$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.31$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวก

กับภาวะสุขภาพด้านจิตใจในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.13$) และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.68$)



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษา เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา จำนวน 354 คน รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎี การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอ สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.30 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 38.70 สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.50 รายได้พอใช้ ร้อยละ 91.20 ลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 69.20 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.80

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 118.23$, S.D. = 10.06) และเมื่อพิจารณาแต่ละด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 19.05$, S.D. = 2.53) ด้านกิจกรรมทางกาย ($\bar{X} = 18.34$, S.D. = 2.42) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 19.70$, S.D. = 1.92) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 20.47$, S.D. = 2.65) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 20.36$, S.D. = 2.26) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 20.39$, S.D. = 2.77) พบว่า ทุกด้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 116.73$, S.D. = 9.43) และเมื่อพิจารณาแต่ละด้านของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 38.65$, S.D. = 7.05) ส่วนด้านสุขภาพจิตใจ ($\bar{X} = 39.76$, S.D. = 1.98)

และด้านสุขภาพสังคม ($\bar{X} = 38.31$, S.D. = 5.74) พบว่า ทุกด้านมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.62$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกายระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.31$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.13$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพด้านสังคมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.68$)

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา ซึ่งจากผลการศึกษา ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ คมขำ, กฤษณา หงส์ทอง

และคมสัน แก้วระยะ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน และคณะ (2558) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยังมีบางข้อมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ การปรึกษาคนในครอบครัว ญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย คือ ก่อนออกกำลังกายมีการทำให้ร่างกายอบอุ่นก่อนออกกำลังกาย หลังการออกกำลังกายมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ และออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร คือ การรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรือกะทิและรับประทานอาหารรสจัดเช่น รสเค็ม รสเปรี้ยว รสหวาน รสเผ็ด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ กล่าวยกย่องชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่น

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ คมจำ กฤษณา หงส์ทอง และคมสัน แก้วระยะ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556) ศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.41$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยังมีบางข้อมีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย คือความสามารถในการเดินขึ้นบันไดหรือทางลาดชัน ความสามารถเคลื่อนย้ายของ ยกหรือผลักของที่หนักไม่เกิน 10 กิโลกรัมสามารถวิ่งในระยะทางสั้น และความสามารถออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน ด้านสุขภาพจิตใจ คือรู้สึกหงุดหงิดหรือกระวนกระวายใจและชีวิตประจำวันของเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ ด้านสุขภาพสังคมคือ การมีเพื่อนมาเที่ยวที่บ้าน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพ พบว่า อายุ อาชีพและโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน เพศ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าถ้ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีหลักในการลดอัตราความเจ็บป่วย ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ตลอดจนป้องกันการเจ็บป่วย (Walker et al., 1998) และพฤติกรรมสุขภาพนอกจากจะเป็นการกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพแล้ว ยังทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิมอีกด้วย (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ วริศา จันทรงสิวรกุล (2553) ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.53$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ กษมา กฤษณา หงส์ทอง และคมสัน แก้วระยะ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลชงชัย อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เนื่องจากกิจกรรมทางกายเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยอาศัยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญหรือใช้พลังงานและเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (Jones and Jones, 1997) ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่ดี จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ ควรทบทวนการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด

1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรส่งเสริมกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มความสะดวกในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มผู้สูงอายุ ให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.3 เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอกระแสดินธุ์ เพื่อจะนำไปสู่การวางแผนและดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสม โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.4 ควรมีการจัดอบรมวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอกระแสดินธุ์ ที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ

1.5 ควรมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพ

2.2 ควรศึกษาวิจัยในเรื่องเดียวกันนี้ในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ หรือประชากรอื่น ๆ

2.3 ควรศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาวิธีการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

