



รายงานการวิจัย

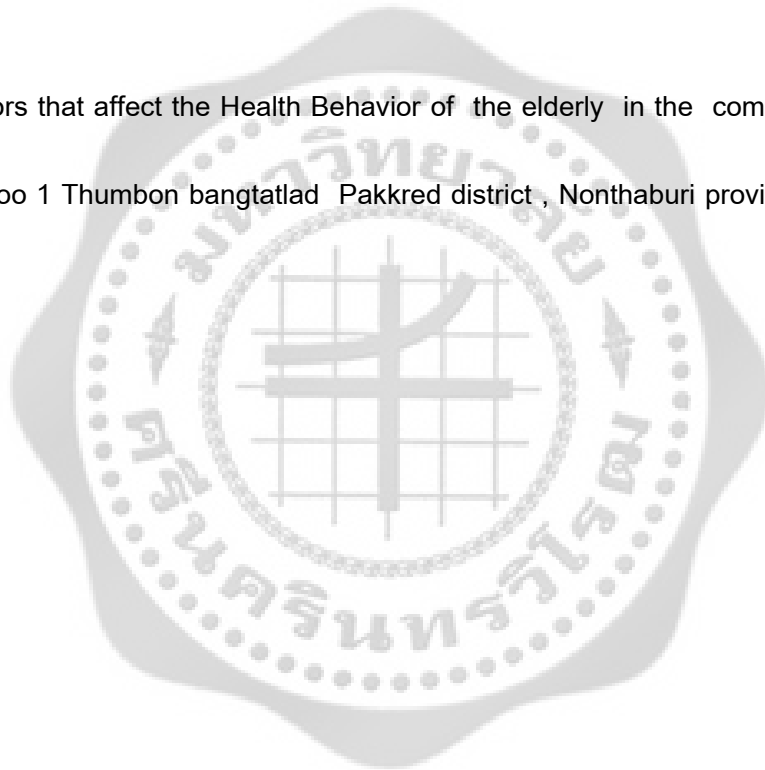
เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี

Factors that affect the Health Behavior of the elderly in the community

Moo 1 Thumbon bangtatlalad Pakkred district , Nonthaburi province



ได้รับทุนสนับสนุนจาก

โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี

Factors that affect the Health Behavior of the elderly in the community

Moo 1 Thumbon bangtatlad Pakkred district , Nonthaburi province

คณะผู้ทำวิจัย

หัวหน้าโครงการ

นางสาวสิริมา วาสิน ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการพิเศษ

ผู้ร่วมวิจัย

นายแพทย์ สมชาย สุขอารีชัย ตำแหน่ง อาจารย์

ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้โรงพยาบาลชลประทาน

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2554

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลชลประทานที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลประทาน และทีมผู้บริหารทุกท่าน ที่คอยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอดในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คุณประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแต่บิดา มารดา ครู อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

คณะผู้วิจัย

พ.ศ.2555

**ชื่อเรื่อง** ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด

จ.นนทบุรี Factors that affect the Health Behavior of the elderly in the community Moo 1

Thumbon bangatlad Pakkred district , Nonthaburi province

**ชื่อผู้วิจัย** สิริมา วาสิน ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการพิเศษ

นายแพทย์สมชาย สุขอารีย์ชัย ตำแหน่ง อาจารย์

**สถาบัน** สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชลประทาน

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ระเบียบวิธีวิจัย ใช้แนวทางการวิจัยแบบผสมผสานวิธี(mixed methodology) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องอ่านออกเขียนได้และอาศัยอยู่ใน หมู่ 1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ. นนทบุรี จำนวน 150 ราย โดยใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 68 มีสถานภาพสมรส เป็นสมรส คิดเป็นร้อยละ 54.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาร้อยละ 18.7 และจบสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 24.6 ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 9.3 และแหล่งของรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมาคือรายได้จากบุตร-ญาติคิดเป็นร้อยละ 31.3 และมาจากแหล่งอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 26.7 (รับจ้างทั่วไป) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/ลูก/หลาน) คิดเป็นร้อยละ 68.0 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับดี (ค่า เฉลี่ยเท่ากับ 3.69) และพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.7 ประกอบด้วย

โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.0 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.3  
โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.0 ปวดเข่าและอื่นๆ ร้อยละ 14.0

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ  
สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วน เพศ ความเชื่อและค่านิยม  
พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเลย การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า  
เศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน



**RESEARCH TITLE** Factors that affect the Health Behavior of the elderly in the community Moo 1 Thumbon bangtatlad Pakkred district , Nonthaburi province

**RESEARCHERS** Miss Sirima Wasin , Mr. Somchai Sukareechai

---

### ABSTRACT

The study on the factors that affect the health behavior of the elderly in the community Moo 1 Thumbon bangtatlad Pakkred district , Nonthaburi province. The objective of this study 1) To study health problems and factors that affect the health behavior of the elderly in the community Moo 1 Thumbon bangtatlad Pakkred district , Nonthaburi province. 2) To study relationship of factors are affect the health behavior of the elderly in the community. Research methodology is mixed methods. The participants were the elderly people who are over 60 years old ,must to read and write and live in Moo 1 Thumbon bangtatlad Pakkred district , Nonthaburi province.The sample is 150 case The Instruments to gather data are questionnaire for personal data and In-depth Interview about health promotion behavior.

The results of research that : Most of elderly are female 70 percent , Age is during 60-70 years old at 68 percent, are marriage at 54.7 percent, most seniors graduating grade at 47.3 percent, A minor secondary and higher secondary school graduates, only 18.7 percent and 24.6 percent. The elderly are did not attend school 9.3 percent. The source of income comes from the government at 42.0 percent, followed by family at 31.3 percent, from other sources at 26.7 percent. Most of the elderly in the family. (Husband / wife / son / grandson) at 68.0 percent for self-care behaviors of the elderly as a whole was at a good level (mean = 3.69) and found that elderly people have not underlying disease at 33.3 percent and disease at 67.7 percent : Hypertension at 28.0

percent, Diabetes and Hypertension at 11.3 percent, Diabetes at 9.3 percent, , Heart disease at 4.0 percent, O A Knee and else at 14.0 percent.

Factors that affect the health behavior of the elderly in the community were educational, economy, family relationship and participation of the community ( $p < 0.05$ ). The qualitative research is found that family relationship ,economic and participation of the community are affect the health behavior of the elderly in the community



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	3
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	3
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน.....	5
2.2 ข้อมูลสภาพทั่วไปของจังหวัดนนทบุรี.....	11
2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	13
2.4 ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ.....	21
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
2.6 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	38

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 การดำเนินการวิจัย.....	39
3.1 ระเบียบวิธีวิจัย.....	39
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
3.5 เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	51
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	51
5.2 อภิปรายผล.....	53
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	59
ภาคผนวก ก.....	59
ภาคผนวก ข.....	69
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	71

## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	อัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรกลุ่มต่างๆ	6
2	แสดงลักษณะอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	30
3	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	43
4	จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	46
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของตัวแปร	46
6	เพศกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	47
7	ระดับการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	47
8	เศรษฐกิจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	48
9	สัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	48
10	ความเชื่อและค่านิยมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	49
11	การมีส่วนร่วมในชุมชนกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	50

## สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538-2553 ประชากรผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมด	8
2	กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538-2553 โดยจำแนกอายุ 60 ปีขึ้นไป และจำแนกเพศ	9
3	จำแนกตามอายุในแต่ละช่วงและจำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละปี	10
4	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง	15
5	กรอบแนวคิดในการวิจัย	38



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจทั้งในระดับชาติและระดับโลก จากการคาดการณ์การแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2548-2553 ผู้สูงอายุเพศชายจะมีอายุเฉลี่ย 68.86 ปี และผู้หญิงจะมีอายุเฉลี่ย 73 ปี และแนวโน้มโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและกำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ในปี 2503 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 4.6 และได้เพิ่มเป็นร้อยละ 9 ในปี 2543 โดยในปี 2553 และพ.ศ.2563 คาดว่าจะมีสัดส่วนประชากรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11 และร้อยละ 15 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2533-2568) เพราะมีผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งในครัวเรือน ระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลผลิตภาครวมในประเทศ รายได้ต่อหัวประชากร การออมและการลงทุน งบประมาณรัฐบาล การจ้างงานและแรงงานในระดับจุลภาค การบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 7.8 ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวและเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ต้องการการพึ่งพา มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจด้านกายภาพที่อยู่อาศัย ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ดูแล จึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเริ่มได้รับความสนใจและดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม หลังจากองค์การสหประชาชาติจัดประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ระหว่าง 26 กรกฎาคมถึง 6 สิงหาคม 2525 ในปี 2525 นี้เองที่ประเทศไทยจัดตั้งคณะกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 โดยมีระยะเวลาดังแต่ปี พ.ศ.2525-2544 ซึ่งมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงทางรายได้และการทำงาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งวัตถุประสงค์หลัก นโยบายมาตรการตลอดจนเป้าหมายแต่ละด้าน ดังนี้ 1. เพื่อให้สังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบที่พึงมีต่อผู้สูงอายุและให้การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. เพื่อให้ตระหนักถึงสภาพและแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่าย ในอันที่จะป้องกันและแก้ปัญหาให้สนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและทั่วถึง 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองดูแลทั้งในด้านร่างกายจิตใจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างน้อยในระดับความต้องการขั้นพื้นฐานตามที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ โดยระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มากขึ้น 4. เพื่อเป็นหลักประกันให้มีการแบ่งสรรทรัพยากร สำหรับสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ให้เคารพสิทธิหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในฐานะ “ผู้รับ” จากสังคม หลังจากที่ได้เคยมีฐานะเป็น “ผู้ให้” แก่สังคมมากกว่าครึ่งชีวิต 5. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความสามารถได้มีส่วนร่วมในสังคมต่อไปในฐานะผู้ให้ โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ หลังจากก็มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เพื่อให้มีความเหมาะสม เป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนแปลง พัฒนา และให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ได้ระบุถึงภารกิจที่สังคมของรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ (วันดี โภคะกุล, 2548, หน้า 111-123)

สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มีบทบาทหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน ผู้วิจัยมีความสนใจที่สำรวจหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อการวางแผน ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชน ต่อไป

## 2. คำถามในการวิจัย

- 2.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง
- 2.2 มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 3. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- 3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุใน

ชุมชน

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

- สมมติฐานข้อ 1 เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- สมมติฐานข้อ 2 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- สมมติฐานข้อ 3 เศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- สมมติฐานข้อ 4 สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- สมมติฐานข้อ 5 ความเชื่อและค่านิยม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- สมมติฐานข้อ 6 การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

#### 5. ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methodology) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

5.1 ขอบเขตด้านประชากร เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในหมู่ 1 ตำบลบางตลาด อำเภอ ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปร

5.2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อและค่านิยม และการมีส่วนร่วมในชุมชน

5.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.3 ขอบเขตด้านเวลา เก็บข้อมูล ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2554 – ตุลาคม 2554

#### 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล ที่จะป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

6.2 ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมที่จะป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

6.3 ประโยชน์ต่อสาขาวิชาอื่น เช่น โภชนาการ กายภาพบำบัด ทันตกรรม อายุรกรรม จักษุเวชกรรม ในการศึกษาวิจัย ต่อไป

6.4 บริการความรู้สู่ประชาชน และสังคม

6.5 การเผยแพร่ในวารสารทางการการพยาบาลต่อไป

## 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านทั้งสุขภาพ กาย ใจ อารมณ์ สังคมให้เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันอย่างสมดุล ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัย ควบคุมตน ทั้งทางด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

เศรษฐกิจ หมายถึง รายได้และแหล่งที่มาของรายได้

ความเชื่อและค่านิยม หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อเหล่านั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้คนยึดถือประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น

การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน หรือเป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆในชุมชน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อค้นหาตัวแปรที่เกี่ยวข้องให้มีความครอบคลุมประเด็นและเนื้อหาในการวิจัยให้มากที่สุด ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคม เครือข่ายสุขภาพในชุมชน และสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลตามลำดับดังนี้

- 2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน
- 2.2 ข้อมูลสภาพทั่วไปของจังหวัดนนทบุรี
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- 2.4 ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

การก้าวเข้าสู่ประชากรผู้สูงอายุไทยได้ปรากฏชัดในศตวรรษที่ 21 จาก พ.ศ.2503 ถึง ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ โครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนไป และผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุชาย สาเหตุที่นำไปสู่การสูงอายุ คือ การลดภาวะการเจริญพันธุ์ การลดภาวะการตายส่งผลต่อการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาว แต่กลับมีจำนวนปีที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อันเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยเรื้อรัง ในขณะเดียวกันศักยภาพการเกื้อหนุนกลับลดลง อดีตประชากรแรงงาน 10 คนดูแลผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันแรงงาน 6 คน ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน และอนาคตปี พ.ศ.2573 ประชากรวัยแรงงาน 2 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

ผู้สูงอายุมีลักษณะที่เปราะบางทั้งร่างกายและจิตใจ สังคมไทยผู้สูงอายุ ต้องการได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรสและบุตร ส่วนใหญ่บุตรเป็นผู้ดูแลหลักย่อมมีปัญหาในการดูแลเพราะสามารถดูได้ในด้านกายภาพเท่านั้น ผู้สูงอายุในเขตเมืองจะเป็นกลุ่มเปราะบางที่สุด เพราะมีจำนวนบุตรน้อย ด้านที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่าง

ต่อเนื่องความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นภาระหนักอยู่ในสถานะที่ไม่มั่นคง (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2551:8-29) ได้มีการคาดประมาณกันไว้ว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ.2570 ดังตาราง 2.1

ตาราง 1 อัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรกลุ่มต่างๆ (ร้อยละ)

พ.ศ.	อัตราส่วนต่อประชากรทั้งประเทศ		
	วัยเด็ก	ผู้สูงอายุ	ภาพรวม
2547	32.68	15.03	47.71
2548	32.03	15.31	47.34
2549	31.38	15.65	47.03
2550	30.84	16.00	46.84
2551	30.24	16.37	46.61
2552	29.65	16.91	46.56

ที่มา : สถิติประชากร ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ประมวลผลจากฐานข้อมูล “ทะเบียนราษฎร” สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง)

สภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจเริ่มก่อปัญหาอย่างน่าเป็นห่วง ด้วยประชากรผู้สูงอายุเพิ่ม และการรองรับด้านการบริการสาธารณสุขยังขาดความพร้อม การดำเนินชีวิตประจำวันประสบปัญหาเช่น การได้ยิน การมองเห็น การเคลื่อนไหว เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยลดอุบัติเหตุในชีวิต สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวตามลำดับคือ ไตวาย โลหิตจาง เบาหวาน และโลหิตสูง(กระทรวงสาธารณสุข, 2551:38) ด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจของกรมสุขภาพจิตพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.6 มีสุขภาพจิตเหมือนกับคนทั่วไป ร้อยละ 28.0 มีสุขภาพสูงกว่าคนทั่วไป และ ร้อยละ 21.4 มี

สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และผู้สูงอายุที่นำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตหรือการมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ใช้หลักคำสอน