2.4 ควรศึกษาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กิตติมาพร โลกาวีทย์. (2556). “ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี.” วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 5 (มกราคม – เมษายน), 1.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). มิติสุขภาพ กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย (Online). <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Strategy/ผู้สูงอายุ.pdf>, 12 ธันวาคม 2558
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532). การสอนสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่ม. เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. (2539). สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ. ปรินิพนธ์ การศึกษาผู้ใหญ่ สาขาวิชาสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญชัย เรื่องขจร. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยพื้นฐาน สงขลา: เหมการพิมพ์.
- ชนานุช อภิกัทรชำรง. (2540). การจัดการศึกษาตามแนววิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). “การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ.” วารสารวิชาการ. 3 (16), 1.
- นาดยา วงศ์ยะรา. (2553). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี.
- นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2547). “การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - II ฉบับภาษาไทย.” วารสารสภาการพยาบาล, 19 (4), 44 - 63.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2540). **การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2541). **บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัตน์ชีวิตและสังคม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- _____. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปาลีรัตน์ พรทวีภักธา. (2541). **แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญแข ประจวบปัจฉิม. (2545). **สรุปคำบรรยายวิชา กฎ.538 สูงอายุวิทยาศึกษา**. (เอกสารประกอบคำสอน). กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (อัดสำเนา).
- พิสมัย จันทวิมล. (2541). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซด์จำกัด
- มินตรา สิริวันต์. (2550). **ความสัมพันธ์ในพุทธศาสนากับสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายในการกีฬาแห่งประเทศไทย**. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลดาวลัย ประทีปชัยกูร. (2543). **การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- วนิดา คงขำ. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคมและครอบครัว มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา. (2556). “การเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ตำบลคอนไถ่ดี อำเภอกะทู้มณฑลภูเก็ตสมุทรสาคร.” **วารสารสหศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**. 13 (2), 366-390.
- วิศา จันทรังสีวรกุล. (2553). “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์หัดคนชราจังหวัดนครสวรรค์.” **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 4 (กรกฎาคม - ธันวาคม), 15-16.

- วิไลวรรณ คมขำ กฤษณา หงส์ทอง และคมสัน แก้วระยะ. (2556). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี**. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2548). **มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล**. สงขลา: ก๊อปปี้คอร์ดเนอร์ดิจิตอลปริ้นซ์เซ็นเตอร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ประกายประกิ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). **สวัสดิการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจินต์ ปริชามารถ. (2535). **สุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2547). **สุขภาพคนไทย 2546**. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง.
- สิทธิอาภรณ์ ชวนบี. (2543). **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ**. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนวบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2558). **ระบบคลังข้อมูลโรคเรื้อรังจังหวัดสงขลา (Online)**. http://chronic.skho.moph.go.th/chronic/rep_serv_oldpt.php, 24 ธันวาคม 2558.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557**. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2558). **รายงานข้อมูลประชากรกลางปี (ทะเบียนราษฎร์) (Online)**. http://1.179.171.226/hinforeport_new/index.php/rpt_population_half/openamphur/0/0/110/60/2558, 20 เมษายน 2559.
- สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง. (2549). **การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (Online)**. http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_dead.html, 20 กุมภาพันธ์ 2559.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2534). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วิถีถิ่น จำกัด.
- อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน และคณะ. (2558). “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา.” ใน **การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6, 26 มิถุนายน 2558**. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่, 1339.

- Bandura, A. (1997). **Self-Efficacy: The exercise of control**. New York: W.H.Freeman and Company.
- Brook, H.R., Ware, J.E., Davies-Aver, A.L., Donald, C.A., Roger, W.H., (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health. **Medical Care**, 17, 1 - 131.
- Donatelle, R.J. and Davis L.G. (1996). **Health the: Basics**. 2nd ed.. London: Allyn and Bacon.
- Ebersole, P.A., & Hess, P. (1998). **Toward healthy aging : Human and needs and nursing response**. 5th ed.. St.Louis : Mosby.
- Jones, J. M., and Jones, K. D. (1997). "Promoting physical activity in the senior years." **Journal of Gerontological Nursing**, 23 (7). 41 - 48.
- Lee, R. R., and Ester, C. R. (1997). **The nation's health**. 5th ed.. London : Boyd and Fraser.
- Orem, D.E. (1995). **Nursing concept and practice**. 5th ed.. St.Louis: RR Donnelley & Son Co.
- Panlank, C.L. (1991). Determinants of health - promotive behavior: A review of current research. **Nursing Clinicals of North American**, 26, 815-830.
- Pender, N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed.. NewYork: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C., and Parsons, M.A. (2006). **Health promotion in nursing practice**. 4th ed.. New Jersey: Upper Saddle River.
- Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J. (1987). The healthpromoting lifestyle profile II: Development and psychometric characteristics. **Nursing Research**, 36 (2), 76 - 81.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. นางสุนันท์ ศิริรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการชำนาญการพิเศษ(ด้านบริการทางวิชาการ)
รักษาการในตำแหน่ง(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. นางภัทรชดวรรษ แสงแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระเสี่นธุ์
3. นางสาวนันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลกระเสี่นธุ์