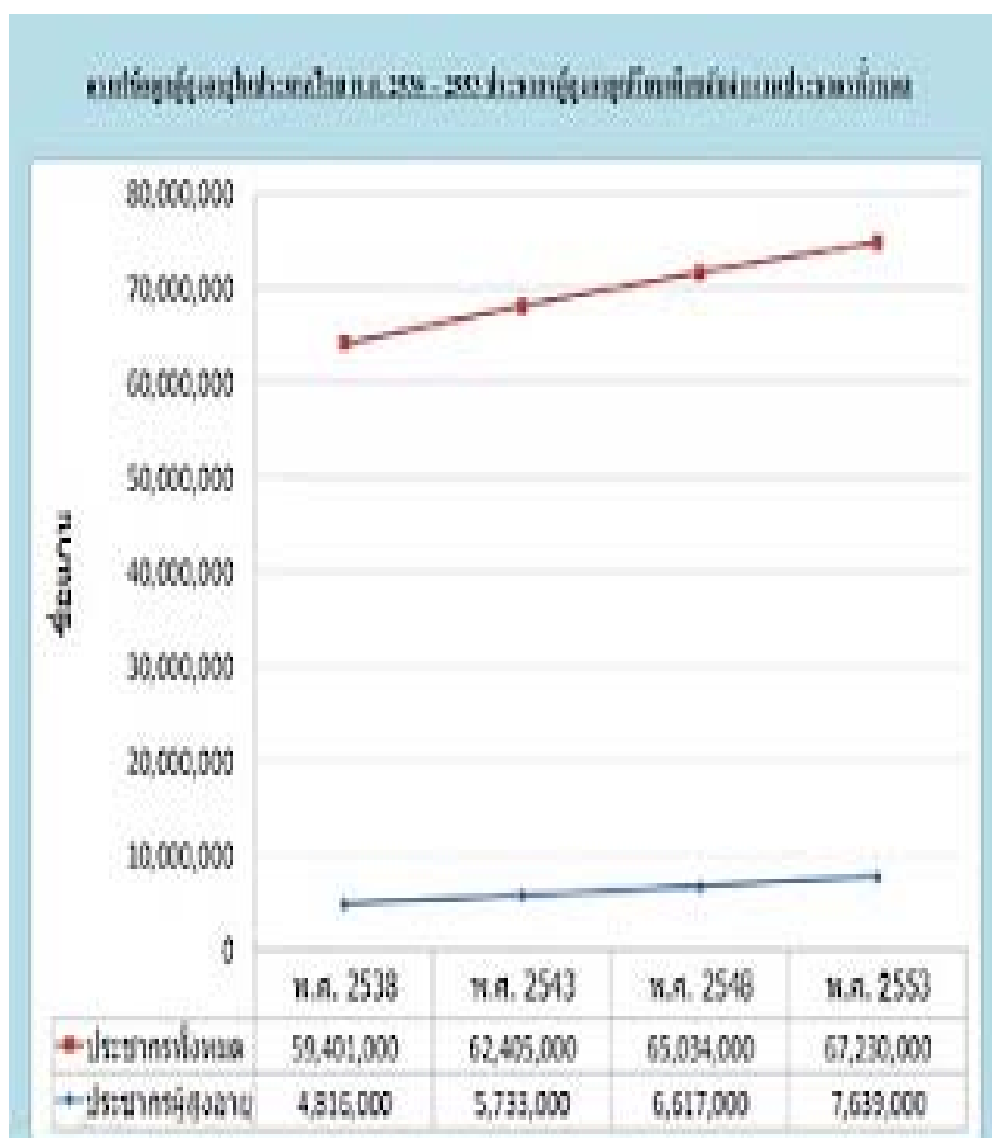
ด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุข้อมูลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุนั้นมีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน (สถานการณ์ผู้สูงอายุ, 2551 : 50-53) เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุขาดคุณภาพชีวิตที่ดี ภาวะความพิการในผู้สูงอายุทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพราะมีความบกพร่องทั้งร่างกาย จิตใจและสติปัญญา สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจความพิการปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การพูดจา สื่อสาร การเข้าใจคำพูด การเรียนรู้ การจดจำ การใช้มือ ใช้นิ้วจับสิ่งของ การยกแขน การลุกจากที่นอนเป็นทำนอง การนั่งยองๆ การเดินทางราบระยะ 50 เมตร การขึ้นบันได 1 ชั้น การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเอง ความเจ็บปวดตามร่างกาย การหายใจ อากาการลมชัก ชักเกร็ง หรือลมบ้าหมู ผลที่เกิดจากปัญหาสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรส่วนตัวเช่น การกินอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น

ประเภทความพิการของผู้สูงอายุแยกตามเขตการปกครองพบว่า ภาคใต้ ผู้สูงอายุมีความพิการอย่างน้อย 1 ลักษณะคิดเป็นร้อยละ 12.7 ความลำบากปัญหาสุขภาพมี ร้อยละ 12.5 ความลำบากในการดูแลตนเองร้อยละ 2.7 และมีลักษณะความบกพร่องร้อยละ 9.3 เมื่อเทียบกับทุกภาค ภาคใต้มีผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทความพิการอยู่ในลำดับ 3 ปัญหาผู้สูงอายุดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลต้องการให้ภาครัฐเข้ามาช่วยเหลือ จากการสำรวจผู้ดูแลต้องการเงินสนับสนุน ต้องการให้พยาบาลเยี่ยมที่บ้าน ฟันฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลต้องการองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยกำลังประสบกับปัญหาการดูแล มีปัจจัยหลักๆที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขาดคุณภาพ เริ่มจากตัวผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลขาดความรู้และมีภาระงานมาก การช่วยเหลือจากรัฐไม่ตรงกับความต้องการ ข้ำซ้อนไม่ทั่วถึง และผู้สูงอายุยังไม่เตรียมความพร้อมก่อนที่จะถึงวัยสูงอายุ

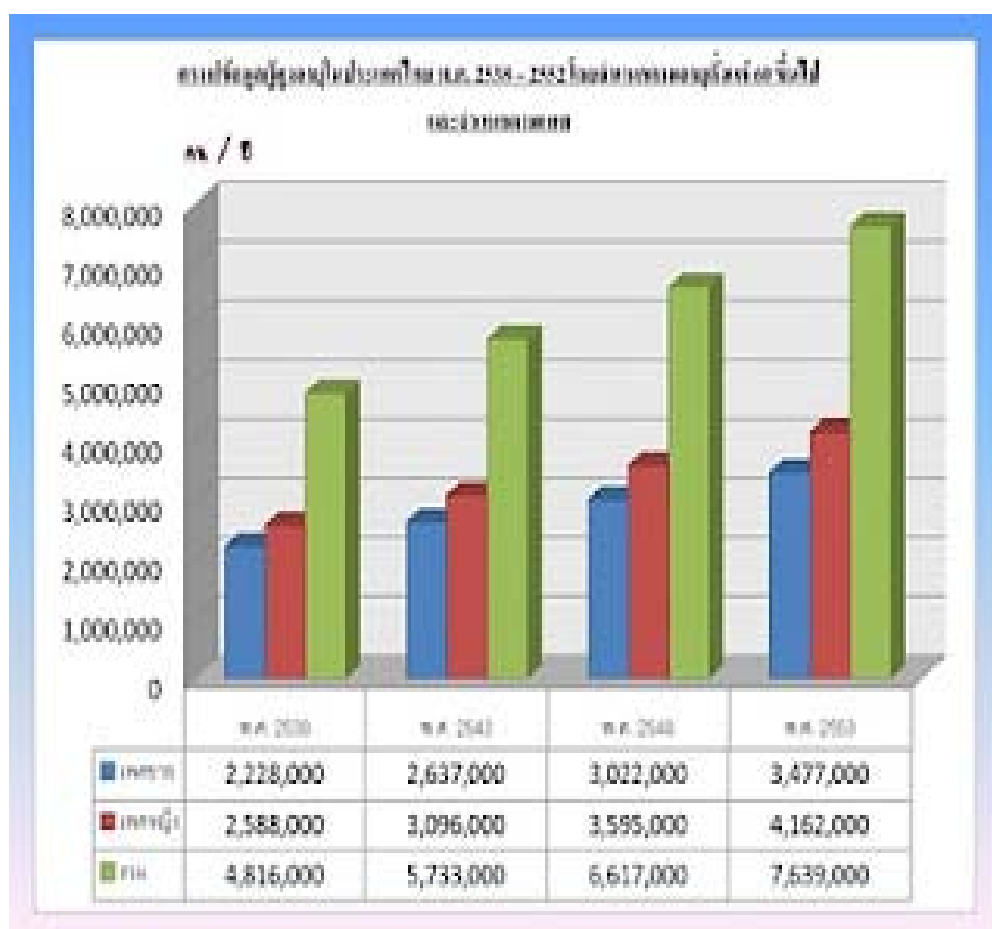
ปัจจุบันข้อมูลด้านสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยยังมีความชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากมีงานวิจัยที่ให้ความสนใจและความสำคัญของผู้สูงอายุเช่นจากผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและข้อมูลจากสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538-2553 จำแนกตามเพศที่วราชอาณาจักร



ภาพที่ 1 กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2553 ประชากรผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด

กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2553 ประชากรผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด จากกราฟเส้นสีแดง แทนจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทย ซึ่งจะพบว่าประชากรในประเทศไทยมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ เส้นกราฟสีน้ำเงิน ก็พบว่าจำนวนผู้สูงอายุก็มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในทุกๆปีเช่นกัน



ภาพที่ 2 กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2553 โดยจำแนกตามอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และจำแนกตามเพศ

กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2553 โดยจำแนกตามอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และจำแนกตามเพศ จากกราฟแท่งสีเขียวแทนจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด กราฟเส้นสีฟ้า แทนจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิง และกราฟเส้นสีแดง แทนจำนวนผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งพบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกๆปีกราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย

ไทย พ.ศ. 2538 – 2553 โดยจำแนกตามอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และจำแนกตามเพศ จากกราฟแท่งสีเขียวแทนจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด กราฟเส้นสีฟ้า แทนจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิง และกราฟเส้นสีแดง แทนจำนวนผู้สูงอายุเพศชายโดยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงจะมี สัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุก ๆ ปี ดังนี้

ในปี 2538 จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายถึง 360,000 คน

ในปี 2543 จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายถึง 459,000 คน

ในปี 2548 จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายถึง 573,000 คน

ในปี 2553 จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายถึง 685,000 คน



ภาพที่ 3 กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2553 โดยจำแนกตามอายุในแต่ละช่วง และจำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละปี

กราฟข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2553 โดยจำแนกตามอายุในแต่ละช่วง และจำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละปี

กราฟเส้นสีฟ้าแทนช่วงอายุ ช่วง 60 – 64 ปี กราฟเส้นสีแดง แทนช่วงอายุในช่วง 65–69 ปี กราฟเส้นสีเขียว แทนช่วงอายุ 70 – 74 ปี และกราฟเส้นสีม่วง แทนอายุในช่วง 75 ปีขึ้นไป

โดยพบว่าผู้สูงอายุ ในช่วง 60 – 64 ปี (กราฟเส้นสีฟ้า) มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าในช่วงอายุอื่นๆ แต่ ผู้สูงอายุ ในช่วง 74 – 74 ปี (กราฟเส้นสีเขียว) และช่วง 75 ปีขึ้นไป (กราฟเส้นสีม่วง) มีสัดส่วนของผู้สูงอายุจะมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

สรุปได้ว่าวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สภาพร่างกายจะเห็นได้ว่าเสื่อมลงตามอายุไข สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่หงุดหงิด มีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย หรือจากการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยปกติร่างกายคนเราจะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกสุขลักษณะตั้งแต่ต้น จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหรือลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การดูแลตนเอง การได้รับวิธีการดูแลที่เหมาะสมจากสถาบันครอบครัว สถาบันแห่งรัฐหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นั้นหมายถึงว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจการดำเนินชีวิตและมีความผาสุกตามมา ความเข้มแข็งของคนในชาติ อาจไม่เป็นภาระใดๆ ถึงแม้ว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น

## 2.2 ข้อมูลสภาพทั่วไปของจังหวัดนนทบุรี

เทศบาลนครปากเกร็ด ตั้งอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในส่วนฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยา ระยะทางห่างจากจังหวัดนนทบุรี ประมาณ 10 กิโลเมตร ทำเลที่ตั้งเป็นปริมณฑล ติดกับกรุงเทพมหานคร

**อาณาเขตและพื้นที่**      อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ ติดต่อ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ทิศใต้ ติดต่อ เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อ เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

ทิศตะวันตก ติดต่อ แม่น้ำเจ้าพระยา (ตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด)

เทศบาลนครปากเกร็ด ปกครองพื้นที่ 36.04 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 5 ตำบล 34 หมู่บ้าน



### ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่เทศบาลนครปากเกร็ด เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา เหมาะแก่การเกษตร เช่น การทำสวนผลไม้ ผลไม้ที่ลือชื่อ คือ ทุเรียน ส้มโอ มังคุด กล้วยน้ำว่า แต่เนื่องจากเทศบาลนครปากเกร็ดมีความเจริญ มีอาณาเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานคร มีเส้นทางคมนาคมที่สะดวก สามารถเดินทางได้ทั้งทางบกและทางน้ำ พื้นที่เกือบทั้งหมดจึงแปรสภาพจากการเกษตรไปเป็นการจัดสรรที่ดินเพื่อการอยู่อาศัย อาคารพาณิชย์ประกอบธุรกิจ และการลงทุน โดยเฉพาะกิจการบ้านจัดสรรและอาคารสูง

สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่ยังคงมีคลองสาธารณะเชื่อมต่อ ในพื้นที่หลายสายและเป็นจุดระบายน้ำจากพื้นที่ลุ่มสูงแม่น้ำเจ้าพระยา และจากการที่มีพื้นที่เป็นที่ลุ่มจึงทำให้ประสบปัญหาน้ำท่วมในช่วงฤดูฝนและฤดูน้ำหลาก คลองสายหลักที่ระบายน้ำจากฝั่งตะวันออกลงสู่แม่น้ำเจ้าพระยา

จังหวัดนนทบุรีมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 115,045 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัดนนทบุรี (1,008,492 คน) (ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2550 ) จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมประชากรให้เป็นคนสูงวัยที่มีคุณภาพรวมทั้งพัฒนาระบบบริการต่างๆ ให้เหมาะสม เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลปัญหาสุขภาพ อีกทั้งปัญหาขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วย การให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ จึงต้องมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไป และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หาย

หรือทุเลาจากการป่วยลดการเกิดความพิการหรือทุพพลภาพและยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป การเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุดังกล่าวจึงมีความจำเป็นโดยการสร้างความมั่นคงของระบบบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม สร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบและบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน สังคม ครอบครัวและชุมชนซึ่งจะทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุไทยและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างเหมาะสม ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอีก 20 ปี ข้างหน้า (กองแผนและงบประมาณ อบจ.นนทบุรี." ข้อมูลด้านสังคม. สืบค้นข้อมูล 9/03/2554, <http://www.plannontpro.go.th>)

1. ประชากรวัยแรงงานรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น
2. ภาครัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น
3. วัยแรงงานมีจำนวนลดลงทำให้ต้องใช้แรงงานจากต่างด้าวเพิ่มขึ้น
4. การเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ในชุมชนลดลง
5. การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ในเครือ

ญาติห่างเหินกัน

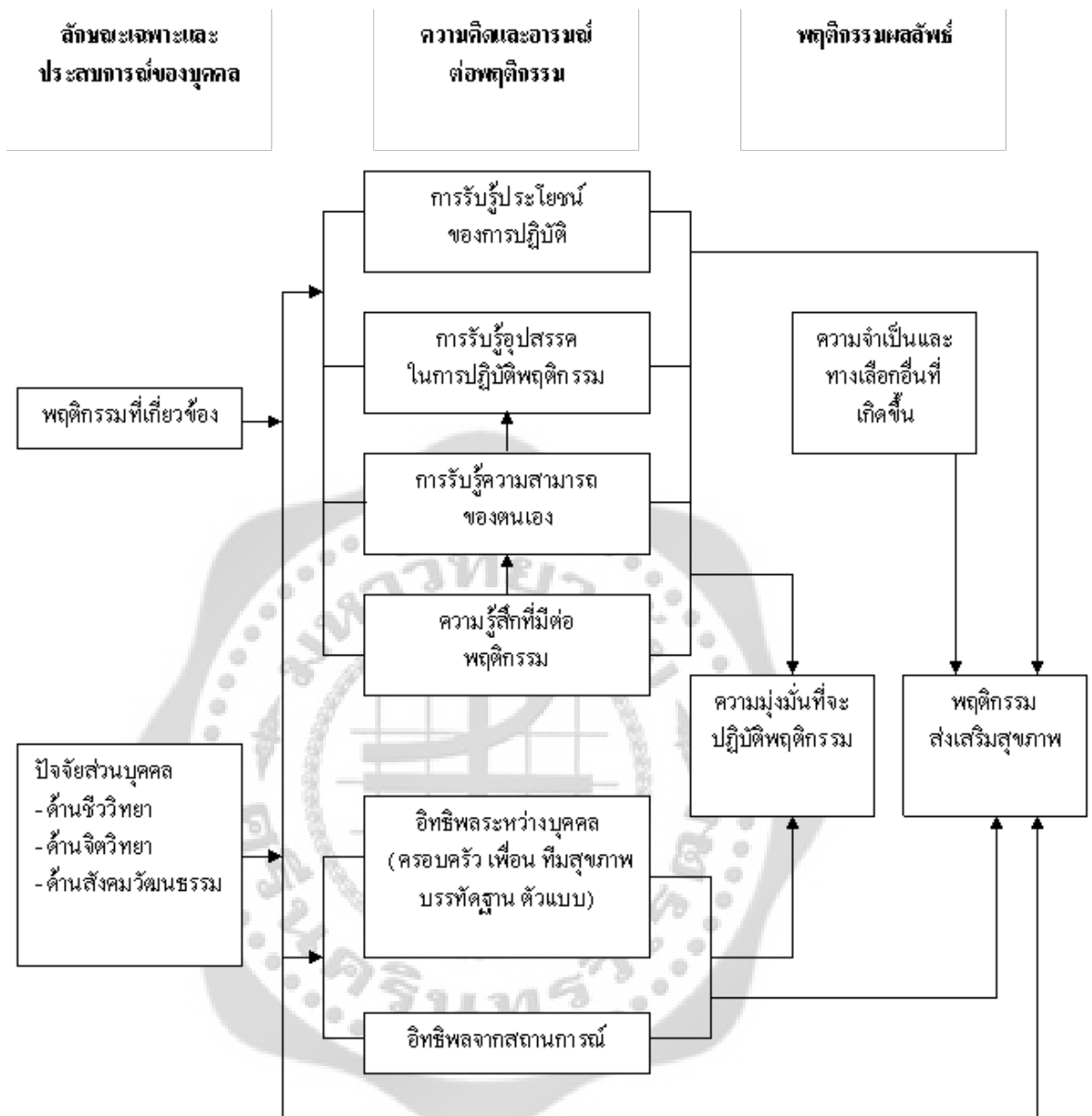
## 2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีทางสังคม และทฤษฎีทางการแพทย์ ใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการทำงานวิจัย

2.3.1 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) มีแนวคิดที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและด้านจิตใจ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (Caplan, 1976: 39-42) เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการคือการมีสุขภาพดี (House, อ้างใน Babara A Israel, 1985: 66) พิลิสุก (Pilisuk, 1982: 20) ได้แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนเป็น 2 ประเภท 1. กลุ่มปฐมภูมิ คือ กลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน 2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลและเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ ข้อมูลที่ทำให้ผู้รับรู้สึกมีค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2.3.2 ทฤษฎีบทบาททางสังคม (Role Theory) อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล บุคคลจะปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใด น่าจะขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทของตนในแต่ละช่วงอายุ บทบาทดังกล่าวจะส่งผลไปถึงการยอมรับในสังคม หรืออาจจะสร้างบทบาทใหม่ขึ้นมาเพื่อทดแทนบทบาทเก่าที่สูญหายไป เพื่อให้ตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและเหมาะสม

2.3.3 ทฤษฎีทางการแพทย์ / ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ของ เพนเดอร์ (Pender) ในปี ค.ศ. 1975 ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมา เพนเดอร์ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกัน สุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006 : 1 – 12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อันประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาดัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 นี้ (ภาพประกอบที่ 4 ) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ



ภาพประกอบที่ 4 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา: (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006 : 50)

สุขภาพเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณที่บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีความสุข ปราศจากความเครียดหรือแรงกดดันใดๆ (ประเวศ วะสี ,2544 : 13 – 14) สุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา แต่อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการพลวัตที่ไม่หยุดนิ่ง จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อนอยู่ตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่อง บุคคลจึงต้องพยายามหาวิธีการที่จะปกป้องสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือถึงแม้ว่าจะเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะต้องพยายามดูแลรักษาเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุด วิธีการสำคัญที่บุคคลใช้ปกป้องสุขภาพนั้น คือการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ (Palank. 1991 : 129) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในความหมายของเพนเดอร์ (Pender.1996 : 34) หมายถึง การกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความผาสุกของบุคคลและกลุ่มคน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคมที่สำคัญและครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย (Friedman. 1986 : 75) คือเป็นแหล่งพึ่งพาของสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย ทั้งด้านการดูแล แรงงานและเศรษฐกิจ เป็นแหล่งของความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการปฏิบัติด้านสุขภาพ พบว่าครอบครัวรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกถึงร้อยละ 75 ของการดูแลสุขภาพทั้งหมด (Duffy 1988 : 109) จึงกล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพที่ปกติหรือเบี่ยงเบนของสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีพฤติกรรมสุขภาพที่จะปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตาม เนื่องจากความรู้และประสบการณ์ที่เคยได้รับเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความสนใจใฝ่รู้หรือหวาดกลัว นั่นคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้หล่อหลอมมาจากครอบครัวตั้งแต่แรกเกิดและวัยต่างๆ ตามลำดับนั่นเอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะนำไปสู่ความปกติสุขในชีวิต โดยทุกคนสามารถกระทำบทบาทของตนได้เหมาะสม สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในความคิดของเพนเดอร์ (Pender 1996 : 66 – 73) นั้น ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคนิสัย การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด การที่ครอบครัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งที่เป็นปัจจัยภายในครอบครัวเอง และปัจจัยภายนอกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้อง กรีนและครูเตอร์ (Green & Krueter. 1991)

เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำคือ สิ่งที่เป็นพื้นฐานอยู่ภายในครอบครัว เช่น ความรู้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อคือ สิ่งที่เอื้อให้ครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยเสริมคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการมีแบบอย่างจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

#### 2.3.4 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

โอเร็ม Orem 1991; อ้างถึงใน เรณู สนวนเครือ (2541) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเอง โดย มีการอธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ของบุคคล สามารถสรุปใจความสำคัญไว้ดังนี้

1) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นคุณสมบัติของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โอเร็ม เชื่อว่า บุคคลทุกคนมีความสามารถในการคิด มีเหตุผลในการตรึกตรองและกระทำการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนมีความตั้งใจในการกระทำ เมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานอื่น ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้ การรับรู้ ความตั้งใจ ความเข้าใจตนเอง ความห่วงใยตนเอง การยอมรับตนเอง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของพลังความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองต่อไป จะเห็นได้ว่าพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวกลางเชื่อมความรู้และการกระทำของมนุษย์สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 34; อ้างถึงใน เรณู สนวนเครือ (2541) ประกอบกับพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นสิ่งที่ประเมิน และสังเกตได้ง่ายจึงนิยมประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จากพลังความสามารถ 10 ประการ เพื่อไปนำสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุของความพร่องในการดูแลตนเองของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างตั้งใจ ประเมินได้จากสมรรถนะของร่างกาย การคิด การตัดสินใจ และสภาวะทางจิตใจรวม 10 ประการดังนี้ 1) ความสนใจและความเอาใจใส่ตนเองและภาวะ

แวดล้อม 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายเพื่อการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ 8) มีทักษะในการจัดการและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

2) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินได้ถึงขีดสูงสุด สมจิต หนูเจริญกุล (2536) โอเร็ม กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้มีใช้สิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดบุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาจากความเชื่ออุปนิสัย และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มคนในสังคม นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาพัฒนาการและสภาวะสุขภาพล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อขอบเขตของกิจกรรมการดูแลตนเองที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติได้ กล่าวได้ว่าบุคคลดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นจึงเป็นเป้าหมายของการกระทำของบุคคล ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นแบ่งออกเป็น 3 ประเภท Orem (1985) 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริมการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยแต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะเวลาพัฒนาการ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้ คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ รักษาความสมดุลระหว่างมีกิจกรรมและการพักผ่อน รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต การทำหน้าที่

และสวัสดิภาพ ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self –care requisites) เป็นความต้องการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ หรือการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือพ่อแม่ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1) การพัฒนาและการส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิดวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2) การป้องกันบรรเทา และแก้ไขภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของชีวิตจากภาวะต่างๆ เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติมิตร การขาดเสถียรภาพในหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมภาวะมีการถดถอยทางด้านสุขภาพหรือความสามารถความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และภาวะที่จะต้องเผชิญกับความตาย

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความเจ็บป่วยหรือพิการรวมทั้งในระหว่างการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ

3.1) การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

3.2) รับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของชีวิต

3.3) ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัยการรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันควบคุมและคงไว้ซึ่งความสามารถคงเดิม

3.4) รับรู้และเอาใจใส่ดูแลควบคุมไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษารวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการของชีวิต

3.5) ปรับอัตมโนทัศน์และยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองตามภาวะสุขภาพและยอมรับว่าตนควรได้รับความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล

3.6) เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่งๆ ของบุคคลที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเรียกว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand) การคำนวณและการออกแบบความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละช่วงเวลาที่การดูแลตนเองที่จำเป็นเปลี่ยนแปลงไปจึงกล่าวได้ว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการกระทำที่ไม่หยุดนิ่ง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการ และลำดับการกระทำให้เหมาะสมตามเวลาและสถานการณ์อยู่ตลอดเวลาการออกแบบและคำนวณความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การขาดความรู้หรือออกแบบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียดหรือมีความรู้สึกว่าเป็นภาระได้ Orem 1991; อ้างถึงในเรณู สนวนเครือ (2541)

การดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสังคมด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการฉายยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ มัลลิกา มัติโก ได้สรุปความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในภาคประชาชนเป็นส่วนใหญ่ โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) 2) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness)

1) การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self care in health) เป็นการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายาม

หลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

- การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค
- การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอกซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็ง ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในภายหลัง
- การป้องกันการเผยแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต่อการยับยั้งการแพร่กระจายของโรค จากผู้ป่วยไปสู่คนอื่นๆ

## 2) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness)

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้นมีอยู่หลากหลาย นักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มีความคิดเห็นร่วมกันว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับคือ (Dean 1980 : 275 – 284 อ้างใน มัลลิกา มัติโก) 1. การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล (Individual self care) 2. การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care) 3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from extended social network) 4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ self help group)

## 2.4 แนวคิดและความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)

### 2.4.1 แนวคิดและความหมาย

จากการศึกษาของคาร์ลและคอบบ์ (Kals and Cobbs. 1966,อ้างในสันติธรรมชาติ.2545 : 5) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรค หรือการ

ค้นหาโรคในระยาะที่ยังไม่เกิดอาการเด่นชัดด้วย อูบล เลี้ยววาริณ (2534 : อ้างใน [www.ednet.kku.ac.th](http://www.ednet.kku.ac.th) ออนไลน์ วันที่ 8 สิงหาคม 2554) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ว่า การปฏิบัติใด ๆ ที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ให้แข็งแรงและป้องกันร่างกายให้ปลอดภัย ใช้เจ็บต่าง ๆ สุภัทพร ชูประดิษฐ์ (กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ [http:// eduhealth. moph. go.th/ indextechno. htm](http://eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm) ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554 )ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (covert behavior) และภายนอก (overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัด ได้ ว่าเกิดขึ้นพฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็น รูปธรรม ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัส ได้ เช่นการเดินของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพจำแนก ออกได้เป็น 2 ลักษณะคือเป็นการกระทำ (action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการไม่กระทำ (non action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มี ผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541:17 [http://www.eduhealth. moph. go.th/ indextechno.htm](http://www.eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm) ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงกิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรม นั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่า ดูแลตนเอง หมายถึง เอาใจใส่ใน ตัวคนนั่นเอง หรือ ปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์กรอบแนวคิดรูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการการเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ Gantz (1990) อ้างในอรสา พันธุ์ภักดี

(2542) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพมีผู้ให้นิยามการดูแลตนเอง มีดังนี้

เลวิน Levine Cited in Hill & Smith (1985) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆทำหน้าที่โดยตัวเอง การที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัยเพื่อตัวเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ นูริส พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ ; อ้างอิงจาก Noris (2530) กิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด สไตเกอร์ และลิปสัน( Steiger & Lipson ,1985) ตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง เป็นการพัฒนาศักยภาพความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน (เพนเดอร์ Pender,1987) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้น กล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านทั้งสุขภาพ กาย ใจ อารมณ์ สังคมให้เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านภารกิจ การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และการเกิดโรค

#### 2.4.2 ขอบข่ายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็ก หรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อม ๆ กันทั้ง 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้ (cognitive domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้หรือคิดพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ ความรู้ดังกล่าว

เป็นความรู้ทางสุขภาพ (health knowledge) เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อโรค ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะตนเอง เป็นต้น

2. ด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (affective domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การชอบหรือไม่ชอบรับประทานผัก การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษา การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้หรือในด้านลบบางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เหนื่อยและเสียเวลา

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติทางสุขภาพ (Health practice) เช่นการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารเช้าและหลังออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อค การพักผ่อนให้เพียงพอการนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากพฤติกรรมทั้งสามด้านจะเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้นต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินเป็นนิสัยหรือเรียกว่าสุขนิสัย (Health habit)

#### 2.4.3 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

##### 1) พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

1.1) พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การใช้เข็มขัดนิรภัยการสวมหมวกกันน็อค การขับรถให้ถูกกฎจราจร การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

1.2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ควบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

2) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าจะร่างกายเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจึงแสวงหาการตรวจ

วินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร และค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาวะการณ์ เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลย คอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

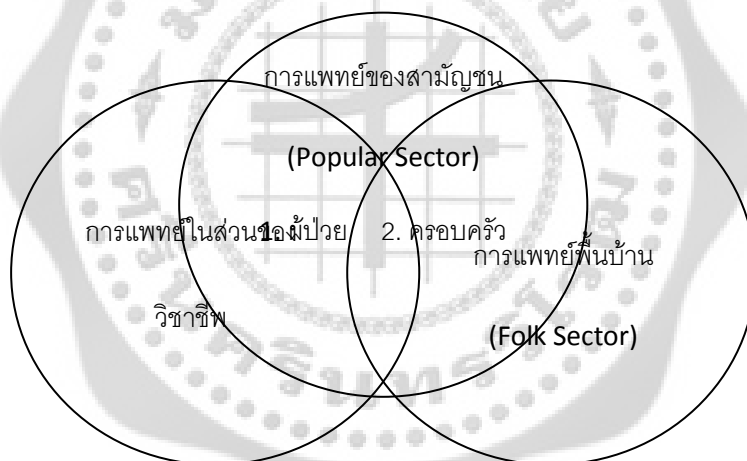
3) พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior) การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงดบุหรี่ยาสูบ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการสร้างสุขภาพดี ปราศจากโรคโดยให้ทุกคนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามแนวทาง 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์แจ่มใส อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และ ลด ละ เลิก อบายมุข ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติคือ

1. ออกกำลังกาย การออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์ไม่น้อยกว่า 3 วันและอย่างน้อยใช้เวลา 20-30 นาที
2. อาหารปลอดภัย การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อร่างกายในแต่ละวันให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน และการบริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัยเพื่อพัฒนาการที่สมบูรณ์
3. อารมณ์แจ่มใส การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ การผ่อนคลายความเครียด
4. อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งด้านกายภาพเศรษฐกิจสังคมให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ การหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะนำโรค การใช้วัสดุที่ย่อยสลายง่าย
5. อโรคยา หมายถึง การไม่มีโรค การปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ทั้งโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อ สามารถทำได้จากการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค เช่น เชื้อโรคต่าง ๆ โดยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อบางชนิด การตรวจสุขภาพประจำปี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น

6. อบายมุข หมายถึง หนทางที่นำไปสู่ความเสื่อมเสีย เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สิน ตามหลักพระพุทธศาสนา อบายมุข 6 ประกอบด้วย การดื่มน้ำเมา การเที่ยวกลางคืน เป็นต้น รวมถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและปัญหาสังคมด้วย