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ๖๐๐๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐

๑ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ด้วย นางสาวเสาวรัตน์ ฉิมศรี รหัส ๕๔G๒๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระเสาะลิษฐาน จังหวัดสงขลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. ผศ.ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
๒. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาพิจารณาแล้วเห็นว่า คุณสุนันท์ ศรีวิรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) บุคลากรในสังกัดของท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัย (IOC: Index of Congruence) ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จิตสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๔๓๓ ๖๕๔๘

<http://bundit.skru.ac.th/>

แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ของ นางสาวเสาวรัตน์ นิมิตรรหัส ๕๔G๒๗๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

- ยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
- ไม่สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

(ลงชื่อ)

(นางสุนันท์ ศรีวิรัตน์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
 วิชาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
 หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา



ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ๖๐๐๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐

๑ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ศาธารณสุขอำเภอกระเสถสินธุ์

ด้วย นางสาวเสาวรัตน์ ฉิมศรี รหัส ๕๔G๒๗๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระเสถสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. ผศ.ดร.คันธมาตร์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
๒. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาพิจารณาแล้วเห็นว่า คุณภัทรชตวรรษ แสงแก้ว (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) บุคลากรในสังกัดของท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัย (IOC: Index of Congruence) ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรณ์ จุฑสุวรรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๔๓๓ ๖๕๔๘

<http://bundit.skru.ac.th/>

แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ของ นางสาวเสาวรัตน์ นิมิตรีรหัส ๕๔G๒๗๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

- ยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
- ไม่สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



(ลงชื่อ)

(นางภัคิรัชตวรรณ แสงแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระเสสินธุ์



ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ๖๐๐๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐

๑ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระแสสินธุ์

ด้วย นางสาวเสาวรัตน์ จิมศิริ รหัส ๕๔G๒๗๖๑ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระแสสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. ผศ.ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

๒. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาพิจารณาแล้วเห็นว่า คุณนันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) บุคลากรในสังกัดของท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัย (IOC: Index of Congruence) ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๔๓๓ ๖๕๔๘

<http://bundit.skru.ac.th/>

แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ของ นางสาวเสาวรัตน์ นิมิตรรหัส ๕๔G๒๗๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา: ภูมิศึกษา อำเภอกระแสสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

- ยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
- ไม่สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



(ลงชื่อ)

Handwritten signature

(นางสาวนันวลัย ไชยสวัสดิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลกระแสสินธุ์



ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ๖๐๐๗๒

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๑ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอกระแสดินธุ์

ด้วยนางสาวเสาวรัตน์ นิมิตรี รหัส ๕๔G๒๗๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. ผศ.ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
๒. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามกระบวนการวิจัย จึงพิจารณาเลือกหน่วยงานของท่านเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามในหน่วยงานของท่าน ซึ่งวันและเวลานักศึกษาจะประสานงานด้วยตนเองอีกครั้ง ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่ส่งผลกระทบหรือส่งผลเสียหายต่อการทำงานและหน่วยงานของท่านแต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุฑสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๔๓๓ ๖๕๔๘

<http://bundit.skru.ac.th/>

แบบตอบรับการเข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัย

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้ขอความอนุเคราะห์ในการเข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัย ของ นางสาวเสาวรัตน์ ฉิมศรีรหัส ๕๔G๒๗๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

- ข้าพเจ้ายินดีในการให้เข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัยในหน่วยงาน
- ข้าพเจ้าไม่สะดวกในการให้เข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัยในหน่วยงาน

(ลงชื่อ)



(นายเจริญ สุขมี)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอกระเสสินธุ์

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระเสสินธุ์





ที่ ศธ ๐๕๖๐.๐๖ / ๖ ๐๐๗๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๑ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอระโนด

ด้วย นางสาวเสาวรัตน์ ฉิมศรี รหัส ๕๔G๒๗๑๑๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระแลสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. ผศ.ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
๒. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ตามกระบวนการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเข้าทดสอบใช้เครื่องมือการวิจัยในหน่วยงานของท่าน โดยวันและเวลาในการทดสอบใช้เครื่องมือวิจัยนักศึกษาจะประสานงานด้วยตนเองอีกครั้ง ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่ส่งผลกระทบหรือส่งผลเสียหายต่อการทำงานและหน่วยงานของท่านแต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุดสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๔๓๓ ๖๕๔๘

<http://bundit.skru.ac.th/>

แบบตอบรับการเข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัย

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้ขอความอนุเคราะห์ในการเข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัย ของ นางสาวเสาวรัตน์ นิมิตรรหัส ๕๔G๒๗๗๑๐๑๖ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: กรณีศึกษา อำเภอกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา”

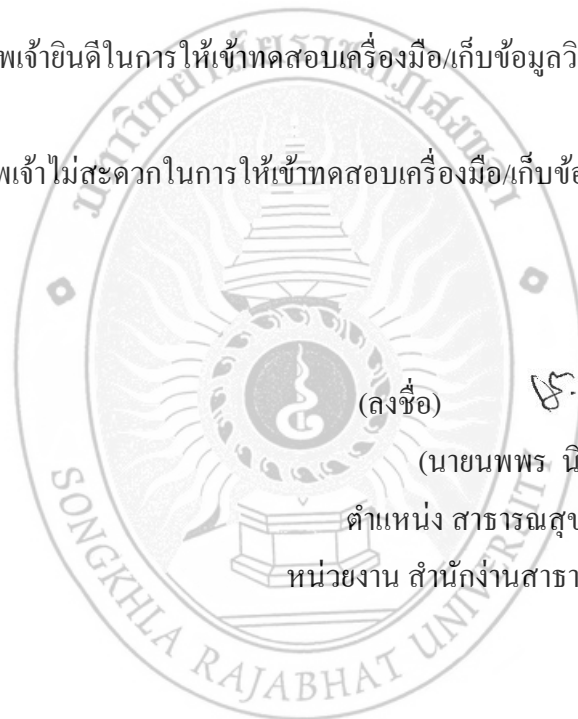
- ข้าพเจ้ายินดีในการให้เข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัยในหน่วยงาน
- ข้าพเจ้าไม่สะดวกในการให้เข้าทดสอบเครื่องมือ/เก็บข้อมูลวิจัยในหน่วยงาน

(ลงชื่อ)

(นายนพพร นิรัตน์)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอระโนด

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอระโนด





ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา:
อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา

คำชี้แจง

ดิฉัน นางสาวเสาวรัตน์ นิมศรี นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา: อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลาซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ผศ.ดร. คันทมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำผลการวิจัยไปใช้เสนอในภาพรวม โดยไม่มีผลเสียหรือกระทบต่อท่านโดยเด็ดขาด จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดโดยเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ขอขอบพระคุณในความกรุณาอย่างสูง

เสาวรัตน์ นิมศรี

(นางสาวเสาวรัตน์ นิมศรี)

นักศึกษาระดับปริญญาโท

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ ลงใน [] หรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. เพศ [] 1. ชาย
[] 2. หญิง
2. อายุ (ระบุ).....ปี
3. สถานภาพสมรส
[] 1. โสด [] 2. คู่
[] 3. หม้าย [] 4. หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน
[] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 2. ประถมศึกษา
[] 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า [] 4. อนุปริญญา
[] 5.ปริญญาตรี [] 6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. อาชีพ
[] 1. ไม่ได้ทำงาน [] 2. เกษตรกรรม
[] 3. ค้าขาย [] 4. รับจ้าง
[] 5. งานบ้าน [] 6. ข้าราชการบำนาญ
[] 7. ประมง [] 8. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้
[] 1. พอใช้ [] 2. ไม่พอใช้
7. ลักษณะครอบครัว
[] 1. ครอบครัวเดี่ยว [] 2. ครอบครัวขยาย
8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
[] 1. ไม่มี [] 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอให้ท่านเติมหรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความเป็นจริง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกวัน
 ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 2-4 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	การปฏิบัติ				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ					
1. ท่านปรึกษา คนในครอบครัวญาติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ					
2. เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะปรึกษา แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
3. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ					
4. ท่านสังเกตและตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตัวเอง เช่น ตรวจเต้านม ฟัน การมองเห็น การขับถ่าย					
5. ท่านศึกษาสรรพคุณและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนรับประทาน					
ด้านกิจกรรมทางกาย					
6. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เดินแกว่งแขน กายบริหารหรือออกกำลังกายอื่น ๆ					
7. ท่านออกแรงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้					