Kleinman (1980) ได้อธิบายให้เห็นว่าในสังคมหนึ่งๆ จะมีระบบการดูแลสุขภาพเกิดขึ้น ระบบต่างๆ ที่มีอยู่ชี้ให้เห็นความแตกต่างของการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพไม่ได้แยกโดดเดี่ยว แต่เป็นการผสมผสานกัน ดังนั้นลักษณะการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman สามารถนำมาใช้อธิบายในการดูแลตนเองของประชาชน ซึ่งระบบดูแลสุขภาพนี้ประกอบด้วยส่วนต่างๆ 3 ส่วน คือ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของแพทย์พื้นบ้าน ประชาชนจะรักษากลับไปกลับมาระหว่าง 3 ระบบ หรือบางครั้งจะรักษาพร้อมๆ กันตั้งแต่ 2-3 ระบบ ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 5 แนวคิดการดูแลสุขภาพของไคล์แมน (1980)

1) การดูแลสุขภาพในส่วนของประชาชน (Popular sector of health care) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด จะมีการให้ความหมายหรือการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานในแต่ละสังคมและการวินิจฉัยความเจ็บป่วยครั้งแรกพร้อมกับกิจกรรมการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นแห่งแรกด้วย ทั้งนี้ด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดา มิใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ ในส่วนนี้จะประกอบไปด้วยชุดของความคิดความเชื่อและพฤติกรรมหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4

ระดับ คือ 1. ผู้ป่วย 2. ครอบครัว 3. เครือข่ายทางสังคมผู้ป่วย (Social network) ได้แก่ ญาติ  
เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง 4. ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน

2) การดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional sector of health care) หมายถึง  
การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบวิชาชีพ มีการจัดองค์การที่เป็นทางการ บุคคลที่ทำการ  
รักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันไม่เพียงแต่แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น แต่ยังรวมถึง  
บุคคลอื่นๆ ด้วย เช่น พยาบาล ผดุงครรภ์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพและ  
ได้รับการรับรองโดยกฎหมาย แต่โคลด์แมนได้บันทึกไว้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์  
แผนโบราณอาจได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพในลักษณะ เช่น ในอินเดีย ซึ่งรัฐบาลได้ให้การ  
สนับสนุนและเป็นที่ยอมรับ แพทย์แผนปัจจุบันมีส่วนในการดูแลสุขภาพอนามัยน้อย ทั้งนี้ เพราะ  
แพทย์แผนปัจจุบันยังขาดแคลน ดังนั้นการดูแลสุขภาพอนามัยยังคงอยู่ในส่วนของประชาชนและ  
ส่วนของการรักษาแบบพื้นบ้าน

3) การดูแลสุขภาพในส่วนของกรแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector of health care) คำว่า  
หมอพื้นบ้านเป็นคำหนึ่งในหลายคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายถึงระบบการแพทย์ที่มีใช้การแพทย์  
แบบวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการแพทย์ที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมท้องถิ่นในภาษาอังกฤษ มีคำว่า  
Traditional/Folk/Indigenous/Local และ Ethnomedicine ในภาษาไทยมีคำว่า หมอแผนโบราณ  
หมอพื้นบ้าน หมอยากลางบ้าน และที่เริ่มใช้มากขึ้น คือ แพทย์ (หมอ) แผนไทย คำเหล่านี้มีการใช้  
ทั้งที่เป็นความหมายรวมและกับความหมายที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งหมอพื้นบ้านจะให้บริการรักษา  
นอกสถานบันสถานบริการที่เป็นทางการ โดยอาจจะเป็นการรักษาที่บ้านของเขาเองหรือไม่ก็ที่บ้าน  
ของผู้ป่วย บางส่วนให้บริการแบบนอกเวลา (Part time) บางส่วนมีการพัฒนา ความรู้และระบบ  
การให้บริการคล้ายวิชาชีพ บางส่วนมีสถานภาพที่ผิดกฎหมาย แต่ส่วนมากอยู่ในฐานะกึ่ง  
กฎหมาย (Kleiman, 1984 อ้างใน ทวีลาภ เดียวพาณิช และคณะ, 2538)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ มีปัจจัยต่างๆ มากมายที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและปัจจัย  
ในแต่ละด้านก็มีทั้งผลโดยตรงต่อสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมต่อสุขภาพ นอกจากนี้บางปัจจัยก็ยัง  
มีผลต่อกันและกัน เช่น วิถีชีวิตกับการทำงาน เป็นต้น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

สภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ หมายถึง รายได้ประชาชนในชาติต่อหัวต่อปี ซึ่งถ้า  
ประเทศใดมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ก็เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งว่า ประชาชนในชาตินั้นน่าจะมีสุขภาพดี

ตามไปด้วย เพราะนอกจากรัฐจะมีงบประมาณเพียงพอที่จะจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายในการป้องกันรักษา และส่งเสริมสุขภาพให้กับคนในชาติแล้ว ตัวประชาชนเองก็มีศักยภาพในการดูแลตนเองตามไปด้วย

สิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อันได้แก่ สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศ ธรรมชาติ ตลอดจนสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นและสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งได้แก่ วิธีการปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันของคน ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทั้งสุขภาพทางกายและจิตโดยตรงทั้งสิ้น เช่น ประชาชนที่อยู่ชุมชนเมืองจะมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ โรคทางเดินหายใจสูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท พนักงานที่ทำงานในองค์กรหรือบริษัทที่มีการแข่งขันสูงจะมีความเครียดและมีโอกาสเป็นโรคจิตมากกว่าพนักงานในบริษัทที่มีความเป็นกันเอง มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจกัน เป็นต้น

วัฒนธรรม หมายถึง วิธีของการแสดงออก เป็นพฤติกรรม เป็นขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อและค่านิยมที่สังคมเรียนรู้ต่อกันมา แม้วัฒนธรรมจะไม่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงเหมือนสิ่งแวดล้อม แต่วัฒนธรรมจะมีผลทางอ้อมต่อการดูแลสุขภาพสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมในการบริโภคอาหาร ผู้คนที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีอากาศหนาวจะนิยมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คนในภาคเหนือและภาคอีสานจะนิยมบริโภคลาบดิบมากกว่าคนในภาคใต้ ซึ่งจากวัฒนธรรมการบริโภคเหล่านี้จะส่งผลต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูงหรืออื่นๆที่ตามมาอีกมากมาย ซึ่งนอกจากวัฒนธรรมมีผลต่อการเจ็บป่วยแล้ว วัฒนธรรมจะมีผลต่อการรักษาสุขภาพด้วย โดยเฉพาะค่านิยมและความเชื่อ

ความเชื่อ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคน เพราะเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไรแล้ว ความเชื่อเหล่านั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้คนยึดถือ ประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งต่างๆเหล่านั้นไม่จำเป็นจะต้องอยู่บนพื้นฐานความจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ (Rokech, 1970:214) เมื่อบุคคลมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพอย่างไรก็จะแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสุขภาพไปตามนั้น

เนื่องจากความเชื่อในการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาเป็นทฤษฎี แล้วมีอยู่หลายแนวคิด เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับ

การยอมรับและนำมาศึกษาอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค (preventive behavior) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (sick role behavior) โดยเฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรค ทฤษฎีนี้อธิบายว่า บุคคลที่สามารถปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้นั้นต้องมีความเชื่อดังนี้ เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าเมื่อเกิดโรคจะทำให้เกิดความรุนแรง และมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือถ้าเป็นโรคแล้วจะลดความรุนแรงของโรคได้

ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเอง (Locus of Control : pender,1987) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน (internal locus of control) คือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสุขภาพเกิดจากการควบคุมตน บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (powerful others locus of control) คือ คนที่มีความเชื่อว่าสุขภาพอนามัยนั้นไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บุคคลเหล่านี้จะสนใจในการดูแลสุขภาพในเชิงบวก (positive health) น้อยกว่า เช่น เชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บไข้ได้ป่วยนั้น เป็นเพราะระบบการแพทย์ การสาธารณสุขดีกว่าการกระทำด้วยตนเอง

ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ (chance locus of control) เป็นความเชื่อที่ วอลตัน ได้แยกออกจากความเชื่ออำนาจผู้อื่น เนื่องจากยังมีคนอีกกลุ่มหนึ่งยังเชื่อว่า การเจ็บป่วยนั้นเป็นเรื่องของความบังเอิญ เป็นเรื่องของโชคชะตาที่แต่ละคนถูกกำหนดไว้แล้ว ฉะนั้นคนกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพต่างไปจากคนมนสองกลุ่มแรก อาจจะรักษาการเจ็บป่วยด้วยเวทมนต์คาถาหรือการบูชาเทพเจ้าที่เขาเชื่อและศรัทธา

ค่านิยม เป็นผลที่เกิดจากความเชื่อที่เห็นว่าถูกต้องและกำหนดเป็นมาตรฐานร่วมกันของคนในสังคมหรือชุมชน ทำให้ค่านิยมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติของคน ตลอดช่วงเวลาดิเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นระยะเวลาเพียงสั้นๆ หรือนานก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่เป็นฐานของค่านิยมนั้น เช่น ถ้าคนในสังคมมีความเชื่อว่า สุขภาพเป็นเรื่องของโรงพยาบาล สุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์และพยาบาล หรือการรักษาสุขภาพจะต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ก็จะทำให้คนหันกลับไปพึ่งพิงระบบการรักษา ให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมของประชาชนไทยในยุคนโยบายรักษาทุกโรคฟรีโดยใช้บัตรทอง

การศึกษา เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาสังคมทุกระบบอยู่แล้ว การศึกษามีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะพิจารณาจากการได้รับการศึกษาของคนทั้งในเชิงปริมาณ คือ จำนวนผู้ได้รับการศึกษามาก มีระดับการศึกษาสูง หรือพิจารณาในเชิงคุณภาพ คือ การศึกษาทำให้คนเกิดการเรียนรู้ เกิดปัญญา โดยเฉพาะปัญญาในการดูแลสุขภาพสุขภาพย่อมส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของคนในสังคมนั้น

การทำงาน ลักษณะการประกอบอาชีพ แต่ละอาชีพจะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือต่อการเจ็บป่วยต่างกัน เช่น อาชีพเกษตรกรกับอาชีพข้าราชการ จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน ดังตาราง

ตาราง 2 แสดงลักษณะอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

ลำดับ	อาชีพ	
	ข้าราชการ	เกษตรกร
1	หอบหืด ภูมิแพ้	เบาหวาน
2	กระดูกและข้อ	กระเพาะ
3	แผลในกระเพาะ	ไมเกรน
4	ความดันโลหิตสูง	ปวดหลัง
5	ริดสีดวงทวาร	ปวดข้อ

ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2543.

นอกจากอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพแล้ว อัตราการทำงาน และการว่างงานก็ยังมีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิต ซึ่งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยของร่างกายต่อไป

ที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพโดยตรง คือ ถ้าที่อยู่อาศัยตั้งอยู่ในทำเลที่เหมาะสม ห่างไกลจากภัยธรรมชาติ อยู่ในแหล่งที่มีการจัดการสุขาภิบาลดี สภาพบ้านเรือนมีความมั่นคง แข็งแรง สะอาด ปราศจากมลพิษ ย่อมส่งผลดีต่อผู้อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากอันตราย และห่างไกลจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งปวง

กระบวนการมีส่วนร่วม กล่าวว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การกระทำร่วมกันของบุคคล ในการพัฒนามี 2 ลักษณะ (ประพนธ์ ปิยรัตน์ 2543 : 17)คือ การมีส่วนร่วมเป็นมรรค

(Participation as a mean) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรค วิธีของการนำทรัพยากรทาง เศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว และการมีส่วนร่วม เป้าประสงค์ (Participation as a end) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรม ร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทำให้เกิดการ พึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการ แก้ปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น แม้โครงการ จะสิ้นสุดแล้วก็ตามแต่การมีส่วนร่วมก็ยังคงอยู่ตลอดไปทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวร และยั่งยืน

การมีส่วนร่วมของประชาชนของชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญ ซึ่งองค์การสหประชาชาติ ได้มีมติประกาศหลักการวิถึศวรรษที่สามของการพัฒนาระหว่างประเทศในปี 2543 ว่าเป้าหมายของการพัฒนาอยู่ ที่ความผาสุกของประชาชนทั้งมวลถ้วนหน้าโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการ กระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม การมีส่วนร่วม ถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้น พื้นฐานของประชาชนที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปการพัฒนา ที่จะพัฒนา คุณภาพชีวิตของตนเอง (อสิศรา ชูชาติ และคณะ, 2538:9)

จากแนวคิดต่าง ๆ สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาที่ ก่อให้เกิดความยั่งยืน และมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้น ในการ พัฒนาจึงมุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการให้อำนาจและพัฒนาศักยภาพในการ คิดค้นวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนด รูปแบบการพัฒนาตนเอง ชุมชนและท้องถิ่น

หลักการพัฒนาการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ๆ จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่ จำเป็นในการทำงานแบบมีส่วนร่วม คือ ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill) ทักษะ ในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร (Communication Skill) ทักษะในการทำงานเป็นทีม (Team Building Skill)

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และค้นหาศักยภาพของตนเองก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีพื้นฐานการศึกษาเพื่อปวงชน (Popular Education) การกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม จะต้องอาศัยกระบวนการกลุ่ม เป็นเทคนิคพื้นฐานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดและบรรลุเป้าหมาย ในการพัฒนา กระบวนการมี ส่วนร่วมมีเทคนิคหลากหลาย ซึ่งแต่ทุกเทคนิคมีเป้าหมายอันเดียวกัน คือ

การพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาตนเอง ครอบคลุม ชุมชน และสังคมโดยรวม ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม(Participatory Rural Appraisal ,PRA) 2)กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์(Appreciation Influence Control ,AIC) 3) กระบวนการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference)

กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal , PRA) ดุสิต ดวงสา และคณะ (2535) กล่าวว่า กระบวนการ Participatory Rural Appraisal ,PRA เป็นกระบวนการที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชี้วัดปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้โดยผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไป กระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย

กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control AIC) กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม เป็นการระดมพลังสมองเพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ เป็นการประชุมระดมสมองที่ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชี้ดจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของคนทุกคนของสุชศึกษา (2544)ให้ความหมายว่า

**A - Appreciation** คือ การยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกของเพื่อนสมาชิก เข้าใจ ข้อจำกัดของแต่ละคน ไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

**I –Influence** คือ การใช้ประสบการณ์/ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

**C -Control** คือ การนำยุทธศาสตร์ วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะประเมินว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดและรับไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจเกิดเป็นพันธสัญญา ข้อผูกพันแก่ตนเอง เพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

บุคคล/กลุ่มคนมีความคิดความเข้าใจกันคนละทิศทาง มุ่งมั่นและปฏิบัติกันไปคนละอย่าง แต่ผลที่เกิดขึ้นกระทบและมีอิทธิพลต่อกัน (Influence) หากไม่มีการควบคุม (Control) จะไม่เกิดความพอใจและไม่เห็นคุณค่า (Appreciation) (ประเวศ วะสี, 2542: 8) ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2542:8) ให้แนวคิดว่า 1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องเดียวกัน (Stakeholder) ต้องกำหนดความประสงค์ร่วมกันก่อน ต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ มีความปรารถนาดีและเป็นมิตร เคารพความเห็นของกันและกันให้เกิดความพอใจเสียก่อน 2. ต้องร่วมกันหากวิธีให้บรรลุความประสงค์ด้วยการริเริ่มคิด วิเคราะห์ แยกแยะด้วยปัญญา และการแลกเปลี่ยนข้อเห็นกัน โดยไม่ยึดติดกับกรอบแนวทางที่ตนคุ้นเคย จึงจะได้วิธีการที่สำคัญ มีพลัง มีประสิทธิภาพ 3. ต้องทำแผนปฏิบัติการระบุว่าจะทำอะไร เพื่อให้ได้อะไร มีเหตุผลอย่างไร ใครรับผิดชอบ ใครร่วมมือ ติดตามประเมินผลอย่างไร มีอะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทรัพยากรได้จากไหน 4. การปฏิบัติตามแผน ความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ 5. มีการติดตามผล เรียนรู้ ปรับปรุงภารกิจ จากประสบการณ์ที่ทำงาน