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	การปฏิบัติ				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
8. ก่อนออกกำลังกายท่านมีการทำให้ร่างกายอบอุ่นก่อนออกกำลังกาย					
9. หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ					
10. ท่านออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
ด้านการบริโภคอาหาร					
11. ท่านรับประทานอาหารเช้า					
12. ท่านรับประทานอาหารเช้าจำพวกผัก ผลไม้					
13. ท่านรับประทานอาหารเช้าสัตว์ติดมันหรือกะทิ*					
14. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น รสเค็ม รสเปรี้ยว รสหวาน รสเผ็ด*					
15. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว					
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
16. ท่านยิ้มทักทายเพื่อน คนรู้จัก คู่สนทนาหรือบุคคลที่ท่านต้องไปเกี่ยวข้องด้วย					
17. ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ					
18. ท่านพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน					
19. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว					
20. ท่านกล่าวยกย่องชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่น					
ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ					
21. ท่านสวดมนต์ ทำสมาธิและคิดทบทวนสิ่งทีตนเองได้กระทำผ่านมา					
22. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า					
23. ท่านได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของท่าน					

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	การปฏิบัติ				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
24. ท่านได้ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น หรือสังคม					
25. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่					
ด้านการจัดการกับความเครียด					
26. ท่านบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขเสมอ					
27. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ					
28. ท่านปรึกษากับบุคคลอื่น ๆ เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ					
29. ท่านได้นอนหลับอย่างเพียงพอ					
30. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำหรือหาเวลาผ่อนคลายด้วยการ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
ด้านร่างกาย					
1. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง					
2. ท่านสามารถทำงานเบาๆได้					
3. ท่านสามารถเดินขึ้นบันไดหรือทางลาดชันได้					
4. ท่านสามารถเดินในระยะทาง 500 เมตรได้					
5. ท่านสามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่น ตัดหญ้า ขุดดินได้					
6. ท่านสามารถเคลื่อนย้ายของ ยกหรือผลักของที่หนักไม่เกิน 10 กิโลกรัมได้					
7. ท่านสามารถวิ่งในระยะทางสั้นได้					
8. ท่านสามารถเดินเข้าห้องน้ำได้เอง					
9. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้					
10. ท่านสามารถออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน					

ภาวะสุขภาพ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านจิตใจในรอบ 1 เดือน					
11. ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือกระวนกระวายใจ*					
12. ท่านรู้สึกเครียด กลุ้มใจ*					
13. ท่านรู้สึกวิตกกังวล*					
14. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร*					
15. ท่านรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง*					
16. ท่านรู้สึกหมดหวังไม่กระตือรือร้น หรือมี ปัญหามากมายที่ทำให้รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า*					
17. ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ					
18. ท่านรู้สึกมีความสุขหรือพึงพอใจกับชีวิต ส่วนตัว					
19. ชีวิตประจำวันของท่านเต็มไปด้วยสิ่งที่ น่าสนใจ					
20. ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต					
ด้านสังคมในรอบปีที่ผ่านมา					
21. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา					
22. ท่านมีเพื่อนมาเที่ยวที่บ้าน					
23. ท่านไปเยี่ยมเพื่อนที่บ้าน					
24. ท่านโทรศัพท์หาญาติหรือเพื่อน					
25. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมต่างๆ					
26. ท่านแสดงความห่วงใย ความรักต่อผู้อื่น					
27. ท่านมีเวลาอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว					
28. ท่านปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิด					
29. ท่านให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นมาขอความ ช่วยเหลือ					
30. ท่านสนับสนุนบริจาคสิ่งของแก่สาธารณะ					

* ข้อคำถามเชิงลบ



ภาคผนวก ง

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสรุปผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Index of Item Objective Congruence: IOC)