หลักการที่สำคัญของการทำ AIC 1) ผู้ทำงานต้องยอมรับว่าผู้อื่นก็มีขีดความสามารถ มีของดี ถ้าเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น 2) เคารพความคิดเห็นของกันและกัน 3) ต้องทำงานเป็นระบบ โดยอาศัยสถิติ ข้อมูลจากนักวิชาการ และประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้น ๆ ร่วมกันคิด ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำ AIC เป็นการพัฒนาค้นให้มีทักษะชีวิตไปพร้อมกัน อันเป็นคุณลักษณะของคนพัฒนาพร้อมกับได้แผนงานโครงการ เป็นการระดมความคิดสร้างสรรค์ ทำได้ผล แม้ว่าพื้นฐานความรู้และวิถีชีวิตต่างกันมาก การประชุมด้วยวิธีนี้เป็นประจำ คนจะรู้ถูกรู้ผิด และปรับปรุงตนเองจากการกระทำอันเป็นทักษะของคนพัฒนาแล้ว เลิกการท่องจำและทำตามสั่งของประธานแบบคนด้อยพัฒนา ผลการประชุม คือ ภารกิจของทุกคนที่ตนได้นำเสนอ และเลือกกิจกรรมไว้ ร่วมกันเป็นการสร้างความรับผิดชอบที่จะนำไปทำตามตามบทบาทหน้าที่ของตน ถ้าสร้างจิตสำนึกนี้ได้ งานจะไม่ซ้ำซ้อน ไม่ขาดไม่เกิน ได้งานจากความเชี่ยวชาญของแต่ละคนมาร่วมกันทำในเรื่องเดียวกัน สู้วิสัยทัศน์เดียวกัน ผลงานเป็นของทุกคน ทำตามบทบาทหรือศักยภาพของตนเอง

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ (2541 :27-28) เสนอสรุปงานวิจัยและกรณีศึกษาจากทั่วโลกไว้ว่า วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติให้หลักฐานยืนยันว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพจริง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและ

สภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุซึ่งความเสมอภาคทางสุขภาพยิ่ง ๆ ขึ้น และการนำกิจกรรม 5 ข้อของ “กฎบัตรออกตาวา” มาผนวกใช้จะได้ผลสัมฤทธิ์มากกว่านำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมาใช้แบบแยกส่วน การส่งเสริมสุขภาพที่เริ่มจากฐานของชุมชนจะเปิดโอกาสให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างเบ็ดเสร็จ การเรียนรู้ด้านสุขภาพเป็นบ่อเกิดของการมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อนุวัฒน์ ศุภกิจชุตติกุล และคณะ (2541) ได้สรุปสถานการณ์และบทบาทการส่งเสริมสุขภาพนอกภาครัฐ จากการศึกษาวิเคราะห์ บทบาท กลไก และยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพขององค์กรชุมชนโดยการสำรวจ และกรณีศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม/องค์กรที่มี เป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ พบว่า แม้จุดเริ่มต้นของการ ส่งเสริมสุขภาพมีที่มาแตกต่างกัน แต่เมื่อเกิดการรวมตัวและมีกิจกรรมร่วมกันแล้วก็สามารถขยายเป้าหมายไปสู่การเน้นการส่งเสริมสุขภาพได้ เพราะมีแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับชุมชนและให้ ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มหลายกลุ่มเริ่มจากปัญหาสุขภาพตนเอง จึงเกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือสนับสนุนให้เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถพัฒนาสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ สร้างเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพ และแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ ภาคเอกชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง

ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาเชิงมานุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตอย่างมีส่วนร่วมที่บ้านผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร และการใช้ยารักษา ความเชื่อในเรื่องการไม่หายจากโรค การรับรู้ถึง

ประโยชน์ อุปสรรคในการรักษาและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยกำหนด พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการใช้ยา รักษา การรับรู้ในเรื่องความรุนแรงของโรคมีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร และยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายนอกจาก ออกแรงในที่ทำงานเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้ว่า การออกกำลังกายจะเป็นการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวนา กิริติยติวงศ์ (2537) ศึกษาวิจัยเรื่อง การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย เบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในผู้ป่วย จำนวน 30 ราย ในระยะเวลา 4 เดือนพบว่า หลังจากการส่งเสริมการดูแลตนเองครบ 4 เดือนแล้ว ผู้ป่วยมี ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำกว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับสูงกว่าเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติโดย มีปัจจัยซึ่งมีปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวาน ภาวะสุขภาพ นิสัยประจำตัว ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบครอบครัวสภาพ สังคมและทัศนคติของคนในสังคมต่อโรคเบาหวานและระบบบริการสุขภาพ

การที่ครอบครัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ประการทั้งที่เป็นปัจจัยภายในครอบครัวเอง และปัจจัยภายนอกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้อง (Pushkar, et al., 2000, p.361-374) เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำคือ สิ่งที่เป็นพื้นฐานอยู่ภายในครอบครัว เช่น ความรู้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเชื้อคือ สิ่งที่เชื้อให้ครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการ ปฏิบัติพฤติกรรมและความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยเสริมคือ การได้รับข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการมีแบบอย่างจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

พรพนทิพย์ หมื่นรักษ์ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชน ตำบลหน้าถ้ำ อําเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 330 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่ม ตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับ ปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ รายได้และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ชลดา พิฑูรย์ (2548) ได้ศึกษาเรื่อง “ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ” โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลในโรงพยาบาล จำนวน 244 คน จปปริญญาตรี มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อายุราชการ 6-10 ปี ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม แหล่งข้อมูลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ การจัดการความเครียด การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การปฏิบัติเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การรับประทานอาหาร การใช้ยาและสารเสพติด ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา หน่วยที่ปฏิบัติ อายุราชการ รายได้ จำนวนบุคคลที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู ปัจจัยที่ไม่มีผล ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ในการศึกษาผู้สูงอายุไทยของอรุวรรณ ฉ่ำชื่น (2541) ซึ่งศึกษาการถดถอยจากสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า กลุ่มที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในทางถดถอยจากสังคมได้ดี เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาดี มีอาชีพที่เป็นทางการ เช่น รับราชการและอยู่ในเขตเมือง ส่วนกลุ่มที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตในทางถดถอยจากสังคมได้น้อย คือ กลุ่มที่เรียนน้อย มีอาชีพเกษตรกรรมและอยู่ในชนบท โดยปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีผลต่อการยอมรับการถดถอยจากสังคมได้ดี คือ การที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ มีความเชื่ออำนาจในตนเองมากกว่าอำนาจนอกตนเอง มีสุขภาพดีและมีรายได้มาก ซึ่งการถดถอยจากสังคมได้ดีนี้ หากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามาก จะมีผลไปถึงการมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย ซึ่งในขณะเดียวกัน จากงานวิจัยเรื่องเดียวกันชี้ให้เห็นว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการถดถอยจากสังคม และไม่มีผลไปถึงความพึงพอใจในชีวิตเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมทางศาสนามีค่าเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุสูงกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงอาจจะชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสนใจจะร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่ากิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย

ไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชมรมจัดขึ้น เช่น การบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย และ

เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้มีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ได้รับความเพลิดเพลิน สร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกาย ได้ทำ กิจกรรมร่วมกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน รู้สึกเป็นหมู่คณะเดียวกัน ได้ระบายความคับข้องใจเมื่อมีปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสบายใจ มีสุขภาพจิตดีและผู้วิจัยยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิต พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง

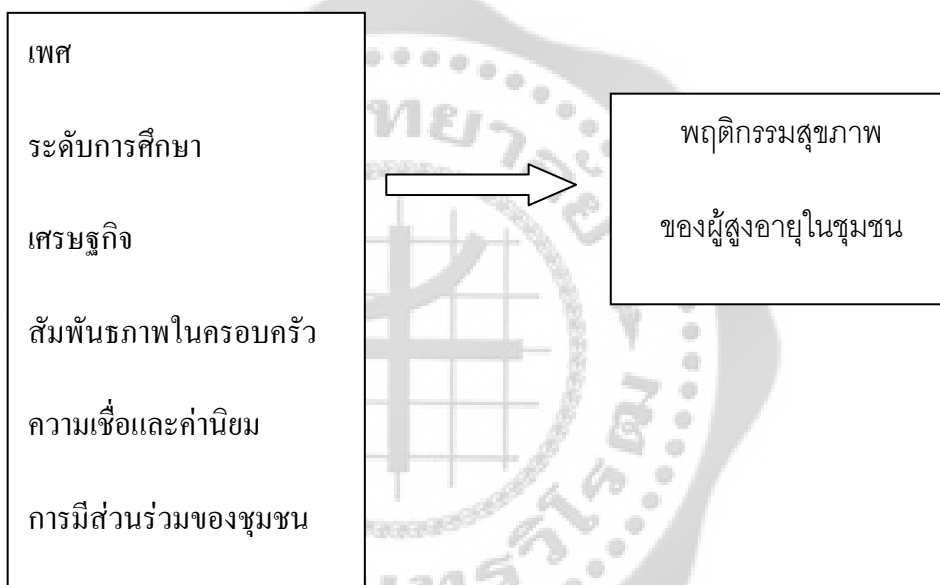
Brown, 1988,p.15-17 มีการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองนำไปสู่การสร้างความร่วมมือของบุคคลและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม(Ryn & Heaney, 1997 : Zimmerman.et al., 1997, p.177 – 188 ) ดังนั้นการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ 2. การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health prevention) เป็นกิจกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ทูพพลภาพ สิ่งที่เป็นอุปสรรคหรือสภาพการณ์อื่น ๆ ที่ไม่ต้องการ

ดุสิต ดวงสา และคณะ (2535) กล่าวว่า กระบวนการ Participatory Rural Appraisal ,PRA เป็นกระบวนการที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชีวิตปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้โดยผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไป กระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย

ผลการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชน และคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุชุมชนที่เข้มแข็ง ชาวบ้านมีความร่วมมือกันให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง การมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ลูกหลานยังอาศัยอยู่ร่วมกัน ดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุดและหากมีองค์กรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขทุกข์ของประชาชน ทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ เข้าถึงปัญหา รู้วิธีการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสจะมีโอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้มากพอสมควร

## 2.6 กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสนใจนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน นำมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้



ภาพ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิจัยแบบผสมผสานวิธี(mixed methodology) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยศึกษาควบคู่กันไปดังนี้

1) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative approach) เป็นวิธีการนำเสนอข้อมูลในเชิงปริมาณได้ทุกระดับที่ศึกษา และสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรออกเป็นตัวเลขอย่างชัดเจน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบและยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2) วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative approach) ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ตลอดจนรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในการตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถตอบได้ เนื่องจากการวิจัยเชิงปริมาณอาศัยข้อมูลสถิติตัวเลขเป็นหลักทำให้ขาดรายละเอียดในเชิงลึกในบางแง่มุม จึงต้องอาศัยข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีข้อเสนอแนะกับการวิจัยมาวิเคราะห์ร่วมด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึก (indepth interviewd) เพื่อสนับสนุนการวิจัยเชิงปริมาณ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(purposive sampling) เป็นการศึกษาค่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 ประชากรเป้าหมายสำหรับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ที่มีคุณสมบัติดังนี้



การใช้สถิติวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟา (coefficient alpha) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการใช้สถิติวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ของครอนบัท (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.98

การสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการได้ข้อมูลที่เปิดกว้างตามความรู้ความสามารถของผู้ตอบ ซึ่งเป็นผู้ที่รอบรู้เกี่ยวกับโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยชุมชน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้รอบรู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสัมภาษณ์แบบเป็นมาตรฐานหรือแบบมีโครงสร้าง (standardized interview หรือ structured interview) ได้แก่

(ก) กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์เจาะลึกไว้ล่วงหน้า

(ข) ใช้การสัมภาษณ์กึ่งการสนทนาเพื่อสร้างความเป็นกันเองไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกว่าคุณบังคับให้ตอบ และให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

(ค) จัดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ พร้อมใช้เครื่องบันทึกเสียงบันทึกการสนทนาเพื่อจะได้กลับมาทบทวน จากนั้นจะรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสนับสนุนข้อค้นพบ

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากโรงพยาบาลชลประทานไปยังนายกเทศมนตรีเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี และ ประธานชุมชน ทั้งสามชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองได้อธิบายถึงจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยเริ่มเก็บแบบสอบถามตั้งแต่กรกฎาคม 2554-ตุลาคม 2554

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์เจาะลึก ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนชุมชนละ 6 ราย รวม 3ชุมชน เป็น 18 ราย เพื่อนำมาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก

## 5. เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามด้วยโปรแกรมSPSS

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้แก่การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง และ ใช้การวิเคราะห์ถดถอย Regression Analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

(1) การลดทอนข้อมูล (data reduction) ผู้วิจัยได้เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก อสม จำนวน 2 คน . คณะกรรมการชุมชน จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครอบครัว จำนวนชุมชนละ 6 รายการรวม 3ชุมชน เป็น 18 รายการ โดยใช้วิธีการลดทอนข้อมูลให้เหลือเฉพาะประเด็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

(2) การจัดระเบียบข้อมูล (data display) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ทำการลดทอนข้อมูลแล้วมาจัดระเบียบข้อมูลเป็นหมวดหมู่เพื่อช่วยให้สะดวกในการทำความเข้าใจโดยจำแนกข้อมูลตามองค์ประกอบปัจจัยต่างๆในประเด็นที่ต้องการศึกษาในรูปแบบตาราง

(3) การหาข้อสรุปและตีความ (conclusion interpretation) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยพิจารณาความสอดคล้องและความแตกต่างของข้อมูลที่ได้จากการจัดระเบียบข้อมูล หาข้อสรุป และตีความในรูปแบบการพรรณนา

(4) การสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการสรุปและตีความมาประกอบในการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อค้นหาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำไปสู่กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 1.การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยยึดวัตถุประสงค์และสมมติฐานเป็นหลัก แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้แก่

2.1 เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยปัจจัย ด้านเพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อและค่านิยม และการมีส่วนร่วมในชุมชน

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สถานภาพทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	45	30.0
หญิง	105	70.0
อายุ 60-70 ปี	102	68.0
71-80 ปี	39	26.0

81 ปีขึ้นไป	9	6.0
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	17	11.3
สมรส	82	54.7
หม้าย/หย่า/แยก	51	34.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	14	9.3
ประถม	71	47.3
มัธยม	28	18.7
อาชีวะ	17	11.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	20	13.3
<b>รายได้</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	117	78.0
10,000-20,000 บาท	15	10.0
มากกว่า 20,000 บาท	18	12.0
<b>แหล่งรายได้</b>		
รัฐบาล	63	42.0
บุตร-ญาติ	47	31.3
อื่นๆ	40	26.7
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย</b>		
อยู่คนเดียว	12	8.0
อยู่กับสามี/ภรรยา	23	15.3
อยู่กับสามี/ภรรยา ลูกและหลาน	102	68.0
อยู่กับญาติ/เพื่อน	13	8.6

<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	50	33.3
เบาหวาน	14	9.3
ความดันฯ	42	28.0
เบาหวานและความดันฯ	17	11.3
โรคหัวใจ	6	4.0
ปวดเข่าและอื่นๆ	21	14.0
<b>การเข้าร่วมกิจกรรม</b>		
เข้าร่วม	27	18.0
ไม่เข้าร่วม	123	82.0

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 68 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 26 และมีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 6 มีสถานภาพ เป็นสมรสคิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก และโสดคิดเป็นร้อยละ 34.0 และ ร้อยละ 11.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาร้อยละ 18.7 และจบสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 24.6 ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 9.3 และแหล่งของรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมาคือรายได้จากบุตร-ญาติคิดเป็นร้อยละ 31.3 และมาจากแหล่งอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 26.7 (รับจ้างทั่วไป) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/ลูก/หลาน) คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมาอยู่กับสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 15.3 อยู่กับญาติ/เพื่อน ร้อยละ 8.6 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่โรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 66.7(ความดันฯ มากที่สุด ร้อยละ 28.0 รองลงมา เบาหวานและความดันฯ คิดเป็นร้อยละ 11.3 เบาหวาน ร้อยละ 9.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ปวดเข่าและอื่นๆ ร้อยละ 14.0 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนคิดเป็นร้อยละ 82.0

ตอนที่ 2 ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย

ข้อ 1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	50	33.3
เบาหวาน	14	9.3
ความดันฯ	42	28.0
เบาหวานและความดันฯ	17	11.3
โรคหัวใจ	6	4.0
ปวดเข่าและอื่นๆ	21	14.0

จากตาราง 4 พบว่าผู้สูงอายุในชุมชน มีปัญหาทางด้านสุขภาพ คือ มีโรคประจำตัว จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 โรคเบาหวาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 โรคหัวใจ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ปวดเข่าและอื่นๆ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
สัมพันธภาพในครอบครัว	3.84	0.89	ดี
ความเชื่อค่านิยม	3.94	0.83	ดี
การมีส่วนร่วมกับชุมชน	3.62	0.97	ดี
พฤติกรรมสุขภาพ	3.69	0.53	ดี

จากตาราง 5 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อและค่านิยมทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94) สัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84) พฤติกรรม

สุขภาพอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69) และการมีส่วนร่วมกับชุมชน อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62)

ข้อ 2 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อและค่านิยม การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 1** เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ตาราง 6 เพศกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	เพศ				Chi Sq (Sig)
	ชาย		หญิง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	4	8.9	12	11.4	0.237 (0.888)
ปานกลาง	25	55.6	58	55.2	
ดี	16	35.6	35	33.3	

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไม่มีนัยสำคัญ (Chi Sq >.05) หรือกล่าวได้ว่า เพศกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 2** ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ตาราง 7 ระดับการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการศึกษา						Chi Sq (Sig)
	ไม่ได้เรียน		ประถม		มัธยมขึ้นไป		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	5	35.7	8	11.3	3	4.2	12.001 (0.017)
ปานกลาง	6	42.9	40	56.3	37	56.9	
ดีมาก	3	21.4	23	32.4	25	38.9	

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.017 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อ 3 เศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ตาราง 8 เศรษฐกิจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	เศรษฐกิจ				Chi Sq (Sig)
	น้อยกว่า 10,000 บาท		มากกว่า 10,000 บาท		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	14	12.0	2	6.1	8.037 (0.018)
ปานกลาง	70	59.8	13	39.4	
ดีมาก	33	28.2	18	54.5	

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์พบว่า เศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.018 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อ 4 สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ตาราง 9 สัมพันธภาพในครอบครัว กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	สัมพันธภาพในครอบครัว						Chi Sq (Sig)
	น้อย		ปานกลาง		มาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	11	39.3	2	4.9	3	3.7	45.946 (0.000)
ปานกลาง	15	53.6	31	75.6	37	45.7	
ดีมาก	2	7.1	8	19.5	41	50.6	

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000 สอดคล้องกับ สมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อ 5 ความเชื่อและค่านิยม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชุมชน

ตาราง 10 ความเชื่อและค่านิยม กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	ความเชื่อและค่านิยม						Chi Sq (Sig)
	น้อย		ปานกลาง		มาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	0	0	7	12.1	9	11.8	7.588 (0.108)
ปานกลาง	8	50.0	27	46.6	48	63.2	
ดีมาก	8	50.0	24	41.4	19	25.0	

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเชื่อและค่านิยม ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไม่มีนัยสำคัญ ( $Chi Sq > .05$ ) หรือกล่าวได้ว่า ความเชื่อและค่านิยมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกัน ไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อ 6 การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชุมชน

ตาราง 11 การมีส่วนร่วมของชุมชนกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม สุขภาพ	การมีส่วนร่วมของชุมชน						Chi Sq (Sig)
	น้อย		ปานกลาง		มาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	8	22.9	8	16.0	0	0	23.514 (0.000)
ปานกลาง	20	57.1	31	62.0	32	49.2	
ดีมาก	7	20.0	11	22.0	33	50.8	

จากตาราง 11 ผลการวิเคราะห์พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ” พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจในการอภิปรายผลดังนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

1.1 เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 68 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 26 และมีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6 มีสถานภาพสมรส เป็นสมรส คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมาหม้าย/หย่า/แยก และโสด คิดเป็นร้อยละ 34.0 และ ร้อยละ 11.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.3 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 18.7 และจบสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 24.6 ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 9.3 และแหล่งของรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมาคือรายได้จากบุตร-ญาติคิดเป็นร้อยละ 31.3 และมาจากแหล่งอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 26.7 (รับจ้างทั่วไป) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/ลูก/หลาน) คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมาอยู่กับสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 15.3 อยู่กับญาติ/เพื่อน ร้อยละ 8.6 และอยู่คนเดียวร้อยละ 8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่โรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 66.7(ความดันฯ มากที่สุด ร้อยละ 28.0 รองลงมา เบาหวานและความดันฯ คิดเป็นร้อยละ 11.3 เบาหวาน ร้อยละ 9.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ปวดเข่าและอื่นๆ ร้อยละ 14.0 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 82.0

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69) และพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.7 ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.0 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.0 ปวดเข่าและอื่นๆ ร้อยละ 14.0

ผู้สูงอายุมีความเชื่อและค่านิยมทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94) สัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69) และการมีส่วนร่วมกับชุมชน อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62)

1.2 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อและค่านิยม การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชน ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 1** เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไม่มีนัยสำคัญ (Chi Sq >.05) หรือกล่าวได้ว่า เพศกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 2** ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.017 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 3** เศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.018 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 4** สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 5** ความเชื่อและค่านิยม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ความเชื่อและค่านิยม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไม่มีนัยสำคัญ (Chi Sq >.05) หรือกล่าวได้ว่า ความเชื่อและค่านิยมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

**สมมติฐานข้อ 6** การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

## 2. อภิปรายผล

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะ เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเลย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ สุลี ทองวิเชียร และพิมลพรรณ ศิลปะสุวรรณ (2530: 62) ซึ่งได้ ศึกษาการดูแลรักษาตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้หญิง(ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534) และพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง (ชลลดา คล้ายคลึง, 2545 )และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2539)ซึ่งขัดแย้งกับการวิจัยของ มุขแลนแคมป์ ( Muhlenkamp, 1986) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ชูติกาญจน์ ฉัตรรุ่งและนพนันท์ สิงห์ลาว. (2545)พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงจิตต์ นະนัณวัฒน์ (2550) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุลี ทองวิเชียร และพิมลพรรณ ศิลปะสุวรรณ (2530: 62) ได้ ศึกษาการดูแลรักษาตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ดุชนีย์ สุวรรณคง และอรพิน ทิพย์เดช ( 2546 ) พบว่าระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ ( 2537) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันและ ชลลดา คล้ายคลึง ( 2545 ) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานมีนัยสำคัญ ลัสค์ และคณะ ( Lusk and Other,1995 อ้างถึงใน ดุชนีย์ สุวรรณคง, 2546 ) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจ(รายได้)สูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจ(รายได้)ต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของรจนารถ รวงลือ '(2536) ได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปัจจัยพื้นฐาน พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ ดวงจิตต์ นะ นัแก้วฉน์ (2550) พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ อริสา จิตต์วิบูลย์ (2547) ศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $X = 74.8$ ) โดย รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับงานวิจัย ของชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่งและนพนันท์ สิงห์ลาว. (2545) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พรรณทิพย์ หมั่นรักษ์ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 330 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองจะมีความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

ความเชื่อและค่านิยม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ความเชื่อและค่านิยม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไม่มีนัยสำคัญ การที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลของการกระทำของตนเองหรือได้รับอิทธิพลอำนาจมาจากที่อื่นหรือผลของโชคชะตา ถ้าบุคคลเชื่อว่าการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นจากอำนาจภายในตนเองมากกว่าอำนาจภายนอกตนเองจากการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านผู้เกิด การรับรู้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Pender,1987)

การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดวงจิตต์ นะ นัแก้วฉน์ (2550) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับ ศรีเรือน แก้วกังวาล

(2530:255) ผู้สูงอายุจึงต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ทั้งวัยเดียวกันและต่างวัย นอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้อง แม้ว่าศูนย์กลางของสัมพันธภาพทางสังคม จะเน้นในครอบครัวก็ตาม การร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษและงานอดิเรกเป็นหนทางสร้าง ความสัมพันธ์กับบุคคลด้วย

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

3.1.1 ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย

3.1.2 ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมในครอบครัว ให้สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น

3.1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีโครงการไปเยี่ยมครอบครัวของผู้สูงอายุ

3.1.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพ

#### 3.2 ข้อเสนอแนะงานวิจัย

การศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการปรับปรุงศึกษาเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

3.2.1 ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประเภทของครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลที่ละเอียดครอบคลุม ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

3.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของ ผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มทางสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแล สุขภาพของตนเองอย่างชัดเจนต่อไป

### บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). **ปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
2. กองแผนและงบประมาณ อบจ.นนทบุรี." ข้อมูลด้านสังคม. สืบค้นข้อมูล 9/03/2554, <http://www.plannontpro.go.th>)
3. ไฉไล ไชยเสวี, ร.ต.อ., **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคมความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2539.
4. สุระเกียรติ อาชานานุภาพ. (2541). **วิวัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์ จำกัด.
5. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, **แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ**. รายงานการวิจัยสถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
6. ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง**. งานวิจัยร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
7. อรวรรณ ฉ่ำชื่น, **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตอันเกิดจากภาวะถดถอยจากสังคมและการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชาวพุทธ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2541.
8. วันดี โภคะกุล, 2548, หน้า 111-123 **มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ**, กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
9. สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). **การส่งเสริมสุขภาพ**. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์: นครศรีธรรมราช.
10. บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

11. รจนารถ ร่วงลือ. (2536). **การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. วรธรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ. (2543). การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. **รายงานการวิจัย**. ฝ่ายอบรมอนามัยในบ้าน สำนักงานสภากาชาดไทย.
13. ศรีเวื่อน แก้วกั้งวาล. (2534). ลักษณะทางสังคม 4 ประการในผู้สูงอายุไทยและอเมริกัน. **พยาบาลสาร**. 18, 13.
14. สาธารณสุข กระทรวง. (2541). **คู่มือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช.
15. อุบล เลี้ยววาริณ (2534 : อ้างใน [www.ednet.kku.ac.th](http://www.ednet.kku.ac.th) ออนไลน์ วันที่ 8 สิงหาคม 2554
16. กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ [http:// eduhealth. moph. go.th/ indextechno. htm](http://eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm) ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554
17. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ .(2529). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
18. ชลธิชา วังวิเวก. “**ความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ**.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
19. ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
20. ชลลดา คล้ายคลึง, 2545. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในตำบลตลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 2545.

21. ศิริมา วงศ์แหลมทอง.(2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
22. กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549)**. นนทบุรี: กองสาธารณสุข ภูมิภาค, 2545.
23. ธรากร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. **“พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.”** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรและเทคโนโลยีมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 2550.
24. กุลยา ตันติผลาชีวะ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: เจริญกิจ, 2524.
25. สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
26. อรชร ไททวิ. **“ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี.”** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหา บัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2548.
27. กระทรวงมหาดไทย. **ทะเบียนสถิติผู้สูงอายุ (พ.ศ.2552)**. ขอนแก่น: กรมการปกครอง, 2553.
28. เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. **การรักษาสุขภาพ ในวัยสูงอายุ**. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2548.
29. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541 : 17 <http://www.eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm> ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554
30. Brown, M. (1988). *Nursing assistants' behavior toward the institutionalized elderly*. *QRB Qual Rev Bull*, 14(1), 15-17.
31. Pushkar, D., Basevitz, P., Arbuckle, T., Nohara-LeClair, M., Lapidus, S., & Peled, M. (2000). *Social behavior and off-target verbosity in elderly people*. *Psychol Aging*, 15(2), 361-374.
32. Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in nursing practice*. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
33. \_\_\_\_\_. (1996). *Health Promotion in nursing practice*. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
34. Orem, E.D. *Nursing : Concepts of Practice* . 2 nd ed. New York : Mc Graw Hill , 1985.
35. \_\_\_\_\_. *Nursing : Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis : Mosby, 1991.



**แบบสอบถามเพื่อการวิจัย**  
**บุพปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน**  
**จังหวัดนนทบุรี**

**คำชี้แจง** 1.แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อ วิถีชีวิต และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ  
 สุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในชุมชน ในลักษณะต่างๆ ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด ดี  
 หรือไม่ดี ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดตาม  
 ความเป็นจริง เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

2. แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

- |          |                                             |
|----------|---------------------------------------------|
| ตอนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล                    |
| ตอนที่ 2 | แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว               |
| ตอนที่ 3 | แบบสอบถามความเชื่อและค่านิยม                |
| ตอนที่ 4 | แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน              |
| ตอนที่ 5 | แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน |

ขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวสิริมา วาสิน)

พยาบาลชำนาญการพิเศษ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชลประทาน

เลขที่

--	--	--

ชุดที่ 1

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด  
อ.ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามนี้ สำหรับ ผู้สูงอายุ  
2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  และเติมคำในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

3.แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

- |          |                                             |
|----------|---------------------------------------------|
| ตอนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล                    |
| ตอนที่ 2 | แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว               |
| ตอนที่ 3 | แบบสอบถามความเชื่อและค่านิยม                |
| ตอนที่ 4 | แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน              |
| ตอนที่ 5 | แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน |

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่  
 อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า  อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า  
ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้.....บาท/เดือน แหล่งรายได้.....

6. เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเป็นสมาชิกกลุ่ม.....ตำแหน่ง.....

7. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

- อยู่คนเดียว                       อยู่กับสามี/ภรรยา  
 อยู่กับลูกและหลาน             อยู่กับสามี ภรรยา ลูกและหลาน  
 อยู่กับญาติ                         อยู่กับพี่น้องร่วมสายโลหิต  
 อื่น ๆ ระบุ.....

8. โรคประจำตัว  ไม่มี                       มี ระบุ.....



## ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

**คำชี้แจง** ท่านเห็นว่าในครอบครัวของท่านมีสถานการณ์ต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุคะแนน

ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน

ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยมาก ให้คะแนน 4 คะแนน

ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน

โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เป็นความรู้สึกเห็นด้วย ในระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รายการข้อความ	ระดับรู้สึกเห็นด้วย				
	1	2	3	4	5
	น้อยที่สุด ← → มากที่สุด				
1.ท่านรับประทานอาหารพร้อมกับสมาชิกภายในครอบครัว					
2.ท่านร่วมไปเที่ยวกับสมาชิกในครอบครัว					
3.ท่านร่วมจัดกิจกรรมต่างๆกับครอบครัว เช่น ไปวัด ไปซื้อปิ้ง เป็นต้น					
4.ท่านร่วมปรึกษาหารือเรื่องต่างๆกับสมาชิกในครอบครัว					
5.ท่านร่วมให้ความช่วยเหลือกับบุตรหลาน เช่น การเลี้ยงดูอบรมให้การดูแลความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน					
6.ทุกคนในครอบครัวรักเอาใจใส่ท่าน					
7.ทุกคนในครอบครัวยอมรับความสามารถของท่าน					
8.ทุกคนในครอบครัวไม่ทอดทิ้งท่าน					
9.คนในครอบครัวเคยกอดท่าน					
12.คนในครอบครัวใช้คำพูดที่ดีต่อท่าน					
13.ทุกคนในครอบครัวร่วมกันต่อสู้แก้ปัญหาด้วยกัน					
14.ทุกคนในครอบครัวคอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน					
15.ทุกคนในครอบครัวมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน					
16.ทุกคนในครอบครัวเป็นที่พึ่งพิงได้					
17. ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวในการกินอาหารที่มีประโยชน์					

18.ท่านได้รับการดูแลเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากครอบครัว					
19.ท่านได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพจากครอบครัว					

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อค่านิยม

**คำชี้แจง** ท่านคิดว่าท่านมีความเชื่อค่านิยม ดังในสถานการณ์ต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุคะแนน

ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน

ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยมาก ให้คะแนน 4 คะแนน

ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เป็นความรู้สึกเห็นด้วย ในระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รายการข้อความ	ระดับรู้สึกเห็นด้วย				
	1	2	3	4	5
	น้อยที่สุด		←————→ มากที่สุด		
1.เมื่อสมาชิกในครอบครัวเป็นแผลหรือผ่าตัด จะงดรับประทาน ไข่ ถั่ว หน่อไม้ ข้าวเหนียว เชื่อว่าเป็นของแสลง					
2.ครอบครัวของท่านกินยาต้องเหล้าบำรุงร่างกาย					
3.หลังการคลอดบุตรสมาชิกในครอบครัวของท่านหรือญาติต้องกินข้าวกับเกลือ เท่านั้น					
4.หลังการคลอดบุตรสมาชิกในครอบครัวของท่านหรือญาติต้องกินข้าวกับปลา เท่านั้น					
5.หลังการคลอดบุตรสมาชิกในครอบครัวของท่านหรือญาติห้ามกินผัก สีเขียว ทุกชนิด					

#### ตอนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมกับชุมชน

**คำชี้แจง** ท่านคิดว่าท่านมีส่วนร่วมกับชุมชน ดังในสถานการณ์ต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุคะแนน ถ้าท่านมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าท่านมีส่วนร่วมน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน ถ้าท่านมีส่วนร่วมปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน ถ้าท่านมีส่วนร่วมมาก ให้คะแนน 4 คะแนน ถ้าท่านมีส่วนร่วมมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เป็นความรู้สึกเห็นด้วย ในระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รายการข้อความ	ระดับรู้สึกเห็นด้วย				
	1	2	3	4	5
	น้อยที่สุด ← → มากที่สุด				
1.ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองกับเพื่อนบ้าน					
2.ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ดี					
3.ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน					
4.ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง					
5.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่างๆในชุมชน					
6.ท่านเป็นคนที่อยู่ในชุมชนยอมรับนับถือ					
7.ท่านให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพแก่เพื่อนบ้าน					
8.ท่านร่วมอาสาพัฒนางานของชุมชน					
9.ท่านให้การช่วยเหลือ อสม.ในชุมชน					

**ตอนที่ 5** แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

**คำชี้แจง** ท่านรู้สึกเห็นด้วยพฤติกรรมการสุขภาพ ในสถานการณ์ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดระบุคะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยมาก ให้คะแนน 4 คะแนน ถ้าท่านรู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เป็นความรู้สึกเห็นด้วย ในระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รายการข้อความ	ระดับรู้สึกเห็นด้วย				
	1	2	3	4	5
	น้อยที่สุด ← → มากที่สุด				
1.ท่านไม่รับประทานอาหารเช้า					
2.ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหารเช้า					
3.การรับประทานอาหารเช้าภายในครอบครัวใช้ช้อนกลาง					
4.ท่านชอบเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม					
5.ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ เป็นประจำ					
6.โดยปกติอาหารที่ท่านรับประทานมีผักเป็นส่วนประกอบของอาหาร					
7.ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ เป็นประจำ					
8.ท่านล้างผัก ผลไม้ ทุกครั้งก่อนรับประทาน					
9.ท่านชอบรับประทานอาหารประเภททอด/อาหารมันจัด					
10.ท่านตรวจสุขภาพประจำปี					
11.เมื่อตื่นนอน ท่านดื่มน้ำ 1-2 แก้ว					
12.ในแต่ละวันท่านดื่มน้ำ 7-8 แก้ว หรือ 2 ลิตร					
13.ท่านขับถ่ายเป็นเวลา					
14.ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย30นาทีต่อครั้ง/วัน					
15.ท่านดื่มกาแฟแทนอาหารเช้า					
16.ท่านกินอาหารตรงตามเวลา และครบทั้ง 3 มื้อ					
17.ท่านกินผลไม้สด ชนิดต่างๆ					
18.ท่านกินผักชนิดต่าง ๆ ทั้งผักสด และผักลวก ทุกวัน					

22. ท่านหรือทีมสิ่งที่มีส่วนผสมของน้ำตาล					
23. ท่านอาหารเย็นเกินเวลา 18.00 น.					

ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....



เลขที่

--	--	--

ชุดที่ 2

แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) สำหรับครอบครัวผู้สูงอายุ  
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด  
อ.ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

### ประเด็นการสนทนา

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับผู้สูงอายุในครอบครัวของท่าน
2. ครอบครัวของท่านได้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง ใครในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักท่านทราบหรือไม่ว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิอย่างไรบ้าง
3. ท่านมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร เช่น ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตัวอย่างไร คนในครอบครัว ชุมชน จะต้องทำอย่างไร



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รศ.ดร.ศิริวิทย์ กุลโรจนภัทร
2. ดร.ประพิณ วัฒนกิจ
3. ดร.นตา ทับทิมจรรยา



## ประวัติคณะผู้วิจัย

### หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ นางสาว สิริมา วาสิน  
Miss Sirima Wasin
2. เลขหมายบัตรประชาชน 3-8402-00105-56-3
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการ พิเศษ
4. หน่วยงาน สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ  
ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร.02-502-2345 ต่อ 1779 โทรสาร  
02-502-2370
5. ประวัติการศึกษา  
ปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี จ. สุราษฎร์ธานี  
ปริญญาโท มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หลักสูตรมหาบัณฑิต  
คณะศึกษาศาสตร์ สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน จ.ปัตตานี  
ปริญญาเอก กำลังศึกษาที่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา หลักสูตรดุขฎิบัณฑิต  
สาขาการบริหารการพัฒนาแขนงวิชาการพัฒนาสังคม กรุงเทพฯ
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ งานรักษาพยาบาลชุมชน
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ  
โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้า  
โครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

ไม่มี

---

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นาย สมชาย สุขอารีชัย
2. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Somchai Sukareechai
3. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 5100299008886
4. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์แพทย์
5. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์  
การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จ.นนทบุรี  
โทร 02-5022345 [chomkajee@yahoo.com](mailto:chomkajee@yahoo.com)
6. ประวัติการศึกษา  
2536-2541 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
2543-2546 แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระ

มangukเกล้า

7. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ วุฒิบัตร เวชศาสตร์ครอบครัว
8. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ  
-ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยที่มารับบริการและผลการตอบกลับในโรงพยาบาลดำเนิน  
สะดวก วารสารแพทย์เขต6-7 ปีที่25 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม2549 ไม่มีแหล่งทุน  
-ความซุกของกลุ่มอาการอ่อนลงพุง ในบุคลากรโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัด  
นนทบุรี รอดตีพิมพ์ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปี พ.ศ. 2553 ไม่มีแหล่งทุน



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โทร 1779,1780

ที่ ศธ 0519.105/66

วันที่ 20 พฤษภาคม 2554

เรื่อง ขอส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับทุนอุดหนุนการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ (ผ่านรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการและวิจัย)

ข้าพเจ้า นางสาวสิริมา วาสิน พยาบาลชำนาญการพิเศษ สังกัดสาขาวิชา/หน่วยงานสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความประสงค์ขอสมัครรับทุนอุดหนุนวิจัย จากงบประมาณเงินรายได้ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2554 ประเภททุนสนับสนุนโครงการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ใหม่/การประยุกต์ใช้ (Basic/Applied Research) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลังหรือใช้แบบสอบถาม (PANYA-RES-50) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี Factors that affect the Health Behavior of the elderly in the community Moo 1 Thumbon bangatlad Pakkred district , Nonthaburi province ในวงเงินงบประมาณ 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) ตามรายละเอียดข้อเสนอโครงการวิจัยที่แนบจำนวน 1 ชุด พร้อมมติสเก็ด 1 แผ่น (หลังจากตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นแล้ว ฝ่ายวิจัยจะแจ้งหัวหน้าโครงการให้ส่งโครงการเพิ่มอีก จำนวน 14 ชุด)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(นางสาวสิริมา วาสิน)

หัวหน้าโครงการวิจัย

20 พฤษภาคม 2554

**แบบเสนอโครงการวิจัย (Research Project)**

งบประมาณเงินรายได้ โรงพยาบาลชลประทาน

ประจำปีงบประมาณ 2554

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด  
อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี

Factors that affect the Health Behavior of the elderly in the community Moo 1  
Thumbon bangatlad Pakkred district , Nonthaburi province

**1. ประเภทที่เสนอขอทุนวิจัย**

ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ใหม่/การประยุกต์ใช้ (Basic/Applied Research)

แบบส่งเสริมศักยภาพนักวิจัย (PANYA-RES-300)

แบบพัฒนานักวิจัย (PANYA-RES-200)

นักวิจัยหน้าใหม่ (PANYA-RES-100)

แบบเก็บข้อมูลย้อนหลังหรือใช้แบบสอบถาม (PANYA-RES-50)

ทุนสนับสนุนโครงการวิจัย (Routine to Research ; R2R)

แบบพัฒนาการเรียนการสอนและการบริการ (PANYA-R2R-200)

แบบR2R โดยใช้แบบสอบถาม (PANYA-R2R-50)

**2. ลักษณะโครงการวิจัย** ประเภทการวิจัยประยุกต์ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวนเงิน 50,000 บาท

โครงการวิจัยนี้

ขอรับทุนจากโรงพยาบาลชลประทาน เท่านั้น

**3. ทิศทางการวิจัย** วิจัยหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด  
อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

**4. ท่านเคยเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย / ผู้ช่วยนักวิจัย -**

5. ท่านเคยได้รับจัดสรรทุนจากเงินรายได้คณะแพทยศาสตร์/ศูนย์การแพทย์ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย

6. สามารถติดต่อหัวหน้าโครงการได้ที่ (โทรศัพท์ภายใน,มือถือ) 086-9440744

E-mail address : mamwasin@hotmail.com

7. โครงการนี้ ทำการวิจัย

ในมนุษย์  ในสัตว์ทดลอง  อื่นๆ

(ระบุ).....

ส่วน ก :      **ลักษณะโครงการวิจัย**

โครงการวิจัยใหม่

**I ระบุความสอดคล้องของโครงการวิจัยกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตาม  
แผน เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)**

ยุทธศาสตร์ที่1ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่ง  
ภูมิปัญญา และการเรียนรู้สอดคล้องกับข้อ 1.2. การเสริมสร้างสุขภาพคน  
ไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ มีความสัมพันธ์ทางสังคม และอยู่ใน  
สภาพแวดล้อมที่น่าอยู่

**II ระบุความสอดคล้องของโครงการวิจัยกับนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของ  
ชาติ (พ.ศ. 2551-2553)**

ยุทธศาสตร์การวิจัยที่2 ยุทธศาสตร์การสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อ  
การพัฒนาทางสังคม

กลยุทธ์การวิจัยที่ 3.กลยุทธ์ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคอุบัติใหม่ การ  
รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจ การพึ่งพาตนเองด้าน  
สุขภาพรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค

แผนงานวิจัยที่ 3.1 การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพ  
การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข.

### III ระบุความสอดคล้องของโครงการวิจัยกับกลุ่มเรื่องที่ควรวิจัยเร่งด่วน

#### (Priority based)

กลุ่มเรื่องที่ 7 การป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพ ผลที่คาดว่าจะได้รับ : คุณภาพชีวิตของประชาชนและระบบการจัดการสาธารณสุขดีขึ้น ตลอดจนมีความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ

### IV ระบุความสอดคล้องของโครงการวิจัยกับนโยบายรัฐบาล

นโยบายระยะการบริหารราชการ 4 ปี ของรัฐบาล : นโยบายที่ 2.2 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต ข้อ 2.2.3 นโยบายด้านสาธารณสุข รายละเอียดคือ

1) สนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีพัฒนาในสาขาต่าง ๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ รมรงค์ให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

#### หรือ นโยบายการวิจัยของโรงพยาบาลชลประทาน มศว

- วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (Basic medical science)
- สมุนไพร ยารักษาโรค และสารเสริมสุขภาพ (Pharmaceutical, nutraceutical and agrochemical and agrochemical agents for health)
- นาโนเทคโนโลยี (Nanotechnology)
- โรคติดต่อและไม่ติดต่อ (Communicable and Non-communicable diseases)
- ระบาดวิทยา การพยาบาล และการสาธารณสุข (Epidemiology, nursing and public health)
- ชีววิทยาเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell Biology)
- โรคเสื่อมตามอายุ (Degenerative diseases)

## **ส่วน ข : องค์ประกอบในการจัดทำโครงการวิจัย**

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ม.1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี

Factors that affect the Health Behavior of the elderly in the community Moo 1 Thumbon bangatlad Pakkred district , Nonthaburi province

### **1. ผู้รับผิดชอบ**

นางสาวสิริมา วาสิน พยาบาลชำนาญการพิเศษ สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สัดส่วนที่ทำการวิจัย 80%

นาย สมชาย สุขอารีย์ชัย อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สัดส่วนที่ทำการวิจัย 20%

### **2. ประเภทการวิจัย**

การวิจัยประยุกต์

### **3. สาขาวิชาการและกลุ่มวิชาที่ทำการวิจัย**

สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์

### **4. คำสำคัญ (keywords) ของโครงการวิจัย**

พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ

Health Behavior

Elderly

### **5. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย**

สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจทั้งในระดับชาติและระดับโลก เพราะมีผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งในครัวเรือน ระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลผลิตภัณฑัฒรวม ในประเทศ รายได้ต่อหัวประชากร การออมและการลงทุน งบประมาณรัฐบาล การจ้างงานและแรงงานในระดับจุลภาค การบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 7.8 ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวและ

เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ต้องการการพึ่งพา มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจด้านกายภาพที่อยู่อาศัย ปัญหาต่างๆเหล่านี้จะส่งผลถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ดูแล จึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน

สำหรับประเทศไทย มีการดำเนินเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 3 เท่า ทำให้ช่วงเวลาและโอกาสในการปรับเปลี่ยนและพัฒนาที่มีความจำคั่งยั้ง การกำหนดแผนระยะยาวที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรม จึงต้องตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเป็นระยะ เพื่อให้ถึงเป้าหมายแห่งความมั่นคงของสังคม การที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเริ่มได้รับความสนใจและดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม หลังจากองค์การสหประชาชาติจัดประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ระหว่าง 26 กรกฎาคมถึง 6 สิงหาคม 2525 ในปี 2525 นี้เองที่ประเทศไทยจัดตั้งคณะกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525-2544 ซึ่งมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงทางรายได้และการทำงาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านสวัสดิการสังคมรวมทั้งวัตถุประสงค์หลัก นโยบายมาตรการตลอดจนเป้าหมายแต่ละด้าน ดังนี้ 1. เพื่อให้สังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบที่พึงมีต่อผู้สูงอายุและให้การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 2. เพื่อให้ตระหนักถึงสภาพและแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่าย ในอันที่จะป้องกันและแก้ปัญหาให้สนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและทั่วถึง 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองดูแลทั้งในด้านร่างกายจิตใจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างน้อยในระดับความต้องการขั้นพื้นฐานตามที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ โดยระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มากขึ้น 4. เพื่อเป็นหลักประกันให้มีการแบ่งสรรทรัพยากร สำหรับสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ให้เคารพสิทธิหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในฐานะ “ผู้รับ” จากสังคม หลังจากที่ได้เคยมีฐานะเป็น “ผู้ให้” แก่สังคมมากกว่าครึ่งชีวิต 5. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความสามารถได้มีส่วนร่วมในสังคมต่อไปในฐานะผู้ให้ โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ หลังจากที่มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เพื่อให้มีความเหมาะสม เป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนแปลง พัฒนา และให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ได้ระบุถึงภารกิจที่สังคมของรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ (วันดี โภคะกุล, 2548, หน้า 111-123)

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มีบทบาทหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน ผู้วิจัยมีความสนใจที่สำรวจหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตที่รับผิดชอบ ว่ามีผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผน ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชน ต่อไป

## 6. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

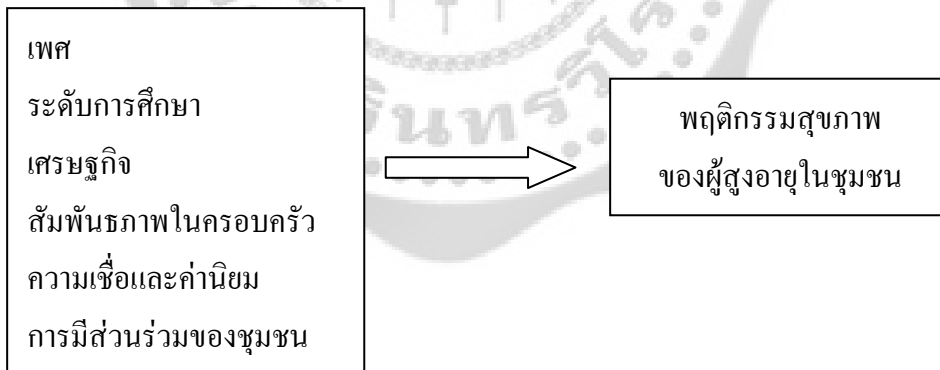
1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

## 7. ขอบเขตของโครงการวิจัย

ในการศึกษานี้จะเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุในชุมชน หมู่ 1 ต.บางตลาด อำเภอ ปากเกร็ด จังหวัด นนทบุรี ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2554 – ตุลาคม 2554

## 8. ทฤษฎี สมมุติฐาน (ถ้ามี) และกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย: ปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อและค่านิยม การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน



## 9. การทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศ (information) ที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ทรุดโทรมลงเนื่องจาก ความมีอายุมากขึ้นทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอย เป็นผลให้ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดน้อยลงและมักประสบปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้อยในสายตาคนทั่วไป และส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยของสถาบันเวช

ศาสตราจารย์สูงอายุ กรมกรแพทย์ ( 2551) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าดี ร้อยละ 44.0 รองลงมาปานกลางร้อยละ 35.0 โดยประเมินว่าสุขภาพไม่ดี/ไม่ดีมาก เกือบ 1 ใน 5 (ร้อยละ 17.3) โดยผู้สูงอายุผู้หญิงร้อยละ 18.3 ประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 16.1) ผู้สูงอายุจะประเมินตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมากเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69ปี ร้อยละ 13.6 ผู้สูงอายุ 70-79ปี ร้อยละ 18.1 และอายุ 80ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 ตามลำดับ)

สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ (2541, หน้า 27-28) เสนอสรุปงานวิจัยและกรณีศึกษาจากทั่วโลกไว้ว่า วัฒนธรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติให้หลักฐานยืนยันว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิผลจริง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุซึ่งความเสมอภาคทางสุขภาพยิ่ง ๆ ขึ้น และการนำกิจกรรม 5 ข้อของ “กฎบัตรออตตาวา” มาผนวกใช้จะได้ผลสัมฤทธิ์มากกว่านำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมาใช้แบบแยกส่วน การส่งเสริมสุขภาพที่เริ่มจากฐานของชุมชนจะเปิดโอกาสให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างเบ็ดเสร็จ การเรียนรู้ด้านสุขภาพเป็นบ่อเกิดของการมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อนุวัฒน์ สุภกิจชุตติกุล และคณะ (2541) ได้สรุปสถานการณ์และบทบาทการส่งเสริมสุขภาพนอกภาครัฐ จากการศึกษาวิเคราะห์ บทบาท กลไก และยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพขององค์กรชุมชน โดยการสำรวจ และกรณีศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม/องค์กรที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ พบว่า แม้จุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพมีที่มาแตกต่างกัน แต่เมื่อเกิดการรวมตัวและมีกิจกรรมร่วมกันแล้วก็สามารถขยายเป้าหมายไปสู่การเน้นการส่งเสริมสุขภาพได้ เพราะมีแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับชุมชนและให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มหลายกลุ่มเริ่มจากปัญหาสุขภาพตนเอง จึงเกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือสนับสนุนให้เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถพัฒนาสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ สร้างเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพ และแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ ภาคเอกชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง

การที่ครอบครัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งที่เป็นปัจจัยภายในครอบครัวเอง และปัจจัยภายนอกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้อง (Pushkar, et al., 2000, p.361-374) เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำคือ สิ่งที่เป็นพื้นฐานอยู่ภายในครอบครัว เช่น ความรู้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อคือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและ

ความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยเสริมคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการมีแบบอย่างจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

ในการศึกษาผู้สูงอายุไทยของอรวรรณ ถิ่นชื่น (2541) ซึ่งศึกษาการถดถอยจากสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า กลุ่มที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในทางถดถอยจากสังคมได้ดี เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาดี มีอาชีพที่เป็นทางการ เช่น รับราชการและอยู่ในเขตเมือง ส่วนกลุ่มที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตในทางถดถอยจากสังคมได้น้อย คือ กลุ่มที่เรียนน้อย มีอาชีพเกษตรกรรมและอยู่ในชนบท โดยปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีผลต่อการยอมรับการถดถอยจากสังคมได้ดี คือ การที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ มีความเชื่ออำนาจในตนเองมากกว่าอำนาจนอกตนเอง มีสุขภาพดีและมีรายได้มาก ซึ่งการถดถอยจากสังคมได้ดีนี้ หากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มาก จะมีผลไปถึงการมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย ซึ่งในขณะเดียวกัน จากงานวิจัยเรื่องเดียวกันชี้ให้เห็นว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการถดถอยจากสังคม และไม่มีผลไปถึงความพึงพอใจในชีวิตเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมทางศาสนามีค่าเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุสูงกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงอาจจะชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสนใจจะร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่ากิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย

ไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลคำ รวง พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชมรมจัดขึ้น เช่น การบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย และเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้มีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ได้รับความเพลิดเพลิน สร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกาย ได้ทำ กิจกรรมร่วมกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน รู้สึกเป็นหมู่คณะเดียวกัน ได้ระบายความคับข้องใจเมื่อมีปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสบายใจ มีสุขภาพจิตดีและผู้วิจัยยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิต พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง

Brown, 1988,p.15-17 มีการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองนำไปสู่การสร้างความร่วมมือของบุคคลและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม(Ryn & Heaney, 1997 : Zimmerman.et al., 1997, p.177 – 188 ) ดังนั้นการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ 2. การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health prevention) เป็นกิจกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ทูพพลภาพ สิ่งที่เป็นอุปสรรคหรือสภาพการณ์อื่น ๆ ที่ไม่ต้องการ

คูสิต ดวงสา และคณะ (2535) กล่าวว่า กระบวนการ Participatory Rural Appraisal ,PRA

เป็นกระบวนการที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชี้วัดปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้โดยผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไป กระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย

ผลการศึกษาคความเข้มแข็งของชุมชน และคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุชุมชนที่เข้มแข็ง ชาวบ้านมีความร่วมมือกันให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง การมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ลูกหลานยังอาศัยอยู่ร่วมกัน ดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุดและหากมีองค์กรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขทุกข์ของประชาชน ทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ เข้าถึงปัญหา รู้วิธีการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสจะมีโอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้มากพอสมควร

#### 10. เอกสารอ้างอิงของโครงการวิจัย

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). **ปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
2. ไฉไล ไชยเสวี, ร.ต.อ., ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคมความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลคำ รวจ. ปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
3. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2541). **วิวัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพพระดั่งน่านชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์ จำกัด.
4. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัยสถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
5. ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. งานวิจัยร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
6. อรวรรณ นำชื่น, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตอันเกิดจากภาวะถดถอยจากสังคมและการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชาวพุทธ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

และปริณิต. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการ  
สวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2541.

7. Brown, M. (1988). **Nursing assistants' behavior toward the institutionalized elderly.** *QRB Qual Rev Bull*, 14(1), 15-17.
8. Pushkar, D., Basevitz, P., Arbuckle, T., Nohara-LeClair, M., Lapidus, S., & Peled, M. (2000). **Social behavior and off-target verbosity in elderly people.** *Psychol Aging*, 15(2), 361-374.

#### 11. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล ที่จะป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
2. ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมที่จะป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. ประโยชน์ต่อสาขาวิชาอื่น เช่น โภชนาการ กายภาพบำบัด ทันตกรรม อายุรกรรม จักษุเวชกรรม ในการศึกษาวิจัย ต่อไป
4. บริการความรู้สู่ประชาชน และสังคม
5. ได้ฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไป
6. การเผยแพร่ในวารสารทางการพยาบาลต่อไป

#### 12. แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมาย

- กลุ่มเป้าหมาย มีอยู่ 2 กลุ่ม คือ
1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล
  2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในครอบครัว ชุมชน และสังคม
- แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยี มีดังนี้
1. ประชุมเพื่อถ่ายทอดผลการวิจัยครั้งนี้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล
  2. ประชุมเพื่อถ่ายทอดผลการวิจัยครั้งนี้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในครอบครัว ชุมชน และสังคม
  3. ตีพิมพ์ผลการวิจัยครั้งนี้ในวารสารทางการแพทย์และการพยาบาลต่อไป

#### 13. วิธีการดำเนินการวิจัย และสถานที่ทำการทดลอง/เก็บข้อมูล

13.1 ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิจัยแบบผสมผสานวิธี(mixed methodology) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยศึกษาควบคู่กันไปด้วยดังนี้

- 1) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative approach) เป็นวิธีการนำเสนอข้อมูลในเชิงปริมาณได้ทุกประเด็นที่ศึกษา และสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรออกเป็นตัวเลข

อย่างชัดเจน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบและยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว

## 2) วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative approach) ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิง

คุณภาพ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ตลอดจนรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในการตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถตอบได้ เนื่องจากการวิจัยเชิงปริมาณอาศัยข้อมูลสถิติตัวเลขเป็นหลักทำให้ขาดรายละเอียดในเชิงลึกในบางแง่มุม จึงต้องอาศัยข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีข้อเด่นเกี่ยวกับการวิจัยมาวิเคราะห์ร่วมด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึก (indepth interview) เพื่อสนับสนุนการวิจัยเชิงปริมาณ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

## 13.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(purposive sampling) เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

3.2.1 ประชากรเป้าหมายสำหรับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ที่มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี
- 2) ต้องอ่านออกเขียนได้
- 3) ต้องอาศัยอยู่ใน หมู่ 1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ. นนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพประกอบด้วย อสม จำนวน 2 ราย คณะกรรมการชุมชน จำนวน 2 ราย ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครอบครัว รวม ทั้งสามชุมชน มีจำนวน 18 ราย

### 13.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามแบบปลายปิดเพื่อสอบถามผู้สูงอายุในชุมชน ข้อคำถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนที่ 3 คำถามที่เกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยม ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการทางสถิติที่ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องมีความเชื่อถือได้ในการวิจัยให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยดัดแปลงแบบสอบถามจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ ดร.จริยาภรณ์ เจริญชีพ (2552 หน้า 208-219)

การสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการได้ข้อมูลที่เปิดกว้างตามความรู้ความสามารถของผู้ตอบ ซึ่งเป็นผู้ที่รอบรู้เรื่องข้อโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยชุมชน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้รอบรู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสัมภาษณ์แบบเป็นมาตรฐาน หรือแบบมีโครงสร้าง (standardized interview หรือ structured interview) ได้แก่

(ก) กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์เจาะลึกไว้ล่วงหน้า

(ข) ใช้การสัมภาษณ์กึ่งการสนทนาเพื่อสร้างความเป็นกันเองไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกว่าถูกบังคับให้ตอบ และให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

(ค) จัดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ พร้อมใช้เครื่องบันทึกเสียงบันทึกการสนทนาเพื่อจะได้กลับมาทบทวน จากนั้นจะรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสนับสนุนข้อค้นพบ

### 13.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากโรงพยาบาลชลประทาน ไปยังนายกเทศมนตรีเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี และ ประธานชุมชน ทั้งสามชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองได้ อธิบายถึงจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยเริ่มเก็บแบบสอบถามตั้งแต่วันที่ 1-31 สิงหาคม พ.ศ. 2554

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์เจาะลึก ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนชุมชนละ 6 ราย รวม 3ชุมชน เป็น 18 รายเพื่อนำมาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ที่โรงพยาบาลชลประทาน จำนวน 2 ครั้ง

### 13.5 เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามด้วยโปรแกรมSPSS

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้แก่การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง และ ใช้การวิเคราะห์ถดถอย Regression Analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

#### 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

(1) การลดทอนข้อมูล (data reduction) ผู้วิจัยได้เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก อสม จำนวน 2 คน . คณะกรรมการชุมชน จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครอบครัว จำนวนชุมชนละ 6 รายรวม 3ชุมชน เป็น 18 ราย โดยใช้วิธีการลดทอนข้อมูลให้เหลือเฉพาะประเด็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

(2) การจัดระเบียบข้อมูล (data display) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ทำการลดทอนข้อมูลแล้วมาจัดระเบียบข้อมูลเป็นหมวดหมู่เพื่อช่วยให้สะดวกในการทำความเข้าใจโดยจำแนกข้อมูลตามองค์ประกอบปัจจัยต่างๆในประเด็นที่ต้องการศึกษาในรูปแบบตาราง

(3) การหาข้อสรุปและตีความ (conclusion interpretation) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยพิจารณาความสอดคล้องและความแตกต่างของข้อมูลที่ได้จากการจัดระเบียบข้อมูล หาข้อสรุป และตีความในรูปแบบการพรรณนา

(4) การสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ผ่านการสรุปและตีความมาประกอบในการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย

#### 14. ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

หัวข้อการทำงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน ระยะเวลา 12 เดือน											
	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่	เดือน ที่
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ประชุมผู้ช่วยวิจัย ศึกษางานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง	←→											
จัดทำโครงร่างวิจัย	←→											
นำเสนอแบบร่าง โครงการวิจัย			←→									
ขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงเรียนเพื่อ นำข้อมูลมาทำวิจัย					←→							
ดำเนินการเก็บข้อมูล						←→						
วิเคราะห์ข้อมูล							←→					
สรุปผล จัดทำรายงาน เผยแพร่										←→		

14. ปัจจัยที่เอื้อต่อการวิจัย

-

15. งบประมาณของโครงการวิจัย

	รายละเอียด	รวมเป็นเงิน
ค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย	ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ระยะเวลา 20 วัน วันละ 300 บาท	12,000 บาท
ค่าตอบแทนนักวิจัย	10% ของงบประมาณ 50,000 บาท	5,000 บาท
ค่าจ้างบันทึกข้อมูล	จำนวน 150 ข้อมูล ข้อมูลละ 15 บาท	2,250 บาท
ค่าจ้างวิเคราะห์ข้อมูล	โครงการบูรณาการ 5,000 บาท	5,000 บาท
ค่าตอบแทนผู้ให้ข้อมูล	จำนวน 150 คนๆละ 100 บาท	15,000 บาท
ค่าตอบแทนที่ปรึกษาโครงการ		2,000 บาท
ค่าตอบแทนผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	จำนวน 2 ท่าน	2,000 บาท
ค่าจ้างพิมพ์รายงานวิจัย	150 หน้า หน้าละ 20 บาท	3,000 บาท

ค่าจ้างเย็บเล่มรายงานวิจัย	เล่มละไม่เกิน 200 บาท รวม 7 เล่ม	1,400 บาท
ค่าจ้างสำเนาแบบสอบถาม	จำนวน 150 ชุดๆละ 6 แผ่น	1,000 บาท
ค่าวัสดุ	กระดาษ พิมพ์เอกสาร ปากกา น้ำยาลบคำผิด	1,350 บาท
	รวมทั้งสิ้น 50,000 บาท ( ห้าหมื่นบาทถ้วน )	

#### 16. ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ทราบปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- 2.ทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

#### 17. ลงลายมือชื่อ หัวหน้าโครงการวิจัย พร้อมวัน เดือน ปี