ตาราง 12 ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

ข้อคำถาม	คะแนน			IOC	ผลการพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญ				
	1	2	3		
ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ					
1. ท่านปรึกษา คนในครอบครัว ญาติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2. เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะปรึกษา แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
4. ท่านสังเกตและตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตัวเอง เช่น ตรวจเต้านม ฟัน การมองเห็น การขับถ่าย	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
5. ท่านศึกษาสรรพคุณและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนรับประทาน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
ด้านกิจกรรมทางกาย					
6. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เดินแกว่งแขน กายบริหารหรือออกกำลังกายอื่น ๆ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
7. ท่านออกแรงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
8. ก่อนออกกำลังกายท่านมีการทำให้ร่างกายอบอุ่นก่อนออกกำลังกาย	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	คะแนน			IOC	ผลการพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญ				
	(คนที่)				
1	2	3			
9. หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
10. ท่านออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
ด้านการบริโภคอาหาร					
11. ท่านรับประทานอาหารเช้า	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
12. ท่านรับประทานอาหารเช้าพวกผัก ผลไม้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
13. ท่านรับประทานอาหารเช้าสัตว์ติดมันหรือกะทิ*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
14. ท่านรับประทานอาหารเช้ารสจัด เช่น รสเค็ม รสเปรี้ยว รสหวาน รสเผ็ด*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
15. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
16. ท่านยิ้มทักทายเพื่อน คนรู้จัก คู่สนทนาหรือบุคคลที่ท่านต้องไปเกี่ยวข้องด้วย	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
17. ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
18. ท่านพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
19. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
20. ท่านกล่าวยกย่องชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่น	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	คะแนน			IOC	ผลการพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญ				
	(คนที่)				
1	2	3			
ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ					
21. ท่านสวดมนต์ ทำสมาธิและคิดทบทวนสิ่งที่ตนเองได้กระทำผ่านมา	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
22. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
23. ท่านได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของท่าน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
24. ท่านได้ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่นหรือสังคม	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
25. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
ด้านการจัดการกับความเครียด					
26. ท่านบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขเสมอ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
27. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
28. ท่านปรึกษากับบุคคลอื่น ๆ เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
29. ท่านได้นอนหลับอย่างเพียงพอ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
30. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำหรือหาเวลาผ่อนคลายด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

ตาราง 13 ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

ข้อคำถาม	คะแนน			IOC	ผลการพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญ				
	1	2	3		
ด้านร่างกาย					
1. ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
2. ท่านสามารถทำงานเบาๆ ได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
3. ท่านสามารถเดินขึ้นบันไดหรือทางลาดชันได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
4. ท่านสามารถเดินในระยะทาง 500 เมตรได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
5. ท่านสามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากๆ เช่น ตัดหญ้า ขุดดินได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
6. ท่านสามารถเคลื่อนย้ายของ ยกหรือผลัดของที่หนักไม่เกิน 10 กิโลกรัมได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
7. ท่านสามารถวิ่งในระยะทางสั้นได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
8. ท่านสามารถเดินเข้าห้องน้ำได้เอง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
9. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
10. ท่านสามารถออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
ด้านจิตใจในรอบ 1 เดือน					
11. ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือระวนระวายใจ*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
12. ท่านรู้สึกเครียด กลุ้มใจ*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
13. ท่านรู้สึกวิตกกังวล*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
14. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
15. ท่านรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
16. ท่านรู้สึกหมดหวังไม่กระตือรือร้น หรือมีปัญหามากมายที่ทำให้รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า*	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
17. ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อคำถาม	คะแนน			IOC	ผลการพิจารณา
	ผู้เชี่ยวชาญ				
	(คนที่)				
1	2	3			
18. ท่านรู้สึกมีความสุขหรือพึงพอใจกับชีวิตส่วนตัว	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
19. ชีวิตประจำวันของท่านเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
20. ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
ด้านสังคม ในรอบปีที่ผ่านมา					
21. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
22. ท่านมีเพื่อนมาเที่ยวที่บ้าน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
23. ท่านไปเยี่ยมเพื่อนที่บ้าน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
24. ท่านโทรศัพท์หาญาติหรือเพื่อน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
25. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมต่างๆ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
26. ท่านแสดงความห่วงใย ความรักต่อผู้อื่น	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
27. ท่านมีเวลาอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
28. ท่านปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
29. ท่านให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นมาขอความช่วยเหลือ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้
30. ท่านสนับสนุนบริจาคสิ่งของแก่สาธารณะ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้

แบบสรุปผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 30

Alpha = .7179

แบบสรุปผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 30

Alpha = .7204

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวเสาวรัตน์ ภูมิศรี
วัน เดือน ปีเกิด	12 ธันวาคม 2530
สถานที่เกิด	อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	154/1 หมู่ที่ 5 ตำบลโรง อำเภอกะเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลกระเสสินธุ์ อำเภอกะเสสินธุ์ จ.สงขลา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2535	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) โรงเรียนระโนดวิทยา จังหวัดสงขลา
พ.ศ. 2548	ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) โรงเรียนระโนดวิทยา จังหวัดสงขลา
พ.ศ. 2552	วิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
พ.ศ. 2558	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา