คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

QUALITY OF LIFE AND HEALTH – PROMOTING BEHAVIOR OF THE ELDERLY IN THUNGKHOWPUANG SUB-DISTRICT, CHIANG DAO DISTRICT, CHIANG MAI PROVINCE

จันทนา สารแสง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

พ.ศ. 2561

หัวข้อวิทยานิพนธ์ : คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัย : จันทนา สารแสง

หลักสูตร : สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

: อาจารย์ ดร.สิวลี รัตนปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

: อาจารย์ ดร.จิติมา กตัญญู อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

บทคัดย่อ

งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 184 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 84 คน และผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 100 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001, 0.002, $\geq$ 0.0001 และ 0.002 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = ≥0.0001, 0.002, ≥0.0001, 0.001, ≥0.0001และ ≥0.0001 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, โรงเรียนผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

The Title : Quality of Life and Health-promoting Behavior of the Elderly in Thungkhowpuang Sub-district, Chiang Dao District, Chiang mai Province

The Author : Chantana Sarnsang

Program : Master of public health

Thesis Advisors : Dr. Siwalee Rattanapunya Chairman

: Dr. Chitima Katonyoo Member

ABSTRACT

The objective of this research was to compare the quality of life and health promotion behaviors of participating and non-participating elderly in activities in the School for the Elderly in Tambon Thung Khao Phuang, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. The sample group included 184 elderly participants, divided into 84 participating and 100 non-participating individuals. The research instruments consisted of a personal interview, a life quality assessment, and a health promotion behavior assessment. The study results revealed that the participating elderly had the life quality level on social relationship at the highest level, whereas the non-participating elderly had the life quality level on spiritual health at the highest level. The health promotion behaviors of the participating elderly were at the high level in all aspects, while those of the non-participating elderly were also at the high level except on interpersonal relationship. When the life quality of the participating and non-participating elderly was compared, it was found that their physical health, spiritual health, social relationship, and environment were significantly different (p-value = 0.001, 0.002, $\geq$ 0.0001 and 0.002 respectively). When their health promotion behaviors were compared, it was found that their health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal relationship, spiritual development, and stress management were significantly different (p-value = $\geq$0.0001, 0.002, $\geq$0.0001, 0.001, $\geq$0.0001 and $\geq$0.0001 respectively).

Keywords: Quality of Life, Health Promotion Behavior, School for the Elderly

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.สิวลี รัตนปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.จิติมา กตัญญู อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยมาโดยตลอด พร้อมทั้งให้กำลังใจในการทำงานวิจัย จนสำเร็จเรียบร้อย

การศึกษาครั้งนี้ จะสำเร็จลุล่วงไม่ได้ หากขาดความกรุณาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม ขอบคุณผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานที่คอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ สร้างแรงจูงใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวนาม ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ประโยชน์อันพึงได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ขอให้เป็นกตเวทิตาแด่บิดา มารดา ครอบครัว ตลอดจนผู้เขียนหนังสือและบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย จนสามารถทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี และเป็นตัวอย่างการศึกษาสำหรับผู้ที่สนใจต่อไป

จันทนา สารแสง

CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		**ข**
ABSTRACT		**ง**
กิตติกรรมประกาศ		**จ**
สารบัญ		**ฉ**
สารบัญตาราง		**ซ**
บทที่		
1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
	ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
	ขอบเขตของการศึกษาวิจัย	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	**8**
	แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	8
	คุณภาพชีวิต	16
	แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	22
	โรงเรียนผู้สูงอายุ	28
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
	กรอบแนวคิดในการศึกษา	35
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	**36**
	รูปแบบการวิจัย	36
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	39
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ	41
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
	การวิเคราะห์ข้อมูล	42

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**	**44**
	ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	45
	ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง จังหวัดเชียงใหม่	47
	ตอนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่	54
	ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง จังหวัดเชียงใหม่	56
5	**สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**	**58**
	สรุปผลการวิจัย	59
	อภิปรายผล	61
	ข้อเสนอแนะ	66
บรรณานุกรม		68
ประวัติผู้วิจัย		75
ภาคผนวก		76
	ภาคผนวก ก แบบสอบถามสำหรับการวิจัย	77
	ภาคผนวก ข การขอใช้เครื่องมือ	86

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	จำนวนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่	37
3.2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.....	38
4.1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจำแนกตามผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ.....	45
4.2	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามรายด้าน.....	47
4.3	ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุ	48
4.4	ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุ.....	49
4.5	ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ.....	50
4.6	ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ.....	52
4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่	54
4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่	55
4.9	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	56
4.10	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ ประเทศไทยนับเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่าสัดส่วนประชากรของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 20.5 ล้านคน หรือร้อยละ 25 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ.2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก ดังข้อมูลสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปี ของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 โดยใช้เวลา 20 ปี ซึ่งปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมี จำนวน 19,689 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 8,811 คน เพศหญิง จำนวน 10,878 คน มีอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี ผู้สูงอายุเพศชาย 20.2 ปี หญิง 23.6 ปี และอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 65 ปี ชาย 16.5 ปีหญิง 19.5 ปี ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องใช้เวลาถึง 72 ปี ในการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ, 2556)

จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุก ๆ ด้านทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยเจ็บป่วยตามวัย นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากวัยผู้สูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ เพราะเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวมากขึ้นทุกวัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย แรงจูงใจ และความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง (สุปาณี จินาสวัสดิ์, 2559) แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตอาจจะมีความรุนแรงขึ้น เนื่องจากสภาพสังคมเมืองมีการแข่งขันตลอดเวลา สภาพกรอบครัวมีขนาดเล็กและมีเวลา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันน้อยลง ขาดบรรยากาศของความสัมพันธ์ที่ดีในด้านจิตใจ

ส่งผลให้เกิดความเครียดและไม่มีทางออก อันจะนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพวัยสูงอายุได้ในที่สุด ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ และจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ลดลงไปจนถึงมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีได้ ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, 2560; มุทิตา วรรณชาติ, 2558) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง

การส่งเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม โดยแพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจจะไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีการจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นคือปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ จึงประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุและผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ภารกิจของหน่วยงานภาครัฐในการดูแลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบาย และกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่ว่าด้วยผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการจัดการขององค์กร หน่วยงานต่าง ๆ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548) ส่งผลให้มีการจัดทำประกาศและระเบียบที่ออกตามความในพระราชบัญญัตินี้ตามมา เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548) สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2564) ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุไว้เช่นกัน โรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นอีกหนึ่งรูปแบบของการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุ ให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นการพัฒนาทักษะ และการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็นโดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันนั้นก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงออกถึงศักยภาพโดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่พบว่าแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการสำรวจข้อมูลประชากร ใน พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุ 688 คน และ พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุ 826 คน จากประชากรทั้งหมด 8,838 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7 และร้อยละ 9 ตามลำดับ แยกเป็นผู้สูงอายุระหว่าง อายุ 60-69 ปี จำนวน 503 คน อายุ 70-79 ปี จำนวน 232 คน อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 91 คน (เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง, 2559) ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาเรื่องความเสื่อมจากการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จึงส่งผลกระทบและเกิดปัญหาสุขภาพตามมาด้วย จากข้อมูลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้ ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ ร้อยละ 85.3 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บางส่วนร้อยละ13.8 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ร้อยละ 0.9 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งข้าวพวง, 2560) ซึ่งปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุมักประสบ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลงการมีโรคภัยไข้เจ็บและโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ สมองเสื่อม จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้เกิดแนวคิดในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นในปี พ.ศ. 2558 โดยผ่านการเห็นชอบของเวทีประชาคมและคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากภาวะการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย รวมทั้งลดภาวะพึ่งพิงวัยแรงงานในระดับครอบครัวและสังคมและเห็นคุณค่าในตนเองอันจะนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยในโรงเรียนผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องโรคที่มากับความเสื่อม โรคตามฤดูกาล การส่งเสริมสุขภาพร่างกายด้วยการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การจัดการท่องเที่ยวเชิงทัศนศึกษา การฝึกอาชีพ เป็นต้น แต่หลังจากโรงเรียนเปิดดำเนินการกลับพบว่ามีผู้สูงอายุให้ความสนใจเข้าเรียนลดน้อยลง จากเริ่มแรกที่มีนักเรียน 102 คน ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2559 ลดลงเหลือเพียง 84 คน และจากการสำรวจหาสาเหตุเบื้องต้นโดยเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง พบว่ามาจากโรงเรียนตั้งอยู่ในที่ค่อนข้างไกลจากชุมชน ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการเรียน การสอน อย่างไรก็ตามยังไม่มีการ

เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีอยู่ว่าตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุหรือไม่และผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างไรอย่างเป็นรูปธรรม

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และพิจาณาว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมคุณภาพอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตัวเองได้ตามอัตภาพและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

1.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

1.2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,648 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ที่มา : เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ศึกษาได้นำตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกชุดภาษาไทย (WHO_BREF_THAI) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ได้ศึกษาตามกรอบแนวคิดของวอล์คเกอร์ ซีคริสท์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)

ขอบเขตระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ผู้สูงอายุทราบระดับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และสามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลทุ่งข้าวพวง สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในโรงเรียนต่อไป

3. หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ดำเนินการจัดกิจกรรม และจัดการศึกษา เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาให้ประชากรผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านบริการรักษาพยาบาลของสถานบริการทางสุขภาพลงได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสมโดยในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้นิยามศัพท์ปฏิบัติการ ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวันได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบายไม่เจ็บป่วย การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้พละกำลังในการดำ เนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพจิตใจของตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหมายถึงคือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มั่นคงในชีวิต การได้รับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมที่สะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน มีสถานบริการสุขภาพ สถานบริการด้านสังคม การรับรู้ว่าตนมีโอกาสได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมนันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศที่ส่งเสริมสุขภาพโดยครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน โดยในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้นิยามศัพท์ปฏิบัติการ ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของผู้สูงอายุในการเสาะแสวงหาความรู้และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การไปตรวจร่างกายประจำปีและหลีกเลี่ยงสารเสพติดมึนเมา

2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุซึ่งแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและความสามารถแต่ละบุคคลโดยยึดหลักว่าต้องมีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่าชนิดของการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การบริหารร่างกาย การทำสวน การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

3. ด้านโภชนาการ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน ได้รับอาหารครบหลัก 5 หมู่ และควรลดอาหารดังต่อไปนี้ คือ ข้าว ขนมปัง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง นม ขนมที่ทำด้วยแป้ง อาหารหวาน อาหารทอดในน้ำมันมาก ๆ ควรได้รับอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ต่าง ๆ

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรมการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เช่น การพบปะบุคคลภายนอก การร่วมกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมทางศาสนา

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ หมายถึง การมีพฤติกรรมส่งเสริมคุณค่าของตนส่งเสริมความสำเร็จในชีวิต เช่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายในชีวิตและประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

6. ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่กระทำเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามหรือกระตุ้น เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ เช่น การหาสาเหตุที่ทำให้เครียด การระบายความเครียด และการใช้หลักทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

โรงเรียนผู้สูงอายุ หมายถึง ศูนย์การเรียนรู้การจัดการสุขภาพระดับตำบลทุ่งข้าวพวง จัดตั้งเพื่อการเรียนรู้ของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตำบลทุ่งข้าวพวง ในการวางแผนยุทธศาสตร์เชิงรุกแบบมีส่วนร่วม และเพื่อการเรียนรู้การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากภาวะเสื่อมของสภาพร่างกาย รวมทั้งลดภาวะพึ่งพิงวัยแรงงานในระดับครอบครัวและสังคม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. คุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. โรงเรียนผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมาย การนิยาม หรือกำหนดว่าบุคคลใดจะย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพสังคม ประเพณีและกฎหมายของแต่ละประเทศ โดยทั่วไปความหมายของผู้สูงอายุจะใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมากที่มีลักษณะผมขาว หน้าตาเหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยมีการให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุตามองค์การอนามัยโลกและพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2546 ว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและได้มีการใช้ความหมายของผู้สูงอายุนี้ในการกำหนดช่วงที่ผู้สูงอายุ ที่มีโอกาสเริ่มได้รับสิทธิต่าง ๆ จากทางราชการด้วย เช่น การอายุเกษียณของข้าราชการหรืออายุที่เริ่มได้รับเบี้ยยังชีพ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการกำหนดอายุที่ 60 ปี นี้ไม่ได้เป็นเกณฑ์หรือข้อตกลงที่เป็นสากล จะมีความ

แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่กำหนดความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป แต่ยังมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมว่าในช่วงอายุของผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันตามสภาพร่างกายและจิตใจจึงแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ดังนี้

พัชรี เขียวสะอาด (2550, 9) ศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุและพบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีสุขภาพกายและจิตสังคมค่อนข้างดี
2. ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ 70-79 ปี เริ่มพบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม
3. ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ 80 ปี ขึ้นไป พบว่า ภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดเจน

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาแนวคิดเพิ่มเติมว่าการแบ่งวัยผู้สูงอายุนั้นควรมีการแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในลักษณะเสื่อมถอยการเจริญเติบโตของร่างกายและความต้านทานโรคน้อยลงความสามารถด้านการปรับตัวและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลจะมีความสามารถที่แตกต่างกันออกไป ผู้สูงอายุจะมีลักษณะและปัจจัยที่ทำให้เกิดความชรา รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาส่วนตัว ทางด้านร่างกายความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ตลอดจนบทบาทและลักษณะนิสัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้อยู่ในสังคม ในขณะที่โสภาพรรณ รัตนัย (2555,8) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ วัยเริ่มต้นของการสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 51-65 ปี วัยเกษียณ บุคคลที่มีอายุ 55-70 ปี วัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 65-75 ปี และวัยสูงอายุยิ่ง บุคคลที่มีอายุ 71-80 ปี

จากรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556, 96-97) มีการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องความสูงอายุหรือการเข้าสู่วัยสูงอายุจึงได้จำแนกความหมายของ ผู้สูงอายุได้เป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัย อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัยเป็นตัวชี้วัดอายุของบุคคล ซึ่งแสดงระยะเวลาจำนวนปีที่บุคคลนั้นมีชีวิตมานับตั้งแต่เกิดเนื่องจากอายุตามปีปฏิทินแสดงเป็นตัวเลขที่เฉพาะเจาะจงสามารถนำมาแสดงเปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้ชัดเจน ใช้เป็นเกณฑ์บ่งชี้อายุและการสูงอายุของบุคคลที่แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อายุอื่น ๆ 2) อายุทางชีววิทยาหรืออายุเชิงฟังก์ชั่น หมายถึง อายุที่อธิบายด้วยการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย (Physical Aging) และการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจของบุคคล (Psychologicalaging) ซึ่งสะท้อนผ่านการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางกายภาพเมื่อพิจารณาจากภายนอก (Physical Appearance) สถานะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Health Status) หรือความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Functioning) 3) อายุทางสังคม หมายถึง อายุของบุคคลที่อธิบายได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพและบทบาททางสังคม (Social Status And Social Role) ของบุคคล

นั้นซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นของช่วงชีวิตคน ในแต่ละช่วงวัยเป็นกระบวนการจัดการทางสังคมที่บ่งบอกถึงจุดเปลี่ยนของการดำรงชีวิตว่าเป็นการก้าวเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิตที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตปกติ มีนัยความหมายแห่งการพักผ่อนหรือการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ชอบ เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัวจากความเป็นพ่อเป็นแม่ก้าวเข้าสู่สถานะใหม่เป็นปู่ย่าตายาย 4) อายุทางอัตวิสัย ในที่นี้อาจเป็นได้ทั้งอัตวิสัยในระดับบุคคลซึ่งหมายถึงอายุที่วัดประเมินหรือบ่งชี้จากประสบการณ์ส่วนบุคคลของบุคคลนั้น ๆ หรืออัตวิสัยในระดับชุมชนซึ่ง หมายถึงการสูงอายุของบุคคล ซึ่งตัดสินโดยการรับรู้ค่านิยมและบรรทัดฐานของชุมชน หรือสังคมนั้น ๆที่บุคคลอาศัยอยู่ 5) ภาวการณ์สูงอายุในมิติอื่น ๆ เป็นการพิจารณาจากมุมมองอื่น ๆ ที่แต่ละคนแต่ละสังคมให้ความสนใจเช่น การเสนอให้ใช้เกณฑ์จำนวนปีที่คาดว่าบุคคลนั้นจะมีชีวิตอยู่ต่อไปข้างหน้า (Remaining Life Expectancy) เป็นเกณฑ์กำหนดอายุเริ่มต้นของความสูงอายุแทนที่การใช้จำนวนปีปฏิทินที่บุคคลมีอยู่มาแล้ว ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การใช้มุมมองเชิงนโยบายด้านสิทธิและสวัสดิการ อาจพิจารณาจากระดับของความเปราะบาง (Vulnerability) ระดับความยากลำบาก (Hardship) และความต้องการความช่วยเหลือหรือความคุ้มครองทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ ร่วมกับการพิจารณาการสูงอายุตามปีปฏิทินหรือตามสภาพร่างกายหรือลักษณะภายนอก

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการในด้านต่าง ๆ บทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งมีการใช้ความหมายของผู้สูงอายุนี้ เพื่อเป็นการกำหนดช่วงที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเริ่มได้รับสิทธิต่าง ๆ จากทางราชการด้วย

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2564)

การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างมีเป้าหมายและเป็นระบบ รัฐบาลจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2564) กำหนดให้แผนฉบับนี้เป็นแผนยุทธศาสตร์ 5 หมวดได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ
3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
4. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
5. ยุทธศาสตร์การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 หมวดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสวัสดิการผู้สูงอายุปรากฏอยู่ 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ และ 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2564) ให้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอยู่ภายใต้ปรัชญาการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุที่เน้นกระบวนการพัฒนาเพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคม โดยให้ผู้สูงอายุช่วยตนเอง ครอบครัวเกื้อหนุน ชุมชนช่วยเหลือ สังคมรัฐเกื้อหนุน การตระหนักในคุณค่าเห็นความสำคัญและศักยภาพของผู้สูงอายุ การสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ดังนั้นร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้กำหนดหน่วยงาน ที่รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ไว้ชัดเจน เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ ผู้สูงอายุ มีสถานะดี ทั้งสุขภาพกายและจิตอยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น มีหลักประกันมั่นคง อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมและเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัวและชุมชน

ความสำคัญของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) ระบุเป็นเกณฑ์เอาไว้ว่า ประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนเกินกว่า ร้อยละ 10 และสัดส่วนของประชากรที่อายุเกินกว่า 65 ปี ขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 7 ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว เมื่อปี ค.ศ. 2007 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 7.02 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้คาดคะเนว่าในปี ค.ศ. 2030 หรือในอีก 18 ปี ข้างหน้า ประชากรไทย 1 ใน 4 คน จะเป็นผู้สูงอายุ จากการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงเป็นที่แน่ชัดแล้วว่า ประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในอีกหลายประเทศ ที่ได้ก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว จึงได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมาตลอดและมีกฎหมายไทยที่บัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีทั้งที่เป็นบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญและในพระราชบัญญัติ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 ได้บัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาตรา 81 กำหนดภารกิจให้รัฐพึงช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ผู้สูงอายุอย่างจริงจัง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีบทบัญญัติตามมาตรา 53 ว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์และรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ โดยเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในประเด็นต่าง ๆ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมไปด้วยความรู้ และประสบการณ์ เป็นผู้ถึงพร้อมทั้งคุณวุฒิและวัยวุฒิ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า แม้ผู้สูงอายุจะเข้าสู่วันที่ร่างกายอ่อนแอเสื่อมถอย

แล้วแต่ก็ยังมีความพร้อม และสามารถที่จะช่วยเหลือครอบครัวได้ เช่น ช่วยดูแลบุตรหลาน ขณะที่พ่อแม่ออกไปทำงาน ช่วยดูแลบ้านเรือน ผู้สูงอายุบางท่าน ยังช่วยหุงหาอาหารต่าง ๆ ช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามกำลังของท่านได้ นอกจากนั้น ยังช่วยให้คำแนะนำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอาชีพการงาน ด้านการดำเนินชีวิต ด้านครอบครัว ด้านสังคม และอื่น ๆ ผู้สูงอายุบางท่านมีทักษะในวิชาชีพบางด้าน เช่น ช่างไม้ ช่างแกะสลัก ทำอาหารไทย ขนมไทย เย็บปักถักร้อย ดอกไม้ ดนตรี ฯลฯ ท่านก็จะถ่ายทอดให้แก่บุตรหลานและผู้ที่สนใจเพื่อดำรงวิชาชีพนั้นสืบไป

2. ผู้สูงอายุเป็นเสาหลักในครอบครัว ส่งเสริมความรักความผูกพันธ์ในครอบครัวในสังคมไทย ถึงแม้บุตรหลานแต่งงานมีเหย้ามีเรือนไปแล้ว ก็ยังนิยมอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น บุตรธิดา นอกจากจะได้รับการอบรมสั่งสอนจากพ่อแม่แล้ว ยังได้รับการดูแลจากปู่ย่า ตายาย ทำให้เกิดความรักความอบอุ่น ภายในครอบครัว โอกาสที่เด็กจะไปเกเร หรือประพฤติผิดนอกลู่นอกทางจึงมีน้อยมาก ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถช่วยส่งเสริม อบรมเลี้ยงดูกล่อมเกลาบุตรหลาน ให้เป็นพลเมืองดี เด็ก ๆ จะได้เรียนรู้ทั้งจากโรงเรียนและที่บ้าน ที่บ้านเด็ก ๆ จะได้รับการอบรม โดยเฉพาะในเรื่องความประพฤติ ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ผู้สูงอายุจะคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาทุก ๆ เรื่อง ความสัมพันธ์ของครอบครัวไทย แต่ดั้งเดิมได้หล่อหลอมความรัก ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ

3. ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้อยู่เสมอ ผู้สูงอายุมิต้องการเพียงแต่จะเป็นฝ่ายรับ จากบุตรหลานหรือจากสังคมเท่านั้น แท้จริงแล้วผู้สูงอายุพยายามที่จะช่วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาชีพ รายได้ ความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือสังคมตามศักยภาพ ที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นในด้านแรงกาย แรงสติปัญญา ทักษะฝีมือ คำแนะนำต่าง ๆ เท่าที่จะให้ได้

4. ผู้สูงอายุมีความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ผู้สูงอายุหลายคนที่เกษียณอายุแล้ว อาจจะยังมีไฟอยู่ มีความรู้ ความสามารถสูง มีประสบการณ์หลากหลายสาขาเช่น ครู อาจารย์ แพทย์ พยาบาล เป็นผู้นำทางกฎหมาย บัญชี การบริหาร หรือการจัดการ แต่เมื่อเกษียณอายุแล้วยังเป็นที่ต้องการทำประโยชน์ให้สังคมอยู่ มีความพอใจในงานที่จะทำ คนที่คิดว่าตัวเองยังเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้

สรุปได้ว่า บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ได้ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุโดยยังคำนึงถึงความสำคัญของผู้สูงอายุต่อสังคมไทยจึงมีการจัดสวัสดิการต่าง ๆ โดยเน้นที่การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีอาชีพหรือกิจกรรมที่เหมาะสม การจัดที่พักอาศัย อาหารเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็น และให้ได้รับสวัสดิการจากรัฐที่เพียงพอเพื่อไม่เป็นภาระแก่สังคม

บทบาทของผู้สูงอายุ

บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยในฐานะที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากหรือกล่าวได้ว่า เป็นผู้ที่อาบน้ำร้อนมาก่อนและเป็นผู้ที่สั่งสมสืบทอดภูมิปัญญา จากอดีตมาจนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุ เป็นผู้มีบทบาททางด้านการอบรม สั่งสอนบุตร ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ปัญหา ในครอบครัว รวมทั้งเป็นผู้ถ่ายถอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตแก่บุตรหลาน ในครอบครัว ในส่วนของบทบาทต่อชุมชน ผู้สูงอายุมีบทบาทในการอนุรักษ์ส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมไทย การจัดการด้านพิธีกรรม และการปฏิบัติธรรมทางศาสนา รวมทั้งการพูดชักจูงเพื่อสร้างความสามัคคีในชุมชน แต่มีบทบาทน้อยในด้านการเป็นผู้นำทางการปกครองและการแก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีบทบาทในการถ่ายทอดคำสอนทางศาสนา การเสียสละกำลังทรัพย์เพื่อช่วยเหลือชุมชน ถึงแม้ผู้สูงอายุเมื่อพ้นวัยทำงานแล้ว บทบาททางสังคมภายนอกจะมีแนวโน้มลดลง แต่บทบาทของผู้สูงอายุต่อสังคมก็ยังสามารถพบเห็นได้ทั่วไปจากแหล่งชุมชนต่าง ๆ ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทที่ค่อนข้างหลากหลายทั้งบทบาททางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมถึงทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง (โสภาพรรณ รัตนัย, 2558, 24) ดังนี้

1. บทบาททางเศรษฐกิจ บทบาททางด้านนี้ของผู้สูงอายุต่อชุมชนโดยตรงยังมีอยู่น้อยมาก เท่าที่มีอยู่ คือการเป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน ซึ่งการมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นในวัยบั้นปลายของชีวิตและผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในทางเศรษฐกิจมีโอกาสที่จะมีบทบาททางสังคมในชุมชนมากขึ้น ส่วนในทางอ้อมผู้สูงอายุ อาจใช้ ประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจที่มีมายาวนาน เข้ามาช่วยแก้ไขหรือจัดการกับเหตุการณ์วิกฤติ ทางสังคมที่มีต่อเศรษฐกิจของสังคมที่เกิดขึ้น ในการทำหน้าที่สั่งการ แนะนำ และดูแลบุคคลที่อยู่ ในวัยผลิตทางเศรษฐกิจของชุมชน ตลอดจนช่วยดูแลสุขภาพของเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน หากผู้สูงอายุ สุขภาพดีก็เท่ากับลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาขณะเดียวกันเป็นการ รักษาศักยภาพของผู้สูงอายุที่ยังมีประโยชน์ต่อสังคม

2. บทบาททางสังคม เนื่องจากสังคมไทยมีประเพณี วัฒนธรรมและหลักคำสั่งสอนของศาสนาให้ยึดมั่นในระบบอาวุโส ให้ความเคารพเชื่อฟังต่อผู้สูงอายุ เพราะบุคคลเหล่านั้นล้วนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สามารถอบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่คนรุ่นหลังได้ ดังนั้นบทบาทต่อสังคมจึงได้แก่ การอบรมสั่งสอน เป็นที่ปรึกษาและบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม บทบาทของผู้สูงอายุต่อสังคมทางตรง คือการบำรุง รักษาและถ่ายทอดความรู้ที่มีคุณค่าให้ตกทอดสู่คนรุ่นหลังหรือการถ่ายทอดประสบการณ์ ชีวิตของตนเองให้แก่คนรุ่นปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการประกอบอาชีพ การแก้ปัญหาในอาชีพ หรือการใช้ชีวิตการจัดการด้านพิธีกรรม อย่างไรก็ตามการขอให้ผู้สูงอายุ

ไปเป็นวิทยากรหรือผู้บรรยายความรู้ต่าง ๆ ในวงกว้างยังมีน้อยมาก ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางสังคมไม่มากทั้ง ๆ ที่ยังมีศักยภาพ ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากความสามารถของผู้สูงอายุยังไม่ค่อยได้รับการยอมรับ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนได้มากมักเป็นผู้ที่มีพื้นฐานทางการศึกษามาก่อน เช่น เป็นข้าราชการหรือผู้ทำงานในองค์กรธุรกิจ ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังสามารถรวมตัวพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการส่งเสริม กิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

3. บทบาททางการเมืองการปกครอง แม้ว่าบทบาทในการเป็นผู้นำทางการปกครองของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากกฎหมายกำหนดให้ผู้ที่มีตำแหน่งทางการเมืองในระดับท้องถิ่น เช่น กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน ต้องเกษียณอายุเมื่อมีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่อย่างไรก็ตามถ้าเป็นการเมืองระดับประเทศ เช่น การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิก อบต. (องค์การบริหารส่วนตำบล) อบจ. (องค์การบริหารส่วนจังหวัด) ซึ่งไม่มีข้อจำกัดเรื่องอายุ จะพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับทางการเมือง โดยได้รับเลือกให้เข้าไปมีบทบาททางการเมืองเช่นเดียวกับวัยหนุ่มสาว ดังนั้นอนาคตผู้สูงอายุอาจจะมี บทบาททางการเมืองที่โดดเด่น เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และเป็นประโยชน์ต่อสังคมมากยิ่งขึ้น

เอ็กลี่ (Eagly 1987, 115) อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับบทบาททางสังคม (Social Role Theory) ว่า อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล บุคคลจะปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทของตนเอง ในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งบทบาทดังกล่าว จะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคม ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตด้วย นอกจากนี้ การสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไปขึ้นกับบทบาททางสังคม และการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสำคัญ สถาบันครอบครัวควรจะส่งเสริมผู้สูงอายุในบทบาทอื่น ๆ เช่น การเป็นบิดา มารดา ปู่ย่า ตายายเพื่อเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้ลูกหลาน และลูกหลานควรจะเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ส่วนด้านสังคมจะสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มาก โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุวัยเดียวกันได้พบปะสังสรรค์กัน ปรึกษาหารือในการที่จะช่วยเหลือสังคมได้ด้วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและเหมาะสม

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยหนุ่มสาวมีสัดส่วนน้อยลง ทั้งที่ยังมีหน้าที่การงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวนอกจากกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบไปถึงชุมชน

และสังคมในภาพรวมที่ต้องให้การดูแลและให้สวัสดิการต่าง ๆ อีกมากมาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2542,5) เน้นถึงความต้องการของผู้สูงอายุ โดยยึดแนวคิดของคลาร์ด (Clark) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในสิ่งต่อไปนี้

1. ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
2. ต้องการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชุมชน
3. ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. ต้องการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนตามปกติ
5. ต้องการการยอมรับนับถือ
6. ต้องการแสดงออกในผลสำเร็จของตน

ศรีทับทิม รัตนโกศล (2547, 4) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวจะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลหรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัครทั้งองค์การภาครัฐและองค์การภาคเอกชน

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้นให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่ลดการพึ่งพาตนเองให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม

5.2 ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม

5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มของชุมชน และของสังคม

5.4 ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชนและสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

5.5 ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย 4 ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวลและความหวาดกลัว ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการ โอกาสก้าวหน้า โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายชีวิต

7. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้ เพื่อตนจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ ช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

จากแนวคิดสรุปได้ว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุก็คือ การปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ความต้องการและการปรับตัวของผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย ทั้งตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน และนโยบายต่าง ๆ ของรัฐ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอันจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

คุณภาพชีวิต

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมักตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อ หรือแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตของคนซึ่งจะต้องประกอบด้วย กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการการมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุก ๆ ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น มีสุขภาพดี มีอิสระเสรีในด้านความคิด การกระทำ มีเป้าหมายของชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางเพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากร

จะทำให้การพัฒนาด้านต่าง ๆ สามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว จึงมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

คณะทำงานด้านคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1995, 114) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำรงชีวิต ในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นระบบบริการ สวัสดิการต่าง ๆ ตลอดจนการเมืองและการปกครองของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่

โอเร็ม (Orem 2001, 179) กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุกซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึก เป็นสุขกายและจิตใจ

สรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อบุคคลนั้นมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรมของและสังคมที่บุคคลนั้น อาศัยอยู่บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบในชีวิตหลาย ๆ ด้าน และขึ้นอยู่กับ การรับรู้และความพึงพอใจของบุคคลนั้นต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ได้มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิตนี้มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน ดังนี้

คณะทำงานด้านคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group 1994, 41-60) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก จัดองค์ประกอบใหม่โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคลและด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Health) คือ การรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงในร่างกาย การรับรู้ในความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรักษาทาง

การแพทย์การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การทำงาน การรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตใจ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้ รับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศ สัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ การบริการทางสังคม การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

เบอร์กร์อน (Berghorn et al. 1981, 335) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

พีช (Peace 1990, 48) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอำนาจ บุคคล ปัจจัยด้านวัตถุวิสัย และปัจจัยด้านบุคลิกภาพ

ดีแนม (Denham 1991, 48) เสนอว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สิ่งแวดล้อมความสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงบุคลิกภาพและประวัติในอดีต

เฟอร์รานส์และพาวเวอร์ (Ferrans& Powers 1992, 29-38) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 องค์ประกอบ คือ

1. สุขภาพและหน้าที่ (Health and functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง

2. สังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ การทำงาน เพื่อนร่วมงาน ที่อยู่อาศัย

3. จิตวิญญาณ (Psychological spiritual)ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องทั่วๆ ไป

4. ครอบครัว (Family) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตร ภาวะสุขภาพของครอบครัว

เฟอร์เรน (Ferrel 1992) ศึกษาคุณภาพชีวิตและสรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ

1. ความสุขด้านร่างกาย (Physical well – Being) เป็นความรู้สึกของบุคคลการควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ความสุขด้านจิตใจ (Psychological – well Being) เป็นการเผชิญต่อความรู้สึกเจ็บป่วยของบุคคล เช่น ความเครียด ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล

3. ความสุขด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well – Being) ได้แก่ ความหวังความเชื่อในด้านศาสนา

4. ความสุขด้านสังคม (Social well – Being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมและบทบาทในสังคม

ฟรานแกน (Flangan, 1982) จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 องค์ประกอบ คือ

1. ความสุขสบายด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีอาหารที่เพียงพอ มีที่พักอาศัยและมีความมั่นคงปลอดภัย

2. มีสัมพันธภาพที่ดี เช่น สัมพันธภาพกับบิดา มารดา คู่สมรส ญาติ เพื่อนและบุคคลอื่น

3. มีกิจกรรมและมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน รวมทั้งมีโอกาสช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและมีการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการ เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา มีการเรียนรู้สนใจการเรียน เข้าใจตนเอง รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง ทำงานที่น่าสนใจ ได้รับค่าตอบแทนที่ดี และแสดงความรู้สึกออกมาในทางสร้างสรรค์

5. มีการสันทนาการ เช่น สังคมกับผู้อื่น อ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้

ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

องค์การความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) (Unesco1978, 89) วัดความเป็นอยู่ที่ดีของประเทศต่าง ๆ โดยใช้ดัชนีชี้วัด 8 ด้านคือ

1. สุขภาพ
2. การพัฒนาของปัจเจกบุคคลโดยการเรียนรู้
3. การจ้างงานและคุณภาพชีวิตในการทำงาน
4. เวลาและการใช้เวลาว่าง
5. ความต้องการในเรื่องสินค้าและบริการ
6. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (บ้านประชากร ประโยชน์ที่ประชากรได้รับจากการจัดการสิ่งแวดล้อม)
7. ความปลอดภัยของบุคคลและการบริการกระบวนยุติธรรม (Administration justice)
8. โอกาสทางสังคมและความไม่เสมอภาค

เอสแคป (ESCAP 1990, 9-12) แนวคิดในการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การเอสแคปนั้นได้มีการปรับปรุงตลอดมา ล่าสุดได้มีการกำหนดตัวแปรหลัก 7 ตัว ได้แก่

1. ความมั่นคงปลอดภัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่รายได้ การใช้จ่าย การออม และความยากจน
2. สุขภาพ ได้แก่ อายุขัยเฉลี่ย การเป็นโรค การตาย โภชนาการ ภัยพิบัติ หรือความหายนะ
3. ชีวิตด้านการใช้สติปัญญา ได้แก่ การอ่านออกเขียนได้ การได้รับการศึกษานอกโรงเรียน การเรียนรู้ตลอดชีวิต ชีวิตเชิงวัฒนธรรม ชีวิตด้านการใช้หลักเหตุผล
4. ชีวิตการทำงาน ได้แก่ การว่างงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน ความขัดแย้งทางอุตสาหกรรม สภาพการทำงาน
5. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ที่อยู่อาศัยโครงสร้างพื้นฐานในการคมนาคมและการติดต่อสื่อสารสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ
6. ชีวิตครอบครัว ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และความแตกแยกในครอบครัว
7. ชีวิตในชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมทางการเมือง ความวุ่นวายในชุมชน อัตราการเกิดอาชญากรรม

เครื่องชี้วัดจัดทำเป็นแนวทางขององค์การสหประชาชาติ (United Nation – Guidelines) (United Nations., 1990, 15) มีดังต่อไปนี้ คือ

1. ประชากร
2. การตั้งครอบครัว

3. การเรียนรู้และการบริการสังคม

4. กิจกรรมเพื่อการมีรายได้และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. การกระจายรายได้ การบริโภคและการออม

6. ความมั่นคงทางสังคม และการบริการทางด้านสวัสดิการ

7. สุขภาพ บริการด้านสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ

8. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

9. ระเบียบสังคม และความปลอดภัย

สุพรรณี ไชยอำพร และสนิท สมัครการ (2534, 148 – 158) กล่าวถึง ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยใน 13 ด้าน คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกครอบครัว รวมถึงความสะดวกในการเดินทางไปที่อื่น

2. สังคมประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้คุ้นเคย การมีส่วนร่วมในสโมสร องค์กร สังคม ความสะดวกสบายในการพบปะสังสรรค์

3. การงานประกอบด้วยความมั่นคง ความอิสระ โอกาสในการแสดงความสามารถในโอกาสที่จะก้าวหน้าในหน้าที่การทำงาน รวมทั้งค่าตอบแทน นอกจากนี้ยังรวมถึงความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงานและสภาพของที่ทำงาน

4. สุขภาพอนามัยประกอบด้วยความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายและการออกกำลังกาย

5. เวลาว่างและพักผ่อนหย่อนใจ ประกอบด้วยการใช้เวลาว่างในการเล่นกีฬา ทำงานอดิเรก ชมรายการบันเทิงต่าง ๆ และความสะดวกในการเดินทางไปพักผ่อนหย่อนใจ

6. ความเชื่อศาสนาประกอบด้วยเสรีภาพในการนับถือ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความศรัทธาต่อหลักธรรมทางศาสนา และการปฏิบัติธรรมของสงฆ์

7. ตนเองประกอบด้วยความภาคภูมิใจในตัวเอง เกี่ยวกับความสำเร็จในชีวิตทางด้านการทำงาน การศึกษา และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นร่วมทั้งความเชื่อมั่นในตนเอง

8. สาธารณสุข ประกอบด้วย การให้บริการสถานพยาบาล ความสามารถของแพทย์และพยาบาล

9. การบริโภคสินค้าและการบริการต่าง ๆ ประกอบด้วยความหลากหลายของสินค้า คุณภาพสินค้า ราคาสินค้า และการให้บริการร้านค้า

10. ทรัพย์สินประกอบด้วย บ้าน เฟอร์นิเจอร์ สิ่งอานวยความสะดวกในบ้าน ยานพาหนะ เครื่องแต่งกาย และเครื่องประดับต่าง ๆ

11. ท้องถิ่น ประกอบด้วย การให้บริการของชุมชนทางด้านสาธารณสุข สาธารณภัย สาธารณูปโภค การศึกษา การขนส่ง และสวัสดิการอื่น ๆ

12. รัฐบาลไทย ประกอบด้วยนโยบายและการบริหารงานด้านเศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

13. ชีวิตในเมืองไทย ประกอบด้วยสิทธิพื้นฐานในการได้รับข่าวสารความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความยุติธรรมในกระบวนการยุติธรรม คุณภาพการศึกษา การเลือกสถานะในสังคม การอนุรักษ์สภาพแวดล้อมธรรมชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1987, 101) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคลและสังคม โดยให้ความสำคัญกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล และบริบททางสังคมที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ

พาแลงค์(Palank 1991, 816) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรม ต่างๆที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมาย ในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรม ต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศที่ส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Heidrich, 1998) ดังนั้น การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Walker, 1997)

ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self-actualization) และความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) วอล์คเกอร์ซีคริสท์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender,1987) เสนอพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่าง ๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่าง ๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

2. กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานและใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้น ความสนใจในกิจกรรมทางกายจะลดลง เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียน การทำหน้าที่ของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตลดลง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดและการขยายตัวของทรวงอกลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม (Beckigham & Dugas, 1993) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การกำหนดการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัยสูงอายุจึงเป็นกิจกรรมของการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งการกำหนดกิจกรรมทางกายประกอบด้วย (Jones & Jones, 1997) ลักษณะดังนี้

2.1 ความถี่ในการทำกิจกรรม (Frequency) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ทุกวันในแต่ละสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น

2.1.1 กิจกรรมที่ทำได้ทุกวัน ได้แก่ การเดิน การทำงานในสวน การเดินขึ้นบันได

2.1.2 กิจกรรมที่ควรทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic Exercise) เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น และการทำกิจกรรมที่ให้ความบันเทิง (Recreational Activities) เช่น การเต้นรำ การวาดรูป การเล่นกีฬา เป็นต้น

2.1.3 กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมยามว่าง (Leisure activities) เช่น การปลูกต้นไม้ การเล่นกอล์ฟ เป็นต้น และกิจกรรมที่มีการยืดเส้นยืดสายคลายกล้ามเนื้อและการอ่อนตัวของข้อ เช่น การทำกายบริหาร โยคะ ไทชี (Tai-Chi)

2.2 ความหนักเบา (Intensity) กิจกรรมที่ปฏิบัติควรมีความหนักอยู่ในระดับเบาหรือปานกลาง โดยพิจารณาจากการใช้พลังงานของร่างกาย หรืออัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สำหรับผู้สูงอายุได้กำหนดความหนักเบาไว้ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Abrams, Beers, & Berkow, 1995) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จากเอาอายุของบุคคลนั้น ๆ ลบออกจาก 220 (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) ทั้งนี้ประเมินได้จากการจับชีพจรภายหลังการออกกำลังกายแล้ว 3-5 นาที (Long, 1995) หรือใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะออกกำลังกายว่าเป็นอย่างไร ถ้าเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไป หรือถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยแสดงว่าเบาไป (Jones & Jones, 1997) การทำกิจกรรมจะต้องทำให้เกิดความเหนื่อยหรือมีความหนักเบาที่เหมาะสม จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย

2.3 ระยะเวลา (Timing) เป็นช่วงระยะเวลาของการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย คือ ประมาณ 20 นาที เป็นอย่างน้อย ในวัยสูงอายุเป้าหมายของการมีกิจกรรมทางกายก็เพื่อรักษาสุขภาพ ป้องกันความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก เพิ่มความอ่อนตัวของข้อต่อ ทำให้การทำงานในระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น ส่วนทางด้านจิตใจการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกซึมเศร้าและความวิตกกังวล

3. โภชนาการ จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือก และการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิตไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อาหารที่รับประทานจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามมา ได้แก่ การเคี้ยวและกลืนอาหารลำบากเนื่องจากฟันหักมากขึ้นและต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารน้อยลงเนื่องจากการรับรสและกลิ่นลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เช่น การดูดซึมอาหาร การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางโภชนาการได้ง่าย เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืด หรือขาดสารอาหารได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจาก 8 จังหวัด ใน 4 ภาคของประเทศไทย ของสุรีย์พันธ์และคณะ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุไทยบางส่วนประสบกับ

ปัญหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ต่ำและเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และมีภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาทางด้านทุพโภชนาการอยู่

ในแต่ละวันผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ขนาด ส่วนประกอบของร่างกายและการทำกิจกรรม คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนไทย กำหนดว่า ผู้สูงอายุไทยที่ทำกิจกรรมหนักปานกลางควรรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานวันละ 2,250 กิโลแคลอรี่สำหรับเพศชาย และ 1,850 กิโลแคลอรี่สำหรับเพศหญิง ผู้สูงอายุควรปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลงแต่รับประทานให้บ่อยขึ้น อาจเป็น 4-5 มื้อต่อวัน เพื่อช่วยไม่ให้ระบบย่อยอาหารทำงานหนัก และทำให้การเผาผลาญไขมันดีขึ้น การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้สารอาหารที่สมดุล ควรประกอบด้วย โปรตีนที่เพียงพอไม่มากเกินไป คือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับและคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ ธัญพืชต่าง ๆ และมัน สารโคเลสเตอรอลควรได้รับน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน กากใยควรได้รับ 25-35 กรัมต่อวัน กากใยอาจจะได้รับจากผัก ผลไม้ พืชที่เป็นผัก เช่น กระถิน ถั่ว พืชชนิดเมล็ด อาหารกากใยเหล่านี้จะช่วยลดอาการท้องผูกของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมอย่างน้อยวันละ 800 มิลลิกรัม ต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน และรับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บรอดเฮทและคณะ (Broadhead et al., 1983 cited in Smith, 1996) ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็นความรู้สึกนึกคิดที่ดีระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ” ส่วนวอล์คเกอร์ (S.N. Walker, Personal communication, 1999) ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า“เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้งและความใกล้ชิดมากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด” จากทฤษฎีเชิงจิตสังคมได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยินลดลง ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวและยังพบกับข้อจำกัดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลายด้านจากความสูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว่และขาดที่พึ่งโดยที่ความรู้สึกว้าเหว่นี้ อาจเกิดขึ้นได้

แม้จะมีบุคคลอื่นอยู่รอบข้าง ความว้าเหว่ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ดังนั้น การดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อน ๆ อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น ดังนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) การเจริญทางจิตวิญญาณ จะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยผ่านทางสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ (Transcending) การติดต่อ (Connecting) และการพัฒนา (Development) สิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเอง ในอันที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุขและเปิดกว้างในการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิตและทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (S.N. Walker, Personal communication, 1999) เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัยและชีวิตหลังการตาย (Pender, 1996) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการสูญเสียมากมายทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว สร้างความเสื่อมถอยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Berggren-Thomas & Griggs, 1995) ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Muzaffar, 1991) ซึ่งการเจริญทางจิตวิญญาณนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (Berggren Thomas& Griggs, 1999) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่ไม่ยึดติดกับตัวตนของตนเอง สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น และเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบกับสิ่งที่แปลกใหม่และท้าทายในชีวิต ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ (Nelson, 1991)

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่ แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้า ของร่างกายซึ่งวอล์คเกอร์ (Walker, 1997) กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 ชนิด คือ

1) สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (Chronic Stressors) เป็นปรากฏการณ์ทั่วๆไปที่เกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรังในชีวิตของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด

2) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Major Life Events) ที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่อาจเกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่ตามมาอาจะดีหรือไม่ดี เช่น การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว การผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

3) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (Acute Daily Hassles) เช่นอุบัติเหตุต่างๆในชีวิตประจำวัน การผิดนัด การทำเงินหายซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจและมีความเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิต้านทางร่างกายลดลง (Pender, 1996) ซึ่งการจัดการกับความเครียดจะเป็นการปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือลดความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยแหล่งจากร่างกายและจิตใจของตนเอง

สำหรับความเครียดในผู้สูงอายุจะพบว่าเกิดจากปัญหาเรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ดังเช่น ผลการวิจัยของ จอห์นสันและคณะ (Johnson, et al., 1993) ที่พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทประเทศสหรัฐอเมริกามีความเครียดมากที่สุดคือ ปัญหาการนอนหลับ รองลงมาคือ จำนวนเพื่อนลดลง การไม่ได้รับใบอนุญาตให้ต่อใบขับขี่รถยนต์ ความว้าเหว่ เวลาในครอบครัวน้อยลงความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การพึ่งพาผู้อื่น การตายจากบุคคลในครอบครัวและการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุไต้หวันที่ไม่พบในคนอเมริกันได้แก่การให้การดูแลลูกสาวหรือลูกสะใภ้ในระยะหลังคลอด การไปเยี่ยมญาติ การจัดหาคู่ครองให้ลูกไม่สำเร็จ การเลี้ยงหลาน การขัดแย้งกับบุตรและสะใภ้ การขอค่าใช้จ่ายจากบุตร การขึ้นรถประจำทาง บุตรปฏิเสธที่จะให้ตนเองอยู่ด้วย (Lin et. al., 1996) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุไทยเนื่องจากวัฒนธรรมคล้ายกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องลดความเครียดของตน ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมนั้น เพนเดอร์ (Pender,1996) เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ ดังนี้

1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด (Minimizing The Frequency Of Stress-Inducing Situation) โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

2) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดสามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจ สามารถ ทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาจุดมุ่งหมาย

ของตนเอง และเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด สำหรับการจัดการกับความเครียดโดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกาย ทำได้โดยการออกกำลังกาย

3) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีรวิทยา ที่มีผลมาจากความเครียด (Counterconditioning to avoid physiological arousal resulting from stress) โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายโดยใช้เครื่องไบโอฟีดแบค (Biofeedback)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

โรงเรียนผู้สูงอายุ

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการจัดการศึกษา ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญและพลังของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย การเกิดขึ้นของโรงเรียนผู้สูงอายุยังสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–พ.ศ. 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) และพระราช บัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559, 47)

กรอบแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุ

โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะ และการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อช่วยสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าอยู่คู่กับชุมชน การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ อยู่บนหลักการใช้อาคารเรียนเก่าของโรงเรียนที่เลิกกิจการหรือตั้งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ภายในวัด บางแห่งใช้บ้านหรือผู้ริเริ่มก่อตั้งเป็นสถานที่ดำเนินการ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในระยะแรก อาจเป็นเพียงการรวมกลุ่มพบปะพูดคุยกัน แล้วจึงค่อยมีรูปแบบชัดเจนขึ้น มีกิจกรรมที่หลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นการขยายกิจกรรมจากที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เช่นศูนย์บริการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม (ศาลาสร้างสุข) ศูนย์สามวัย ธนาคารความดี เป็นต้น โรงเรียนผู้สูงอายุไม่มีรูปแบบและกิจกรรมตายตัว ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะกำหนด

ตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ไว้ชัดเจน ระยะเวลาเปิดเรียนอาจเป็นตลอดปีหรือเปิดเป็นช่วงเวลาตามหลักสูตรที่จัดอบรม ส่วนใหญ่จะจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน

แนวทางการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2558, 40) กำหนดการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดองค์ประกอบ ดังนี้

1. ที่ปรึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ การตั้งที่ปรึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการรับรู้ การดำเนินงานของโรงเรียน และเป็น “ใบเบิกทาง”ให้แก่การดำเนินงานของโรงเรียน ผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อการสร้างความน่าเชื่อถือในการทำงาน และถือเป็นการ สร้างพันธมิตรในการทำงานขั้นเยี่ยม ที่ปรึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ อาจเป็นฝ่ายสงฆ์ ฝ่ายฆราวาส เช่น นายอำเภอ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ หรือข้าราชการเกษียณ เป็นต้น

2. ครูใหญ่ หรือประธาน หรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ องค์ประกอบนี้ เป็นส่วนสำคัญมากและถือเป็น “หัวใจ” ของการขับเคลื่อนงาน ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็น ครูใหญ่ หรือประธาน หรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นแกนนำที่เป็นผู้ริเริ่มงานของโรงเรียนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับและศรัทธาจากกลุ่ม ผู้สูงอายุด้วยกันถือ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานและรังสรรค์กิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียน

3. คณะกรรมการและแกนนำร่วมขับเคลื่อน ถือเป็นอีกหนึ่งเงื่อนไขของความสำเร็จเพราะกลไกหลักในการเคลื่อนงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ การกำหนดจำนวนคณะกรรมการหรือแกนนำร่วมขับเคลื่อนขึ้นอยู่กับการแบ่งหน้าที่ หรือแบ่งงานภายในโรงเรียน ผู้สูงอายุแต่ละแห่ง

4. ทีมวิทยากรจิตอาสา เป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่นประการหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุเพราะใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีเป็นตัวตั้งขับเคลื่อน ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เช่นวิทยากรจากสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ข้าราชการบำนาญ พระสงฆ์ รวมถึงการขอความอนุเคราะห์วิทยากรจิตอาสา จากหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งในลักษณะเครือข่ายทางสังคม เช่น ศูนย์การศึกษาตามอัธยาศัย ศูนย์พัฒนา ฝีมือแรงงาน ศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในแต่ละจังหวัด องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเน้นการขับเคลื่อนองค์กร โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและวิทยากรจิตอาสา ซึ่งเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ เพื่อให้สามารถรับรู้ปัญหา และดำเนินงานได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริงผ่านการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ(กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ หมายถึง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีหรือให้เกิดขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ พบว่าปัจจัย แห่งความสำเร็จของการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. มีผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ทุ่มเท เสียสละและมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างสรรค์กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผู้สูงอายุ หรือผู้นำทางด้านจิตใจ เช่น พระภิกษุจะมีผลโดยตรงต่อการสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นทั้งแก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียน หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่มาของความร่วมมือและการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงเรียน

2. มีเป้าหมายชัดเจนและมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนถือเป็นการกำหนดทิศทางการทำงานที่สร้างความเข้าใจร่วมกันในหมู่ คณะกรรมการ หรือแกนนำจะเป็นพลังที่เข้มแข็งในการทำงานร่วมกันและการจัดให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำถือเป็นกลไกในการเชื่อมร้อยความเป็นกลุ่ม และความเป็นชุมชนของผู้สูงอายุ ให้เกิดขึ้นซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ในการขับเคลื่อนงานโรงเรียนผู้สูงอายุให้บรรลุผล

3. มีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความผูกพันและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน กลไกที่ทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การประชุม ประจำเดือน การสร้างเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การร่วมกันดำเนินงาน

4. มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง การสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง อาจพิจารณาได้ 2 ระดับ คือ การสร้างเครือข่ายทางสังคมภายในกลุ่มหรือในหมู่สมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น ในรูปแบบคณะกรรมการ หรือการมีตัวแทนในแต่ละหมู่บ้าน และการให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงาน องค์กรภายนอก เพื่อประสานพลัง ในการทำงานร่วมกัน

5. มีการเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนตนเองและสรุปบทเรียนในการทำงานเป็นระยะ เรียนรู้จุดแข็ง จุดอ่อน ข้อที่ควรพัฒนาให้ดีขึ้นและนำมาพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

6. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนุนเสริม การสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เช่น งบประมาณ บุคลากร สถานที่ การประสานเครือข่าย นับเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่จะผลักดันให้การเคลื่อนงานของโรงเรียนผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ และดำเนินการไปอย่างราบรื่น

สรุปได้ว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นโครงการที่มีแนวคิดและหลักการพื้นฐานที่เน้นชุมชนเป็นฐาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุ

รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุน และแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพื้นที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนไม่ว่าจะเป็นการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การถ่ายทอด ภูมิปัญญา หรือการพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นการยกระดับการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเอง และชุมชน ประจักษ์ในศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีความสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแยกเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ยุพิน ทรัพย์แก้ว (2558) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.33 มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากการถอดบทเรียน ทั้งผู้สูงอายุและวิทยากรทุกคนเห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาจนทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นทุก ๆ ด้าน

สุทธิพงศ์ บุญผดุง (2554) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าด้านสภาพอารมณ์ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ปัจจัยด้านความว้าเหว่ อ้างว้างและปัจจัยด้านความสุขกาย สบายใจ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว มิตรสหายและเพื่อนบ้าน ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านการอุทิศและการได้รับการยอมรับจากชุมชน ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านการดำรงชีพ และปัจจัยด้านรายรับและรายจ่าย คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านการใส่ใจเรื่องสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริโภคที่ดี และสุดท้ายด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านความเป็นอิสระทางความคิด และปัจจัยการเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ

เจษฎา นกน้อยและวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสังคมด้าน

สิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพและด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ขณะที่คุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางโดยในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ความสุขในการดำเนินชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีสะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิตอาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาได้ร้อยละ39.2

เจษฎา บุญทา (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับช่วงอายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุระดับต้น อยู่ในระดับที่ดีกว่าผู้สูงอายุระดับปลาย เนื่องจากสุขภาพยังสมบูรณ์แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ไม่พึ่งพิงผู้อื่นมากนักสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองมักมีความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวและสังคมสุขภาพทางจิตก็ต่ำลงด้วย มีภาวะซึมเศร้า เกิดการแยกตัวออกจากสังคม จึงกล่าวได้ว่าอายุสุขภาพร่างกาย จิตใจ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชุติเดช เงียนดอน (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เหตุผลคือผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอาย เนื่องจากร่างกายจะเสื่อมและทรุดโทรมตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งทางร่างกายและจิตใจ

อารดา ธีรเกียรติกำจร (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดีได้นั้น องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านทัศนคติต้องอยู่ในเกณฑ์ที่ดีด้วย อีกทั้งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือการมีสถานภาพสมรส และคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ มีการศึกษาที่สูงมีอาชีพหลักมีรายได้ที่แน่นอน มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งคือการมีบุตรหลานคอยดูแลช่วยเหลือ มีสถาบันครอบครัวที่อบอุ่นและมีส่วนร่วมในสังคม เข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอสำหรับปัจจัยที่มีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต คือการมีอายุที่มากขึ้น มีโรคประจำตัว ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง

มูเซลโล Murzello, Francis (1991) วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นผู้อพยพชาวอินเดียตะวันออก ผลการวิจัยพบว่า เมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุในเชิงวิถีแห่งการได้รับความเคารพดูแลเอา

ใจใส่ในวัฒนธรรมของเอเชียใต้ (ตัวอย่าง อินเดียตะวันออก)เป็นลักษณะสำคัญมากในสังคมเอเชียโบราณ ในครอบครัวขยาย เป็นเรื่องปกติที่ลูกหลานอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุอยู่ในตำแหน่งอันควรแก่การเคารพ แต่ในทางกลับกันในประเทศแคนาดา ตำแหน่งดังกล่าวไม่ได้รับความสำคัญ เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นผู้อพยพชาวอินเดียตะวันออกอาศัยอยู่กับบุตรหลานในประเทศแคนาดา ผู้สูงอายุจะถูกผลักดันให้มีวิถีชีวิตในสังคมที่ไม่ได้รับความอบอุ่น เอาใจใส่และเคารพจากบุตรหลาน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของพวกเขาเหล่านั้นอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

มาโนชญ์ แสงไสยาศน์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางสะแก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 222 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบางสะแก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และลักษณะที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยนำโดยรวม ปัจจัยเอื้อโดยรวม และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวก นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นด้านการประเมินพฤติกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกายสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมชาย ต่อเพ็ง (2552) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีพบว่าปัจจัยทางชีวสังคม เพศ สถานภาพการสมรสและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ส่วนระดับความรู้และเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง แต่เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

วริศา จันทรังสีวรกุล (2553) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 82 ราย ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .53)

ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ (2557) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษาอ.องครักษ์ ต. องครักษ์ จ.นครนายกพบว่า ผู้สูงอายุชาวมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมากที่สุด การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมในทุกด้าน

อรวรรณ น้อยวัฒน์ และ อารยา ประเสริฐชัย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรีพบว่าความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คอนนิงกิ้ง Cunningting (1989) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชนผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และมีการรวมกลุ่มในการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพจะทำให้เกิดการประยุกต์ความรู้ความเข้าใจที่มีต่อการ

รับผิดชอบสุขภาพตนเอง และของกลุ่มได้ด้วยการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติด้วย

เต ดับบิล เอล, ซัน เค แอน คัง เจ แอล Tae W. L., Sun K. and Kyung J. L. (2006) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชุมชนสูงอายุในเกาหลี พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณพอประมาณ การตรวจวัดความดันโลหิต การวิเคราะห์การถดถอยของตัวแปร การรับรู้สถานะทางสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกายและเพศ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .412

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากองค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำรงชีวิต ในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นระบบบริการ สวัสดิการต่าง ๆ ตลอดจนการเมืองและการปกครองของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำรูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอกเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender, 1987) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อใช้วัดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยพรรณาเชิงเปรียบเทียบ (Descriptive Comparative Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 826 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ที่มา : เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

โดยพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติของผู้สูงอายุดังนี้

1) สามารถเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2) สื่อสารเข้าใจ

3) ยินดีร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ (N=826 คน)

หมู่ที่	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม	ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม
1	11	103
2	17	104
3	18	104
4	10	103
5	14	112
6	10	119
7	14	97
รวม	84	742

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง1 กลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระกัน จากสูตร

$$n = \frac{\left[z_{\frac{\alpha}{2}} + z_{\beta} \right]^2 \times 2\sigma^2}{\delta^2}$$

โดย n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

Z_{α} คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่าα เท่ากับ 0.05 ดังนั้นค่า $Z_{\alpha/2} = 0.98$

β คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ 95ค่า β เท่ากับ 0.05 ดังนั้นค่า $Z_{\beta/2} = 0.8225$

Δ (delta δ) คือ $x_1 - x_2$ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง2กลุ่ม

σ คือ standard deviation of mean difference

สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของธาริน สุขอนันต์ (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี (93 คะแนน) เพื่ออ้างอิงระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการส่งเสริมสุขภาพได้ศึกษางานวิจัย และ ใช้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ (2555) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตประสิทธิผลของงโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (96 คะแนน) เพื่ออ้างอิงระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการส่งเสริมสุขภาพได้ศึกษางานวิจัย นำมาแทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \left[\frac{(0.98 + 0.8225)^2 \times 2(11.8)^2}{3^2} \right]$$

$$n = 100 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลที่สำรวจมีความน่าเชื่อถือต้องใช้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 100 คน รวมทั้งหมด 200 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ยังคงอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนเพียง 84 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มในโรงเรียน 84 คน และกลุ่มนอกโรงเรียน 100 คน และคำนวณกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ดังนี้

ตารางที่ 3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ (n=184 คน)

หมู่ที่	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม	ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม
1	11*	14
2	17*	15
3	18*	15
4	10*	14
5	14*	15
6	10*	16
7	14*	8
รวม	84*	100

*เลือกทั้งหมด

ทั้งนี้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มคัดเลือกผู้สูงอายุในพื้นที่จนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสแหล่งรายได้หลัก สถานภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การเข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ศึกษาใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL_BREF_THAI) ฉบับแปลภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2559) จำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งการวัดคุณภาพออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ จิตใจ จำนวน 6 ข้อความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และสภาพแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการมีส่วนรวมของตัวแปรต่าง ๆ ที่มีต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้ค่าทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยเลขคณิต กำหนดช่วงการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

$$\text{ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{4 - 1}{4}$$

$$= 0.75$$

และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของข้อมูลแต่ละด้าน ดังนี้

ระดับค่าเฉลี่ย	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3.26-4.00	มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี
2.51-3.25	มีระดับคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี
1.76-2.50	มีระดับคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างไม่ดี
1.00-1.75	มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเลย

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาโดยวอล์คเกอร์, ซีครีสต์, และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการ

ออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดโดยแบบวัดนี้เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้งหรือบางวันเท่านั้น
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน รวมทั้งหมด 47 ข้อ คือ

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ

   ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 1,4,5,7 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 2,3,6

2. ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ

   ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 8 - 11 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 12

3. ด้านโภชนาการ 10 ข้อ

   ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 14-16,19-22 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 13,17 - 18

4. ด้านการมีประชาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 8 ข้อ

   ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 23 – 28 ,30 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 29

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ 11 ข้อ

   ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 31-34, 38-39 ข้อคำถามด้านลบคือข้อ 35-37,40-41

6. ด้านการจัดการกับความเครียด 6 ข้อ

   ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 42 – 43,45,47 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 44,46

โดยผู้สูงอายุเลือกตอบได้ 4 ระดับ ดังนี้

การให้คะแนน ต่อข้อความ	ทางบวก	ทางลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1	คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	3	2	คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2	3	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4	คะแนน

การแปลผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านพิจารณาตามเกณฑ์ซึ่งดัดแปลงมาจากเกณฑ์การให้คะแนน แบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของเพนเดอร์

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน จะได้เกณฑ์ระดับ ดังนี้

ด้าน	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	น้อยกว่า 15.4	15.4 – 21.0	มากกว่า 21.0
2. การออกกำลังกาย	น้อยกว่า 11.0	11.0 – 15.0	มากกว่า 15.0
3. โภชนาการ	น้อยกว่า 22.0	22.0 – 30.0	มากกว่า 30.0
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	น้อยกว่า 17.6	17.6 – 24.0	มากกว่า 24.0
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ	น้อยกว่า 24.2	24.2 – 33.0	มากกว่า 33.0
6. การจัดการกับความเครียด	น้อยกว่า 13.2	13.2 – 18.0	มากกว่า 18.0
รวม	น้อยกว่า 103.4	103.4 – 141.0	มากกว่า 141.0

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL_BREF_THAI) ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลก ยอมรับอย่างเป็นทางการ (กรมสุขภาพจิต, 2559) และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profilell, HPLP II) ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 (อรวมล ศรียุกตศุทธ และคณะ, 2548)

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุ ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน จากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.85 และ 0.84 ตามลำดับ

สูตร $\alpha = \frac{k}{(k-1)}\left\{1-\frac{\sum s_i^2}{s_i^2}\right\}$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	K	แทน	จำนวนข้อ
	S_i^2	แทน	ผลรวมความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจง / อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีให้ความร่วมมือ ร่วมงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระทำโดยผู้วิจัยเท่านั้นด้วยการอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สูงอายุรับฟังทีละข้อ แล้วให้ตอบแบบสอบถามตามความเข้าใจ

4. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยมีรายละเอียดของสถิติที่ใช้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเชิงพรรณาของข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส แหล่งรายได้หลักสถานภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การเข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอผลการศึกษาในรูป ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคะแนน

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอผลการศึกษาในรูป ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคะแนน

3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอผลการศึกษาในรูป ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลคะแนน

4. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลได้เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ นำเสนอผลการศึกษาในรูป ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า t และค่า p-value

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณาเชิงเปรียบเทียบ (Descriptive Comparative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจำแนกตามผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=84 คน)		ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=100 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	33	39.29	27	27.00
หญิง	51	60.71	73	73.00
2. อายุ				
อายุระหว่าง 60-69 ปี	24	28.57	18	18.00
อายุระหว่าง 70-79 ปี	47	55.95	42	42.00
อายุ 80 ปีขึ้นไป	13	15.48	40	40.00
3. สถานภาพสมรส				
โสด	9	10.71	14	14.00
สมรสอยู่ด้วยกัน	47	55.96	61	61.00
สมรสแต่แยกกันอยู่	17	20.24	15	15.00
หม้าย	11	13.09	10	10.00
4. แหล่งรายได้หลัก				
บุตรหลาน	45	53.57	55	55.00
คู่สมรส	21	25.00	14	14.00
ญาติพี่น้อง	7	8.33	7	7.00
ทำงานด้วยตนเอง	11	13.09	24	24.00
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
2 คน	63	75.00	55	55.00
3 คน	17	20.24	37	37.00
5 คน ขึ้นไป	4	4.76	8	8.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=84 คน)		ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=100 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่				
ไม่มีโรคประจำตัว	21	25.00	19	19.00
มีโรคประจำตัว	63	75.00	81	81.00
7. การเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ				
เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง	12	14.29	NA	NA
เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง	72	85.71	NA	NA

NA = Not applicable (ไม่เกี่ยวข้อง)

จากตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 84 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี รองลงมาคือ อายุระหว่าง 60-69 ปีและอายุ 80 ปี ขึ้นไปตามลำดับ มีสถานภาพ อยู่ด้วยกันมากที่สุดรองลงมา คือ สมรสแต่แยกกันอยู่แหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่มาจากบุตรหลานรองลงมา คือ จากคู่สมรสส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 2 คน รองลงมาคือ 3 คน อัตราส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวต่อผู้ไม่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น 3:1 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุทุกครั้ง

สำหรับจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี รองลงมา คือ กลุ่มของผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งมีอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มากที่สุด รองลงมา คือสมรสแต่แยกกันอยู่ มีแหล่งรายได้หลักจากบุตรหลาน รองลงมา คือ ทำงานด้วยตนเองส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน รองลงมาคือ 3 คน และมีอัตราส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวต่อผู้ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น 5:1

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

จากการวิเคราะห์ลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายด้านจิตใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 4.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม (n = 84 คน)			ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (n = 100 คน)		
	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านร่างกาย	3.21	0.42	ค่อนข้างดี	2.82	0.47	ค่อนข้างดี
2. ด้านจิตใจ	3.14	0.42	ค่อนข้างดี	2.94	0.42	ค่อนข้างดี
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.24	0.44	ค่อนข้างดี	2.91	0.41	ค่อนข้างดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.12	0.43	ค่อนข้างดี	2.93	0.37	ค่อนข้างดี
รวม	**3.17**	**0.24**	**ค่อนข้างดี**	**2.90**	**0.21**	**ค่อนข้างดี**

จากตารางที่ 4.2 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านค่อนข้างดี กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว มีระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด คือด้านความสัมพันธ์ทางสังคมรองลงมา คือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงที่สุดรองลงมา ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านร่างกาย ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม (n= 84 คน)			ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม(n= 100คน)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ท่านรู้สึกสุขภาพร่างกายของท่านสมบูรณ์ แข็งแรงดี	3.02	0.98	ค่อนข้างดี	2.99	1.07	ค่อนข้างดี
2. พละกำลังและเรี่ยวแรงของท่านที่มีสามารถช่วยให้ท่านลุกเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีเพียงใด	2.94	1.10	ค่อนข้างดี	2.91	1.12	ค่อนข้างดี
3. ท่านคิดว่าความสามารถทางด้านร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีเพียงใด	3.17	1.07	ค่อนข้างดี	2.96	1.22	ค่อนข้างดี
4. ท่านสามารถทำงานได้เป็นปกติดีเพียงใดโดยไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ	3.19	1.14	ค่อนข้างดี	2.95	1.15	ค่อนข้างดี
5. ท่านรู้สึกเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	2.92	1.16	ค่อนข้างดี	2.83	1.18	ค่อนข้างดี
รวม	**3.20**	**0.42**	**ค่อนข้างดี**	**2.82**	**0.47**	**ค่อนข้างดี**

จากตารางที่ 4.3 ภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X}$= 3.20, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับค่อนข้างดีทั้งหมด โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านสามารถทำงานได้เป็นปกติดีเพียงใด โดยไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ ($\bar{X}$= 3.19, S.D. = 1.14) รองลงมา คือ ท่านคิดว่าความสามารถทางด้านร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีเพียงใด ($\bar{X}$= 3.17, S.D. = 1.07) และข้อที่ต่ำสุดคือท่านคิดว่าความสามารถทางด้านร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆของท่านนั้นดีเพียงใด ($\bar{X}$= 2.62, S.D. = 1.09) ส่วนกลุ่มตัวอย่าง

ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}$= 2.82, S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับค่อนข้างดีทั้งหมด โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรู้สึกสุขภาพร่างกายของท่านสมบูรณ์ แข็งแรงดี ($\bar{x}$= 2.99, S.D. = 1.07) รองลงมา คือ ท่านคิดว่าความสามารถทางด้านร่างกายของท่านในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆของท่านดีเพียงใด ($\bar{x}$= 2.96, S.D. = 1.22) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดคือท่านรู้สึกเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ($\bar{x}$= 2.92, S.D. = 1.16)

ตารางที่ 4.4 ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม(n= 84คน)			ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม(n= 100 คน)		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อผู้อื่น	3.46	0.90	ดี	3.11	1.02	ค่อนข้างดี
2. ท่านรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง	2.98	1.07	ค่อนข้างดี	2.91	1.08	ค่อนข้างดี
3. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจตนเอง	2.70	1.06	ค่อนข้างดี	2.82	0.99	ค่อนข้างดี
4. ท่านสามารถจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีตได้	2.81	1.02	ค่อนข้างดี	2.79	1.06	ค่อนข้างดี
5. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นทำบุญ ตักบาตร (ที่บ้าน/ที่วัด) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.63	1.09	ค่อนข้างดี	2.78	1.10	ค่อนข้างดี
6. ท่านมีความพึงพอใจด้านร่างกายและจิตใจ	2.93	1.02	ค่อนข้างดี	2.95	0.94	ค่อนข้างดี
รวม	**3.14**	**0.43**	**ค่อนข้างดี**	**2.94**	**0.42**	**ค่อนข้างดี**

จากตารางที่ 4.4 ภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x}$= 3.14, S.D. = 0.43) ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านรู้สึกว่าตัวของท่านเองมีคุณค่าต่อผู้อื่น ($\bar{x}$= 3.46, S.D. = 0.90) รองลงมา ท่านมีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ของตัวท่านเอง ($\bar{x}$= 2.98, S.D. = 1.07) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำ

ที่สุดคือท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นทำบุญ ตักบาตร (ที่บ้าน/ ที่วัด) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ($\bar{x} = 2.63$, S.D. $= 1.09$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาวในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับค่อนข้างดี($\bar{x} = 2.94$, S.D. $= 0.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับค่อนข้างดีโดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อผู้อื่น ($\bar{x} = 3.11$, S.D. $= 1.02$) รองลงมา คือ ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ ($\bar{x} = 2.95$, S.D. $= 0.94$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดคือท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร (ที่บ้าน/ ที่วัด) อย่างน้อยสัปดาห์ละ1 ครั้ง ($\bar{x} = 2.78$, S.D. $= 1.10$)

ตารางที่ 4.5 ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=84คน)			ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม(n= 100คน)		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. หน่วยงานราชการได้เข้ามาช่วยเหลือท่านดีเพียงใด	3.13	0.94	ค่อนข้างดี	3.05	1.06	ค่อนข้างดี
2. ท่านกับบุคคลภายในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเพียงใด	3.15	0.99	ค่อนข้างดี	3.04	1.10	ค่อนข้างดี
3. เมื่อท่านมีส่วนร่วม ภายในชุมชน ท่านรู้สึกดีเพียงใด	3.08	1.07	ค่อนข้างดี	3.02	1.08	ค่อนข้างดี
4. ข่าวสารต่าง ๆ ทั้งทางสื่อพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ และเสียงตามสายในชุมชนท่านสามารถรับรู้และรับทราบข่าวสารเหล่านั้นได้ดีเพียงใด	2.91	1.01	ค่อนข้างดี	3.09	0.99	ค่อนข้างดี
5. ท่านเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นเช่น (อาหาร/ น้ำ) ในการทำกิจกรรมของชุมชนอย่างน้อยเดือนละ1ครั้ง	3.02	1.03	ค่อนข้างดี	2.82	1.20	ค่อนข้างดี
รวม	**3.24**	**0.44**	**ค่อนข้างดี**	**2.90**	**0.41**	**ค่อนข้างดี**

จากตารางที่ 4.5 ภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมทำกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาวอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.24$, S.D. $= 0.44$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับค่อนข้างดีทั้งหมด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านกับบุคคลภายในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ($\bar{x} = 3.15$, S.D. $= 0.99$) รองลงมา หน่วยงานราชการได้เข้ามาช่วยเหลือท่านในเรื่องต่าง ๆ ดีเพียงใด ($\bar{x} = 3.13$, S.D. $= 0.94$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดคือข่าวสารต่าง ๆ ทั้งทางสื่อพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์และเสียงตามสายในชุมชน ท่านสามารถรับรู้และรับทราบข่าวสารเหล่านั้นได้ดีเพียงใด ($\bar{x} = 2.91$, S.D. $= 1.01$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาวในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.90$, S.D. $= 0.41$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับค่อนข้างดีทั้งหมด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข่าวสารทางสื่อพิมพ์วิทยุโทรทัศน์และเสียงตามสายในชุมชนท่านสามารถรับรู้และรับทราบข่าวสารเหล่านั้นได้ดีเพียงใด ($\bar{x} = 3.09$, S.D. $= 0.99$) รองลงมา คือ หน่วยงานราชการได้เข้ามาช่วยเหลือท่านในเรื่องต่าง ๆ ดีเพียงใด ($\bar{x} = 3.05$, S.D. $= 1.06$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดคือท่านเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น (อาหาร/ น้ำ) ในการทำกิจกรรมของชุมชนอย่างน้อยเดือนละ1ครั้ง ($\bar{x} = 2.82$, S.D. $= 1.20$)

CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

ตารางที่ 4.6 ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

ด้านสิ่งแวดล้อม	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=84 คน)			ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (n= 100 คน)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. บ้านของท่านอากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ สะดวกเป็นส่วนตัวเพียงใด	3.27	1.01	ดี	3.15	1.13	ค่อนข้างดี
2. ท่านสามารถเข้าถึงระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า ประปา ถนนในชุมชนที่อาศัยอยู่ได้ดีเพียงใด	2.97	1.06	ค่อนข้างดี	2.88	1.01	ค่อนข้างดี
3. บ้านมีความมั่นคงและชุมชนของท่านมีความปลอดภัย เช่น ปราศจากโจรผู้ร้าย	3.01	1.08	ค่อนข้างดี	3.12	1.12	ค่อนข้างดี
4. บ้านของท่านมีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ	3.09	1.12	ค่อนข้างดี	3.28	1.13	ดี
5. ภายในบ้านมีสิ่งอำนวยความสะดวกดีเพียงใด	2.91	1.06	ค่อนข้างดี	2.98	0.99	ค่อนข้างดี
6. ท่านมีความสะดวกในการขอรับบริการด้านการเงินและความสะดวกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีเพียงใด	2.80	1.10	ค่อนข้างดี	3.00	1.11	ค่อนข้างดี
7. ท่านได้รับบริการด้านสวัสดิการจากผู้นำชุมชนดีเพียงใด	2.91	0.84	ค่อนข้างดี	2.87	0.74	ค่อนข้างดี

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ด้านสิ่งแวดล้อม	ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=84 คน)			ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (n= 100 คน)		
	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
8. หมู่บ้านของท่านจัดให้มีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ในการทำกิจกรรมสันทนาการ ในเวลาว่างดีเพียงใด	2.97	1.02	ค่อนข้างดี	3.01	0.87	ค่อนข้างดี
รวม	**3.12**	**0.42**	**ค่อนข้างดี**	**2.93**	**0.37**	**ค่อนข้างดี**

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว ในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับค่อนข้างดี ($\overline{X}$ = 3.12, S.D. = 0.42) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรก คือ สภาพบ้านของท่าน มีอากาศถ่ายเท มีแสงสว่างเพียงพอ สะดวก มีความเป็นส่วนตัวดีเพียงใด ($\overline{X}$ = 3.27, S.D. = 1.01) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี รองลงมา บ้านของท่านมีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ($\overline{X}$ = 3.09, S.D. = 1.12) และบ้านมีความมั่นคงและชุมชนของท่านมีความปลอดภัย เช่น ปราศจากโจรผู้ร้าย ($\overline{X}$ = 3.01, S.D. = 1.08) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาวในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\overline{X}$ = 2.93, S.D. = 0.37) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรก คือ บ้านของท่านมีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ($\overline{X}$ = 3.28, S.D. = 1.13) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี รองลงมา สภาพบ้าน ของท่าน มีอากาศถ่ายเท มีแสงสว่างเพียงพอ สะดวก มีความเป็นส่วนตัวดีเพียงใด ($\overline{X}$ = 3.15, S.D. = 1.13) และบ้านมีความมั่นคงและชุมชนของท่านมีความปลอดภัย เช่น ปราศจากโจรผู้ร้าย ($\overline{X}$ = 3.12, S.D. = 1.12)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณด้านการจัดการความเครียด ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ (n=84)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
1.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	28	21.31	1.04	ระดับสูง
2. การออกกำลังกาย	20	15.54	1.09	ระดับสูง
3. โภชนาการ	40	31.19	1.08	ระดับสูง
4. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	32	24.12	1.10	ระดับสูง
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ	44	34.07	1.09	ระดับสูง
6. การจัดการกับความเครียด	24	18.95	1.11	ระดับสูง
รวม	**188**	**145.18**	**1.08**	ระดับสูง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน ทุกด้าน

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ (n=100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
1.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	28	21.20	1.05	ระดับสูง
2. การออกกำลังกาย	20	16.12	1.04	ระดับสูง
3. โภชนาการ	40	31.02	1.07	ระดับสูง
4. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	32	23.44	1.09	ระดับปานกลาง
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ	44	34.11	1.07	ระดับสูง
6. การจัดการกับความเครียด	24	18.58	1.13	ระดับสูง
รวม	**188**	**144.54**	**7.45**	**ระดับสูง**

จากตารางที่ 4.8 พบว่า คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติในระดับสูง ในขณะที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติในระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐาน คุณภาพชีวิต ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม กับผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต	จำนวน	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
ด้านร่างกาย					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	3.21	0.42	5.726	0.001
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	2.83	0.47		
ด้านจิตใจ					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	3.14	0.42	3.180	0.002
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	2.94	0.42		
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	3.24	0.44	5.450	$\leq .001$
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	2.91	0.41		
ด้านสิ่งแวดล้อม					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	3.12	0.43	3.109	0.002
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	2.93	0.37		
รวมทั้ง 4 ด้าน					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	3.17	0.24	8.237	$\leq .001$
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	2.90	0.21		

ตารางที่ 4.9 เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม กับผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	21.31	1.04	3.671	≤.001
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	21.20	1.05		
การออกกำลังกาย					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	15.54	1.09	3.084	0.002
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	16.12	1.04		
โภชนาการ					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	31.19	1.08	3.557	≤.001
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	31.02	1.07		
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	24.12	1.10	4.181	0.001
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	23.44	1.09		
การพัฒนาจิตวิญญาณ					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	34.07	1.09	3.484	≤.001
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	34.11	1.07		
การจัดการกับความเครียด					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	18.95	1.11	5.750	≤.001
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	18.58	1.13		
รวมทั้ง 6 ด้าน					
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	84	145.18	1.08	6.405	≤.001
ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ	100	144.54	7.45		

ตารางที่ 4.10 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้านประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยพรรณาเชิงเปรียบเทียบ (Descriptive Comparative Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994 และรูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์, ซีครีสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender, 1987) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อใช้วัดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 84 คน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ศึกษาใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL_BREF_THAI) ฉบับแปลภาษาไทยที่ได้แบ่งการวัดคุณภาพออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาโดยวอล์คเกอร์, ซีครีสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechristand Pender, 1987) ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดโดยเครื่องมือทั้งสองได้ ผ่านเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (α= 0.85)

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจง/อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีให้ความร่วมมือและอธิบายข้อคำถามที่ไม่เข้าใจ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.) สถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ในกรณีที่ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลได้เป็นโค้งปกติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สามารถสรุปผล ได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีสถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันมากที่สุด รายได้หลักส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี จำนวน 2 คน และมีอัตราส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่าผู้ไม่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นอัตราส่วน 3:1 การเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งสูงที่สุด

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด แหล่งรายได้หลักจากบุตรหลานส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน และมีอัตราส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นอัตราส่วน 5:1

2. ลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสูงกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาวจังหวัดเชียงใหม่

มีค่าเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวงอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมา คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สูงที่สุดรองลงมา ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านร่างกาย ตามลำดับ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงโดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่า ผู้สูงอายุไม่ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูงโดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่า ผู้สูงอายุไม่ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อยู่ในระดับสูงโดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ สูงกว่า ผู้สูงอายุ

ไม่ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงโดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สูงกว่า ผู้สูงอายุไม่ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ อยู่ในระดับสูงโดยผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ สูงกว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูงโดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดสูงกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐานคุณภาพชีวิตของและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยรวม ละรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยมีประเด็นการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ ไม่ได้เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับปิติทั้งไพศาลและคณะ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจับพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับสุทธิพงศ์ บุญผดุง (2554) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง ผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม สอดคล้องกับเจษฎา นกน้อย (2560) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน ทั้งนี้เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนจะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้นและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้ ศิริลักษณ์ รื่นวงศ์ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลหัวง้ม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง เนื่องจากเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลหัวง้ม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

2. การศึกษาการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุระดับต้นที่ยังมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงซึ่งสอดคล้องกับพัชรี เขียวสะอาด (2550, 9) ศึกษา

ลักษณะของผู้สูงอายุและพบว่าผู้สูงอายุตอนต้น หรือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี นั้นจะมีสุขภาพกายและจิตสังคมอยู่ในระดับดี สามารถที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองความสามารถทำงานได้ตามที่ตนเองต้องการนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพอใจกับสุขภาพร่างกายของตนเองซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของสวัสดิ์ ภู่ทอง (2546, 65) ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง สภาวะของการมีระดับชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง โดยสามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข จึงสามารถสรุปได้ว่าการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจในด้านร่างกายของผู้สูงอายุนั้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ระดับสูงตามไปด้วย

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อผู้อื่นมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถฟันผ่าอุปสรรค และสร้างความมั่นคงในการดำเนินชีวิตในวิถีของตนและยังรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ของตัวเอง มีความมั่นใจในตนเองรู้สึกพอใจกับความสามารถของตนเองสอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 2001,179) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึก เป็นสุขกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (2017) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological) ว่าเป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตใจ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งจากการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจะเห็นได้ว่ามีความพอใจและรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเองรวมถึงการมีความเชื่อในศาสนาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และได้นำหลักคำสอนของพระพุทธศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านจิตใจอยู่ระดับสูง

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกพอใจกับความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมและชุมชนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันให้ความสนใจพูดคุย ช่วยเหลือ มีความพอใจที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากหน่วยงานราชการมีความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับเพื่อนบ้าน รู้สึกพอใจที่เพื่อนให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เช่น งานบุญ งานวัด และงานเทศกาลประจำปีต่าง ๆ ภายในชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำ ให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ระดับสูง สอดคล้องกับทัศนันท์ ทุมมานนท์ (2554) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในสังคมหรือภายในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลาน เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ดังนั้นการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน จะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น อีกทั้งผลการศึกษาของ ชุติเดช เจียนดอน (2554) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คนในสังคม และได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการยอมรับจากคนในสังคม ช่วยส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุ และยังแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้ดีมีร่างกายสมบูรณ์ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มในด้านสิ่งแวดล้อมยังคงอยู่ระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอำเภอทุ่งข้าวพวงเป็นชุมชน/กึ่งเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปเพราะได้พักอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวก และปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต ซึ่งลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัยที่มีความมั่นคงแข็งแรงนั้น จะส่งผลต่อความมั่นคงในการดำเนินชีวิต ไม่เป็นภาระแก่ผู้สูงอายุในยามแก่เฒ่า อันจะทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่า ในบั้นปลายของชีวิตจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยไม่ยากลำบาก สอดคล้องกับฟลานาแกน (Flangan,1982) ที่กล่าวว่า การรับรู้ว่าตนมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการได้รับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมที่สะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน มีสถานบริการสุขภาพ สถานบริการด้านสังคม การรับรู้ว่าตนมีโอกาสได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมนันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง นั้นจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลอยู่ในระดับดี

3. การศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

การเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิทรากิจ ธีระวุฒิวงษ์ (2558) ที่พบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มพบว่า มีระดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับการปฏิบัติสูงที่สุด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับการปฏิบัติต่ำที่สุด เหมือนกัน ซึ่งจากข้อมูล พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เนื่องจากความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับการปฏิบัติสูงที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุเข้าใจว่ากิจกรรมการเคลื่อนไหว ออกแรงในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานในบ้าน ทำงานกลางแจ้งที่ต้องเดิน และการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ และการทำนา ทำไร่ ทำสวน ก็เพียงพอต่อการทำให้สุขภาพแข็งแรง ซึ่งเท่ากับการเป็นออกกำลังกายแล้ว สอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 (2551) ที่กล่าวว่าว่าเมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไปโดยรวมของตนเองต่อความจำเป็นในการออกกำลังกายนั้นพบว่า ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ร้อยละ 2.8 ส่วนประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีถึงร้อยละ 43.0 รองลงมา มีสุขภาพปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 28.9 มีสุขภาพไม่ดีคิดเป็น ร้อยละ 21.5 มีสุขภาพไม่ดีมากๆ คิดเป็น ร้อยละ 3.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุคิดว่ามีสุขภาพดีอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นจะต้องออกกำลังกายอีก ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทางโรงเรียนได้มีความให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ตลอดถึงความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัญญา แพมงคล (2551) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากผลของการกระทำนั้น หากผู้สูงอายุได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่า ผู้ที่รับรู้ประโยชน์น้อยกว่า และจะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมไปอย่างต่อเนื่อง ดังเห็นได้จากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่ารู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่น สนุกสนานทุกครั้งที่ได้ทำกิจกรรมออกกำลังกาย และรู้สึกยินดีมีความสุขที่ได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ หรือคนในชุมชน

ในขณะที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพบว่าผู้สูงอายุ มีการพูดคุยปรึกษาหารือและร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนฑิญา กงลา (2558) ที่พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมกับชุมชนส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนาเช่น การไปวัด ทำบุญและมีการพบปะกับญาติบุตรหลานและเพื่อนในวัยเดียวกันเสมอทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในระดับสูง เช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาลอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 01 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุมีความรักใคร่ผูกพันเป็นเพื่อน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อมูลเกี่ยวกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ไปจัดทำนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว ให้มีคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากว่าด้านดังกล่าวผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี แต่ยังมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าทุกด้าน ต่างจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านร่างกายในระดับค่อนข้างดี เพราะการได้พบปะกันของผู้สูงอายุในโรงเรียนอาจช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรื่องการดูแลสุขภาพ และได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพจากวิทยากรภายในโรงเรียนผู้สูงอายุ อันจะได้นำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีการดูแลตนเอง เพื่อลดโอกาสในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อมูลเกี่ยวกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุไปจัดทำนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุในกลุ่มที่อยู่ติดบ้านให้ได้มีโอกสาพัฒนาคุณภาพชีวิตและได้รับการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเชิงรุก โดยเข้าไปจัดกิจกรรมของโรงเรียนในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ ซึ่งจะเป็นการกระจายความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้นได้

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อมูลเกี่ยวกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุไปจัดทำนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ให้เพิ่มมากขึ้น

4. ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว อย่างเท่าเทียม โดยให้สิทธิกับผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และอำนาจในตน

2. ควรมีการศึกษาวิธีการ กลยุทธ์อื่นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

บรรณานุกรม

กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *คู่มือผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). *รายงานสถานการณ์ทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระดับประเทศประจำปี 2548*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 – 2554.* กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI).* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2542). *สุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตัวเอง*. กรุงเทพฯ: บีบุ๊คส์.

กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา." **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**, *9*(3), 94-105.

เจษฎา บุญทา. (2545). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชุติเดช เจียนดอน และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, *41*(3), 229-239.

ทศพร ศรีบริกิจ. (2548). *การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ทัศนันท์ ทุมมานนท์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. **วารสาธารณสุขศาสตร์,** *41*(3), 240-249.

เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. (2559). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา (พ.ศ. 2557-2559).* เชียงใหม่: เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง.

ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทัศนันท์ ทุมมานนท์ และ ปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี.*วารสารสาธารณสุขศาสตร*, *41*(3): 240-249.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ วุฒิชัย จริยา. (2558). การนำนโยบายระบบสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติ ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 6-15.

เนตรดาว จิตโสภากุล. (2557) . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, *6*(3),171-178 .

บรรลุ ศิริพานิช. (2540). *พฤติกรรมและการด าเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่ยืนยาวและแข็งแรง.* รายงานการวิจัย. กรุงเทพ:สามดีการพิมพ์.

ปิติ ทั้งไพศาล และคณะ. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *1*, 3-4.

ประเทือง วงษ์แจ้ง. (2545). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่องโรคความดันโลหิตสูง : ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี.* วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปัทมาวดี บุพศิริ. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม.* (การศึกษาค้นคว้าอิสระพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม).

ปัญญา แพมงคล. (2551). *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองตะพานหิน อำเภอตะตะพานหิน จังหวัดพิจิตร.* การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปิยภรณ์ เลาหบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี.* วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไปวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว

พนม ศรีพิกุล. (2554). *การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี.* (วิทยานิพนธ์การปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

พัชรี เขียวสะอาด. (2550). *ปัญหาและความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี.* (ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานท้องถิ่น วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา).

มนฑิญา กงลา และจรวย กงลา. (2558). *พฤติกรรมส่งเสริมสขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี.* เอกสารการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ "สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน" ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา: 101-107.

มาโนชญ์ แสงไสยาศน์. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางสะแก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม.* (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).

มุทิตา วรรณชาติ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45,18-29.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556.* นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.

มัลลิกา มัติโก และรัตนา เพ็ชรอุไร. (2542). *ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย:วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยรรยง หอมศรีวรานนท์. (2543). *ชีวิตทางเศรษฐกิจของแรงงานต่างถิ่นในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง.* ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2558). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช.* วารสารการพยาบาลและการศึกษา, *9*(2), 1-12.

รัตนา แย้มศรี. (2553). *การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมืองรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ วรรณา คงสุริยะนาวิน และวิลาสินี เติมเศรษฐเจริญ. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, *30*(2), 35-45.

ลือชัย วงษ์ทอง. (2555). *ประสิทธิผลของการนำนโยบายแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าไปปฏิบัติในพื้นที่ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก.* ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งข้าวพวง. (2559). *แบบคัดกรองโรคและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุประจำปี พุทธศักราช 2558-2559.* เชียงใหม่: เอกสารอัดสำเนา.

วริศา จันทรังสีวรกุล. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *4*(2), 12-20.

วิลาวัลย์ รัตนา. (2552). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.* ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศรีทับทิม รัตนโกศล. (2547). *ประชาสังคมกับการสร้างสุขภาพ.* สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซี่ยน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์. (2557). ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อำเภอองครักษ์ ตำบลองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *15*(3), 353-360.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2546). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต แดนสีแก้ว. (2540). *คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.* ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมชาย ต่อเพ็ง. (2552). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี.* ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สวัสดิ์ ภู่ทอง. (2546). *การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ใหญ่ในชุมชนภาคเหนือ.* วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบโรงเรียน, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สุพรรณี ไชยอำพร และสนิท สมัครการ. (2534). *คุณภาพชีวิตของคนไทยเปรียบเทียบระหว่างเมืองกับชนบท.* กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสถาบันพัฒนาบัณฑิตพัฒนาบริหารศาสตร์.

สุรชัย อยู่สาโก. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาล เมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอ ท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี.* วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุรีย์พันธ์ บุญวิสุทธิ์ และคณะ. (2541). ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุไทย. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, *21*(3), 82 – 89.

โสภาพรรณ รัตนัย. (2558). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: แสงดาว.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). *ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี 2558 ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนกุมภาพันธ 2558* . สืบค้นจาก http://www.nesdb.go.th/.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ. (2556). *การสาธารณสุขไทย.* กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2558). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558.* กรุงเทพฯ: พงษ์พานิชเจริญผล.

สุปาณี จินาสวัสดิ์. (2559). *พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง.* (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา)

สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1).* รายงานวิจัย : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

อรวมล ศรียุกตศุทธ และคณะ. (2548). การนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *23*(3), 43-54.

อรวรรณ น้อยวัฒน์ และ อารยา ประเสริฐชัย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารราชพฤกษ์*, *13*(1), 36-45.

อารดา ธีระเกียรติกำจร (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.

อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. (2558). ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณอายุการทำงานในจังหวัดแพร่. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45, 30-42.

อุมาพร ฉัตรวิโรจน์. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย.* กำแพงเพชร: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

Beckingham, A. C. & Dugas, B. W. (1993). *Promoting healthy aging: a nursing and community perspective.* St. Louis: Mosby

Berghorn, F. S., Schafer, D.E. & Associates. (1981). *The Dynamics of Aging*. Colorado: Wesview Press,

Cronbach, L. J. (1970). *Essential of Psychological Testing*. New York: Haper and Row Publishers.

Denhem MJ. (1991). *Care of the long stay elderly patient*. (2nd ed.). London: Chapman and Hall.

Eagly, A. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. New Jersey: Erl.

ESCAP. (1990). *Guidelines on Methodological Approaches to the Conduct of A Regional Survey of the Quality of life as on Aspect of Human Resources Development*. New York.

Ferrans C and , Powers M. (1992). Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci. Quality of life*, 25, 15-24.

Farrell G and et al. (1992). The Changing Faces of Virtual Education. Retrived from http://www.col.org/virtualed/

Flanagan, L. & Jacobsen, M. (1982). Technology Leadership for the Twenty - first Century Principal. Retrived. Available from/http: //eric. ed. gov/ERIC Docsdata/ ericdocs2/ content_ storage_01/0000000b/80/11/26/af.pdf.

Jones, J. M., & Jones K. D. (1997). Promoting physical activity in the senior years. *Journal of Gerontological Nursing, 23*(7), 41-48.

Murzello & Francis. (1991). *Quality of life: Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley and Sons.

Orem D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice.* (6th ed). New York: Company. St Louis Mosky Year book.

Palank. C.L. (1991). Determinants of Health-Promotive Behavior. *Nursing Clinics of North America*. 26(4): 815-832.

Peace S. M. (1990). *Researching social gerontology: Concepts, methods and issues.* London: SAGE.

Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2nd ed). New York: Appleton Lange.

Pender, N.J. et al. (1996). *Predicting Health Promoting Lifestyle in the Workplace, in Nursing Research*, 39, 326-32.

Pender, N. J., Murdaugh C. L. and Parsons M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.

Tae W. L., Sun K., & Kyung J. L. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud. 43*(3), 293-300.

United Nations. (2007). World Economic and Social Survey 2007, Development in an Aging World. New York: United Nations Publishing Section. Retrived from http://www.un.org/esa/policy/wess/wess 2007files/wess2007.pdf.

Unesco. (1978). *Quality of life*. An Orientation to Population Education. Bangkok.

United Nations. (1990.). *Guidelines on Methodological Approaches to the Conduct of A Regional Survey of the Quality of life and Aspect of Human Resources.* New York: Development

Walker S. N., Sechrist K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research. 36*(2), 76-81.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, *41*, 1403-1409.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล นางสาวจันทนา สารแสง

ที่อยู่ปัจจุบัน 9 หมู่ที่ 7 อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2546 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
พ.ศ. 2555 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประสบการณ์ทำงาน พ.ศ. 2546-2547 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
พ.ศ. 2547–2553 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหวาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2553–2556 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เทศบาลตำบลหนองล่อง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน
พ.ศ. 2556–ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เทศบาลตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนประกอบของการศึกษาวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่คำตอบที่ท่านให้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิจัยและพัฒนาการศึกษา กรุณาตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

1. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ

ผู้วิจัยหวังในความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จันทนา สารแสง

CHANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เพศ ( ) ชาย

( ) หญิง

1.2 อายุ ( ) อายุระหว่าง 60-69 ปี ( ) อายุระหว่าง 70-79 ปี

( ) อายุ 80 ปีขึ้นไป

1.3 สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรสอยู่ด้วยกัน

( ) สมรสแยกกันอยู่ ( ) หม้าย

1.4 แหล่งรายได้หลัก ( ) บุตรหลาน ( ) คู่สมรส

( ) ญาติพี่น้อง ( ) ทำงานด้วยตนเอง

( ) อื่น ๆ .....

1.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... คน

1.6 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

( ) ไม่มีโรคประจำตัว ( ) มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ).....

1.7 ท่านเข้าร่วมกิจกรรม ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่

( ) 1. ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

( ) 2. เข้าร่วมกิจกรรม

( ) 2.1 เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง ( ) 2.2 เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องความคิดเห็นของท่าน พร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด (4)	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
ด้านร่างกาย					
1	ท่านรู้สึกสุขภาพร่างกายของท่านสมบูรณ์แข็งแรงดี				
2	พละกำลังและเรี่ยวแรงของท่านที่มี สามารถช่วยให้ท่านลุกเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีเพียงใด				
3	ท่านคิดว่าความสามารถทางด้านร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆของท่านดีเพียงใด				
4	ท่านสามารถทำงานได้เป็นปกติดีเพียงใด โดยไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ				
5	ท่านรู้สึกเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น				
ด้านจิตใจ					
1	ท่านรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า				
2	ท่านมีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง				
3	ท่านมีความรู้สึกมั่นใจตนเอง				
4	ท่านสามารถจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีตได้				

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด (4)	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
5	ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร (ที่บ้าน/ ที่วัด) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง				
6	ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ				
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม					
1	หน่วยงานราชการได้เข้ามาให้การช่วยเหลือท่านในเรื่องต่าง ๆ ดีเพียงใด				
2	ท่านกับบุคคลภายในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเพียงใด				
3	เมื่อท่านเข้าไปมีส่วนร่วมในงานประเพณีและงานเทศกาลประจำปีต่าง ๆ ภายในชุมชน ท่านรู้สึกดีเพียงใด				
4	ข่าวสารต่าง ๆ ทั้งทางสื่อพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และเสียงตามสายในชุมชน ท่านสามารถรับรู้และรับทราบข่าวสารเหล่านั้นได้ดีเพียงใด				
5	ท่านเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น (อาหาร/ น้ำ) ในการทำกิจกรรมของชุมชนอย่างน้อยเดือนละ1ครั้ง				
ด้านสิ่งแวดล้อม					
1	สภาพบ้านของท่าน มีอากาศถ่ายเท มีแสงสว่างเพียงพอ สะดวก มีความเป็นส่วนตัวดีเพียงใด				
2	ท่านสามารถใช้ประโยชน์และเข้าถึงระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า ประปา ถนน ในชุมชนที่อาศัยอยู่ได้ดีเพียงใด				

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยมากที่สุด (4)	เห็นด้วยมาก (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
3	บ้านมีความมั่นคงและชุมชนของท่านมีความปลอดภัย เช่น ปราศจากโจรผู้ร้าย				
4	บ้านของท่านมีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ				
5	ภายในบ้านมีสิ่งอำนวยความสะดวกดีเพียงใด				
6	ท่านมีความสะดวกในการขอรับบริการ ด้านการเงินและความสะดวกในการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารได้ดีเพียงใด				
7	ท่านได้รับบริการด้านสวัสดิการจากผู้นำชุมชนดีเพียงใด				
8	หมู่บ้านของท่านจัดให้มีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ในการทำกิจกรรมสันทนาการในเวลาว่างดีเพียงใด				

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุ ในขณะนี้ ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ และกรุณาตอบทุกข้อ โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือบางวันเท่านั้น

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้งคราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
1	ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
2	ท่านสูบบุหรี่				
3	ท่านดื่มสุรา				
4	ท่านอ่านข่าวสาร ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ				
5	ท่านเคยพูดคุยปรึกษากับผู้อื่นในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพของท่าน				
6	ท่านไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย				
7	ท่านมีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ				
การออกกำลังกาย					
8	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือออกกำลังกายโดยการเดินเล่นรำมวยจีน การวิ่งเหยาะ การกายบริหาร หรือออกกำลังกายอย่างอื่น ๆ อย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที				
9	ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 20-30 นาที				
10	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก				
11	นอกจากการออกกำลังกายท่านได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน				

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้งคราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
12	ท่านออกกำลังกาย ประเภทที่เป็นการแข่งขัน				
โภชนาการ					
13	ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด หรือ เค็มจัด				
14	ท่านดื่มนมหรือเครื่องดื่มที่บำรุงร่างกาย วันละ 1 แก้ว				
15	ท่านรับประทานผักและผลไม้ต่างๆ				
16	ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว				
17	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมันเจือปน				
18	ท่านรับประทานขนมหวาน				
19	ท่านรับประทานอาหารประเภท ปลา หมู ไก่ เนื้อ นม ถั่ว ต่างๆ				
20	ท่านใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร				
21	ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อใน 1 วัน				
22	ท่านรับประทานอาหารครบทั้งอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้				
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
23	ท่านไปร่วมงานสังคมต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ				
24	ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆทางศาสนา				
25	ท่านยังคงติดต่อพูดคุยเยี่ยมเยือนญาติและผู้อื่น				
26	ท่านมีโอกาสได้ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้				

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้งคราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
27	ญาติ พี่น้องหรือเพื่อนที่ใกล้ชิดยังคงให้ความสนใจ ยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ				
28	ท่านพูดคุย ปรึกษาหารือและร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว				
29	ท่านมีความรู้สึกเหงาว้าเหว่				
30	ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
การพัฒนาจิตวิญญาณ					
31	ท่านเคยตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของท่าน				
32	ท่านมีโอกาสทำตามเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้อย่างเต็มความสามารถ				
33	ท่านประสบผลสำเร็จในเรื่องที่ท่านตั้งเป้าหมายไว้				
34	เมื่อท่านนึกถึงชีวิตที่ผ่านมาท่านรู้สึกพึงพอใจ				
35	ท่านเคยคิดว่าชีวิตของท่านขณะนี้อยู่ไปวัน ๆ เท่านั้น ไม่ต้องการที่จะทำอะไรให้ดีขึ้นอีกแล้ว				
36	การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงตามวัยของร่างกายท่านเคยคิดว่าเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน				
37	ท่านรู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลานหรือบุคคลรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ท่านต้องการ				
38	ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ ตามที่ท่านมุ่งหวังไว้แล้ว				
39	ท่านสมหวังในสิ่งที่ท่านต้องการ				
40	ท่านรู้สึกว่าช่วงนี้เป็นเวลาที่น่าเบื่อที่สุดในชีวิต				

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้งคราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
41	ท่านถ้ามีคนในวัยเดียวกันเจ็บป่วยหรือตาย ท่านรู้สึกหดหู่ หรือกลัวว่าตนเองจะต้องตาย				
การจัดการกับความเครียด					
42	เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุของความไม่สบายใจ และแก้ไขที่สาเหตุ				
43	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิด เพื่อระบายความรู้สึก				
44	ท่านคิดว่าตนเองมีความเครียด				
45	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านแก้ปัญหาโดยการไปนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ				
46	เมื่อมีเรื่องทุกข์ยากเดือนร้อนท่านโทษว่าเป็นเวรกรรมของท่าน				
47	ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการหางานอดิเรกที่ชอบหรือออกกำลังกาย				

CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

การขอใช้เครื่องมือ

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
CHIANG MAI RAJABHAT UNIVERSITY

Graduate School,
Chiang Mai Rajabhat University
202 Changpuek Road. Muang CHIANG MAI 50300
Tel: +66 5388 55999
Fax: +66 5388 55990

19 June 2017

Dear Dr.Susan Noble Walker and Dr. Nola J. Pender

I am a master degree student from Chiang Mai Rajabhat University writing my dissertation titled "Health-promoting Behavior and Quality of Life of the Elderly in Thungkhowpuang Sub-district, Chiang Dao District, Chiangmai Province" under the direction of my dissertation committee chaired by Dr. Siwalee Rattanapunya, who can be reached at email: sirk2012@hotmail.com.

I would like your permission to use the Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II]in Thai version which was translated by Associate Professor Dr.Aurawamon Sriyuktasuth as questionnaire instrument in my research study. I would like to use and print your survey under the following conditions:

- I will use the surveys only for my research study and will not sell or use it with any compensated or curriculum development activities.
- I will include the copyright statement on all copies of the instrument.

If these are acceptable terms and conditions, please indicate so by replying to me through e-mail: tanggao0523@hotmail.com

Sincerely,

Jantana S.

Miss Jantana Sarnsang

Master's Candidate

Assistant Prof.Dr.Kamolnut Pholwan
Dean of graduate school

การนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*

อรวมน ศรียุกตศุทธ** และคณะ***

Utility of Pender's Model in Describing Health-Promoting Behaviors in Patients with Rheumatoid Arthritis

Aurawamon Sriyuktasuth et. al.

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และศึกษาการนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่พัฒนาขึ้นในประเทศตะวันตกมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคนไทย เพื่อทราบถึงความสามารถและประโยชน์ของแบบจำลองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยจำนวน 198 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อ แผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นานกว่า 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Multiple regression และ path analyses

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงที่สุดและคะแนนด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายต่ำที่สุด ปัจจัยที่ร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.50 ผลการวิเคราะห์ path analysis พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงกว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าและระดับการศึกษาสูงกว่า มีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีประโยชน์ในการใช้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามที่เพนเดอร์เสนอไว้บางส่วนเท่านั้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์/แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล ประเภททุนส่งเสริมนักวิจัยรุ่นใหม่ ประจำปี 2546

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันดี โตสุขศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พิสมย เผ่าทอง พยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. อจนีย์ กุลวุฒิชัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

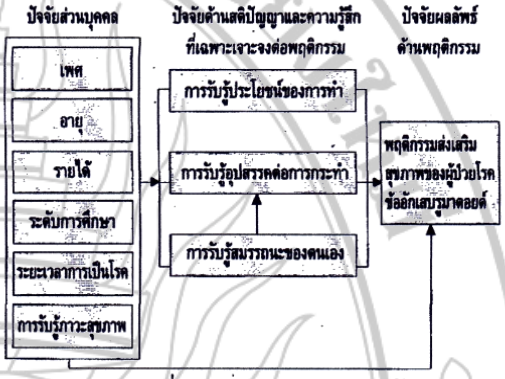
Abstract: The purposes of the study were to describe the HPBs and to determine the usefulness of Pender's model in describing the HPBs of the study population. Subjects were 198 patients with RA who were attending the Rheumatic clinic in the out-patient department of Siriraj hospital, were aged 20 and up, and who had been diagnosed with RA for more than 6 months. The subjects completed the questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics, multiple regression, and path analyses.

The results indicated that the patients with RA participated at a moderate level in the overall HPBs and 6 dimensions of HPBs. The sample was most likely to engage in the HPBs related to nutrition and interpersonal relations, while less likely to engage in physical activity. As described by multiple regression, 32.5% of the variance in the HPBs was explained by perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, perceived health status, income, and education. The results from path analyses revealed that the patients with RA who had higher perceived benefits, better perception of their health, and higher education were more likely to practice the HPBs. Pender's Health Promotion Model was useful in describing the HPBs of patients with RA, even though only some of the direct and indirect hypothesized paths were supported.

ส่วนใหญ่ทำในประเทศตะวันตก โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาซึ่งมีแบบจำลองที่ได้รับการพัฒนาขึ้น นอกจากนั้นยังทำในกลุ่มคนสุขภาพปกติเป็นส่วนใหญ่อีกด้วย ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาว่า HPM นี้สามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประชากรไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีความเป็นอยู่ วิถีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมที่ต่างกันกับประชากรในประเทศตะวันตกหรือไม่อย่างไร ผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับประชากรไทยต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้นำ HPM[2] เป็นแนวทางไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ HPM นี้ได้กล่าวถึงปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) ซึ่งรวมถึงการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (perceived barriers to action) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) ว่ามีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล นอกจากนั้นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ นอกจากจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ดังนั้น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลจึงมีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และทางอ้อมโดยผ่านทางปัจจัยหลักทั้งสามอีกด้วย ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองนอกจากจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำอีกด้วย



แผนภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดของการวิจัย*

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

2. เพื่อศึกษาการนำ Health Promotion Model ไปใช้ในการอธิบาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

2. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรค และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ผ่านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

3. การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วย

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผ่านการรับรู้อุปสรรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคข้อ แผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นานกว่า 6 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญตามคุณสมบัติที่กำหนด Kline[3] กล่าวถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับสถิติ path analysis ว่าขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของ model อย่างไรก็ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 100 คน ถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 100-200 คน ถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดกลาง และมากกว่า 200 คน ถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดจำนวน 212 คน ได้รับการเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย 12 คน (5.6%) ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม สภาพของร่างกายไม่อำนวย ไม่มีเวลา เป็นต้น 2 คน (0.94%) ตอบแบบสอบถามไม่ถูกต้องตามคำชี้แจง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย

1.1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลเรื่อง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรค และการรักษาที่ได้รับ

1.2 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้ 4 - item Self - Rated Health Scale[4] ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยทั่วไป สุขภาพขณะนี้เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน และปัญหาสุขภาพในปัจจุบันค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-13

1.3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ โดยใช้ Benefit Scale5 ทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยได้รับประโยชน์เลย ได้รับประโยชน์บางครั้ง ได้รับประโยชน์บ่อยครั้ง และได้รับประโยชน์สม่ำเสมอ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 ตามลำดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-32

1.4 แบบวัดการรับรู้อุปสรรค โดยใช้ Barrier Scale[6] ทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเป็นอุปสรรคเลย เป็นอุปสรรคบางครั้ง เป็นอุปสรรคบ่อยครั้ง เป็นอุปสรรคสม่ำเสมอ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 ตามลำดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-72

1.5 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยใช้ Arthritis Self - Efficacy Scale (ASES)[7] ทั้งหมด 6 ข้อ ผู้ป่วยตอบแต่ละข้อโดยเลือกตัวเลขบนเส้นตรง ซึ่งมีค่าคะแนนจาก 10-100 ค่าคะแนนรวมของแบบสอบถามชุดนี้ได้จากคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 6 ข้อ

2. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP II)[8]

ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน รวม 52 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 ตามลำดับ ค่าคะแนนรวมได้จากค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-4

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

Sriyuktasuth[9] แปลแบบวัดทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้วิธีการแปลกลับ (back translation method) และนำไปศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นโรคเอสแอลอี พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด (reliability) คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .80 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ แบบวัดการรับรู้อุปสรรค แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็น 0.65, 0.82, 0.75, และ 0.89 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ค่าความเชื่อมั่นเป็น 0.87 รายด้านได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.88-0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2546 ถึง เมษายน 2547 ดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจในวันที่เก็บข้อมูล

2. ขณะรอรับการตรวจรักษา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย เข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งให้ข้อมูลและเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย ถ้าผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับแบบสอบถามพร้อมชี้แจงการตอบ ก่อนที่จะเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตอบแบบสอบถามและส่งคืนที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสถิติเชิงพรรณนา Multiple regression และ Path analyses

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.2 (n=168)อายุเฉลี่ย 44.59 ปี (SD= 0.85) มีรายได้อยู่ในช่วง 2,000-80,000 บาท โดย 38.3% (n=72) มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท เกือบครึ่ง (44.7%, n=88) ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีเพียงร้อยละ 3 (n=6) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยด้วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 25 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 8.26 ปี (SD=0.44) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง เล็กน้อย (52%, n=103) อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ที่เหลือมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด (48%, n=95)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับปานกลาง แต่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคค่อนข้างต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ตัวแปร	Possible range	Actual range	$\bar{X}$	SD
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	4-13	4-12	7.90	0.13
การรับรู้ประโยชน์	8-32	8-32	22.60	0.35
การรับรู้อุปสรรค	18-72	5-57	33.89	0.58
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	10-100	20-100	69.05	1.03

ตารางที่ 2 คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	Range
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.69	0.31	1.73-3.96
ด้านโภชนาการ	2.85	0.31	1.78-3.89
ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.83	0.41	1.33-4.00
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.75	0.36	1.78-3.89
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.71	0.43	1.78-4.00
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.52	0.39	1.00-4.00
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย	2.21	0.43	1.00-3.75

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ Multiple regression ของตัวแปรต้นและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	B	SE B	β
การรับรู้ประโยชน์	9.12E-04	0.000	0.437***
การรับรู้อุปสรรค	-6.84E-03	0.004	-0.119^{NS}
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	2.42E-05	0.000	0.103^{NS}
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	7.66E-03	0.017	0.032^{NS}
รายได้	1.70E-06	0.000	0.064^{NS}
ระดับการศึกษา	5.23E-03	0.006	0.061^{NS}
R=0.570, R^2=0.325, Adjusted R^2=0.302			

หมายเหตุ ^{NS} =p>.05, ***p<.001

ตารางที่ 4 สรุปผลกระทบของตัวแปรอิสระต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	ผลทางตรง	ผลทางอ้อม	ผลโดยรวม
รายได้	.064	$-.053^{nt}$	.011
การศึกษา	.061	$.131^{nt}$	.192*
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.032	.209nt	.241**
การรับรู้ประโยชน์	.437***	-	.437***
การรับรู้อุปสรรค	-.119	-	-.119
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.103	.028	.131

หมายเหตุ ^{nt} = not test significant, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

จากข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อตัวเองมากขึ้น จิตใจแจ่มใส มองโลกในแง่ดี และช่วยลดความเครียดมากที่สุด ส่วนอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในเรื่องความปลอดภัย ความไม่สะดวกในการเดินทาง การมีหน้าที่อื่นที่ต้องรับผิดชอบ และสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์มากที่สุด ส่วนอุปสรรคที่มีน้อยที่สุด คือ อุปสรรคในเรื่องของการ ติดต่อสื่อสาร

2. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์** จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.69, SD=0.31) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยคะแนนสูงสุดคือ ด้านโภชนาการ ($\bar{X}$=2.85, SD=0.31) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ($\bar{X}$=2.21, SD=0.43) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่ร่วม อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.50 ($p<.001$) ทั้งนี้ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญในการศึกษาครั้งนี้มีเพียงการรับรู้ประโยชน์ (β=0.437, $p<.001$) ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณของปัจจัยที่ร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังแสดงในตารางที่ 3

หลังจากวิเคราะห์ multiple regression แล้ว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ path analyses เพื่อกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ path analyses โดยใช้ multiple regression analysis ได้รับการตรวจสอบ พบว่าแต่ละสมการเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ จากผลการวิเคราะห์ path model แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์เท่านั้นที่มีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=0.437, $p>.001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษา ถึงแม้มีผลกระทบโดยตรงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β=0.032, $p>.05$ และ β=0.061, $p>.05$ ตามลำดับ) แต่ผลกระทบผ่านตัวแปรอื่นๆ ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษามีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=0.241, $p<.01$ และ β=0.192, $p<.05$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะของตนเองแม้จะอยู่ใน path model แต่ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งทางตรงทางอ้อมหรือโดยรวมก็ตาม

สรุปผลกระทบของตัวแปรอิสระต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ แสดงในตารางที่ 4 อย่างไรก็ตามผลกระทบทางอ้อมของตัวแปรอิสระแต่ละตัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มาจากผลรวมของผลกระทบทางอ้อมทั้งหมดที่ตัวแปรนั้นๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่สามารถทดสอบความมีนัยสำคัญได้

การอภิปรายผล

1. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน แต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้ตรงกับผลการศึกษาของ Sriyuktasuth[9] ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเอสแอลอี นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรค parkinson[10] และ multiple sclerosis[11] เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยกับการวิจัยอื่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี เช่น ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้หญิงทำงานโดย Sinthanayothin[12] พบว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านต่ำกว่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสุขภาพมีผลต่อระดับการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ[13] กลุ่มผู้มีสุขภาพปกติสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านได้ง่ายกว่า บ่อยครั้งกว่า ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจมีอุปสรรคในเรื่องของสภาพร่างกายทำให้ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมบางอย่างได้ หรือทำได้น้อยกว่าคนสุขภาพปกติ

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนสูงที่สุดในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่แล้วรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง มีเพียงร้อยละ 1.0 เท่านั้นที่ไม่รับประทานอาหารเช้า และมีเพียงร้อยละ 5.1 เท่านั้นที่ไม่เคยอ่านสลากข้างกระป๋องอาหารสำเร็จรูปเพื่อทราบส่วนประกอบของอาหาร อย่างไรก็ตามอาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสหรือเวลาที่จะประกอบอาหารด้วยตนเอง ทำให้ขาดโอกาสในการเลือกอาหารที่ถูกภาวะโภชนาการ ทำให้คะแนนรวมทางพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับปานกลาง ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมด้านร่างกายในระดับต่ำและมีคะแนนต่ำที่สุดในพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มอื่นๆ ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง[9,12] อาการข้ออักเสบ ปวดข้อ ของกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นอุปสรรคหนึ่ง นอกจากนั้น การเดินทางไม่สะดวก มีหน้าที่อื่นต้องรับผิดชอบและร่างกายไม่สมบูรณ์ เป็นอุปสรรคที่กลุ่มตัวอย่างได้รายงานไว้ อีกทั้งข้อคำถามเกี่ยวกับการจับชีพจรขณะออกกำลังกายและการออกกำลังกายจนการเต้นของหัวใจขึ้นสูงถึงระดับเป้าหมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่คนไทยไม่คุ้นเคยทำให้คะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามทั้ง 2 ข้อนี้ อยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}$=1.55 และ $\bar{X}$=1.80 ตามลำดับ) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างแทบจะไม่ได้ปฏิบัติเลย หรือปฏิบัติน้อยมาก ทั้งหมดนี้ทำให้คะแนนภาพรวมของพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับต่ำ

2. **การอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้ HPM** การวิเคราะห์ multiple regression และ path analyses พบว่าปัจจัยที่ร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่เสนอใน HPM ของกลุ่มตัวอย่าง คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา ปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงการรับรู้ประโยชน์ (β=0.437, p<.001) ซึ่งเป็น

ปัจจัยที่อยู่ในปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลมากที่สุดใน HPM[14] งานวิจัยนี้จึงถือได้ว่าสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือขึ้นอยู่กับผลของการปฏิบัตินั้น หากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่ให้ผลตามที่รับรู้หรือคาดหวัง จะทำให้รู้สึกพึงพอใจหรือทำให้รู้สึกว่าได้รับประโยชน์ จะส่งผลให้มีการคงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่นั้นไว้[15]

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-0.119, p>.05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sriyuktasuth[9] ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหญิงโรคเอสแอลอี และ Vannarit[16] ในการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในระดับค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-0.103, p>.05) แต่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-0.239, p<.01) และจากการวิเคราะห์ path analyses พบว่าอิทธิพลโดยรวมของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็น 0.131 (p>.05) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุน HPM บางส่วนที่ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรค เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ว่าตนมีความสามารถในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และเกิดความพร้อมในการที่จะปฏิบัติ ทำให้มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ ส่วนการที่ไม่สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องจากการรับรู้สมรรถนะของบุคคลนั้นอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ประสบการณ์ตรงที่ประสบผลสำเร็จในอดีต ประสบการณ์ที่ได้รับรู้จากการกระทำของผู้อื่น การได้คำพูดชักจูง และได้รับอิทธิพลจากความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม[2] ซึ่งผู้ศึกษาไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยต่อไป

การศึกษาครั้งนี้สนับสนุน HPM บางส่วนโดยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลทั้ง 3 ปัจจัย ประกอบด้วย รายได้ ระดับการศึกษาและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับการศึกษาและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อปัจจัยหลักด้านสติปัญญาและความรู้สึกเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อรวมอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของรายได้และการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้วทำให้ปัจจัยทั้งสองเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ประโยชน์ (β=0.199, p<.01) การรับรู้อุปสรรค (β=-0.223, p<.01) แต่ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (β=0.126, p>.05)และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (β=0.061, p>.05) อย่างไรก็ตามเมื่อรวมอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมแล้ว ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(β=0.192, p< .05) ทั้งนี้เพราะการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญทางการรู้คิดตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เห็นประโยชน์ รู้วิธีเอาชนะอุปสรรคที่มีหรืออาจเกิดขึ้นได้ มีโอกาสและทักษะในการแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อีกทั้งมีความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลที่ได้ ตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆได้ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้หญิงโรคเอสแอลอี[9] ผู้หญิงวัยกลางคนที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร[12]

การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ประโยชน์ (β=0.299, p<.001) การรับรู้อุปสรรค (β= -0.201, p<.01) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (β=0.408, p<.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β=0.032, p>.05) ซึ่งสนับสนุน HPM บางส่วน ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างน้อย แต่เมื่อรวมอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสำคัญเป็นอันดับสองรองจากการรับรู้ประโยชน์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ทั้งหมดเป็น 0.241 (p< .01) โดยเป็นอิทธิพลทางตรง 0.032 และอิทธิพลทางอ้อม 0.209 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคเอสแอลอีที่ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง[9] แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwonnaroop[17] ซึ่งพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาสนับสนุนความตรงเชิงทฤษฎี HPM ที่ว่าปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะ

เจาะจงต่อพฤติกรรมเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล อีกทั้งเป็นตัวส่งผ่านที่สำคัญระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองสุขภาพดี ทำให้รับรู้ถึงศักยภาพแห่งตนมีความเชื่อมั่น ตระหนักถึงความสำคัญ มองเห็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถเอาชนะสิ่งขัดขวางการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ จึงปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี

สรุปผลการศึกษา

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีพฤติกรรมสูงสุดในด้านโภชนาการ และมีพฤติกรรมต่ำสุดในด้านกิจกรรมด้านร่างกาย

2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 32.50 (p<0.001)

3. ผลจากการวิเคราะห์ path analyses ซึ่งรวมอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา ตามลำดับ

4. รายได้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านทางการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

5. ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลทางตรง แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านทางการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีอิทธิพลทางตรง แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านทางการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

7. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้อุปสรรค แต่ไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

8. ถึงแม้ว่าผลการวิจัยจะสนับสนุน HPM บางส่วน แต่สามารถนำ HPM มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในประเทศไทยได้ โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดปัจจัย และอธิบายผลกระทบของปัจจัยเหล่านั้นต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่แปลมาจาก HPLP II บางข้อคำถามอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของคนไทย

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อ โรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงผู้ป่วยในสถานที่อื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน หรือผู้ป่วยโรคในชุมชนที่ไม่ได้มารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยเป็นข้อมูลให้เห็นถึงประโยชน์ของ HPM ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ การดูแลผู้ป่วยควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรให้ความสนใจกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี มีการศึกษาน้อย โดยส่งเสริมให้เล็งเห็นประโยชน์ของการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยอื่นๆ เช่น อิทธิพลด้านสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นต้น การศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยอื่นๆทั้งหมดที่เสนอไว้ใน HPM อาจทำให้สามารถทดสอบความตรงเชิงทฤษฎี และความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้มากขึ้น อีกทั้งศึกษาวิจัยประเด็นอื่นๆ เช่น พฤติกรรมเฉพาะด้าน และใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์ และ คณะ. Rheumatology for the non-rheumatologist. สมาคมรูมาติซั่มแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
2. Pender NJ. Health promotion in nursing practice (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange; 1996.
3. Kline RB. Principles and practice of structural

equation modeling. New York: The Guilford Press; 1998.

4. Lowton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. Journal of Gerontology 1982; 37, 91-99.
5. Wilson AH. Health-promoting behaviors among married and unmarried mothers. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham; 1991.
6. Becker H, Stuifbergen AK, Sands D. Development of a scale to measure barriers to health promotion activities among persons with disabilities. American Journal of Health Promotion 1991; 5, 449-454.
7. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. Arthritis and Rheumatism 1989; 32,37- 44.
8. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-promoting lifestyle profile II. University of Nebraska, College of Nursing; 1995.
9. Sriyuktasuth A. Utility of Pender's model in describing health-promoting behaviors in Thai women with systemic lupus erythematosus. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham; 2002.
10. Fowler SB. Hope and a health-promoting lifestyle in persons with parkinson's disease. Journal of Neuroscience Nursing 1997; 29, 111-116.
11. Stuifbergen AK, Rogers S. Health promotion: An essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions [Electronic version]. Advances in Nursing Science 1997, 19(4), 1-20.
12. Sinthanayothin P. The study of health perception and health-promoting behaviors in midlife working women in Bangkok. Unpublished master's thesis, Mahidol University; 2000.
13. Pender NJ. Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1987.
14. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002.
15. Rothman AJ. Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. Health Psychology 2002; 19 (1), Suppl.: 64-69.
16. Vannarit T. Predictors of exercise activity among rural Thai older adults. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham;1999.
17. Suwonnaroop N. Health-promoting behavior in older adults: The effect of personal factors, perceived health status, and social support. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Ohio; 1998.

แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่าน โปรดพิจารณาว่าท่านมีพฤติกรรมในแต่ละข้อบ่อยครั้งแค่ไหน แล้ววงกลมล้อมรอบตัวเลขท้ายข้อความเพียงหนึ่งตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1 = ไม่เคยปฏิบัติ 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 = ปฏิบัติสม่ำเสมอ

	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1. พูดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลใกล้ชิด	1	2	3	4
2. เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มัน และเป็นอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคลอเรสเตอรอลต่ำ	1	2	3	4
3. รายงานแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ	1	2	3	4
4. ออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้	1	2	3	4
5. นอนหลับอย่างเพียงพอ	1	2	3	4
6. รู้สึกว่าตนเองมีวุฒิภาวะสูงขึ้น และกำลังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี	1	2	3	4
7. แสดงความยินดีให้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ	1	2	3	4
8. ไม่รับประทานอาหารหวานจัดเกินไป	1	2	3	4
9. อ่านหนังสือหรือดูรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	1	2	3	4
10. ทำกายบริหารอย่างเต็มที่ เช่น เดินเร็ว, ปั่นจักรยาน, เต้นแอโรบิค เป็นเวลา 20 นาทีหรือมากกว่านั้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์	1	2	3	4
11. แบ่งเวลาสำหรับการพักผ่อนบ้างในแต่ละวัน	1	2	3	4
12. เชื่อมั่นว่าชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย	1	2	3	4
13. รักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น	1	2	3	4
14. รับประทานอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว, ขนมปัง, หรือก๋วยเตี๋ยว ในแต่ละมื้อของวัน	1	2	3	4
15. ซักถามแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น เมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ	1	2	3	4
16. ออกกำลังกายบ้าง (เช่น เดินบริหารร่างกาย 30-40 นาที อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์)	1	2	3	4
17. ยอมรับสิ่งต่าง ๆในชีวิตของตัวเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	1	2	3	4

NAKHON RAJABHAT UNIVERSITY

2

	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
18. ไม่มัวกังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต แต่คำนึงถึงอนาคตข้างหน้า	1	2	3	4
19. สังสรรค์กับเพื่อนสนิท	1	2	3	4
20. รับประทานผลไม้ 2-3 ครั้งต่อวัน	1	2	3	4
21. ขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น เมื่อสงสัยหรือไม่มั่นใจคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ผู้รักษา	1	2	3	4
22. ใช้การออกกำลังกาย (เช่น ว่ายน้ำ, เต้นรำ, ขี่จักรยาน) เป็นวิธีการพักผ่อนอย่างหนึ่ง	1	2	3	4
23. พยายามคิดถึงสิ่งดี ๆก่อนนอน	1	2	3	4
24. จิตใจสงบ ไม่กระวนกระวายหรือคิดฟุ้งซ่าน	1	2	3	4
25. สามารถแสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อผู้อื่นได้โดยง่าย	1	2	3	4
26. รับประทานอาหารจำพวกผักอย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน	1	2	3	4
27. พูดคุยสนทนาปัญหาสุขภาพที่สนใจกับบุคลากรทางการแพทย์	1	2	3	4
28. ทำกายบริหารโดยใช้ท่าที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (เช่น แกว่งแขนหรือขาสลับไปมา, นอนตะแคงยกขาขึ้นลง, ซิดอัพ, กระโดดเชือก, ยกน้ำหนัก) อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1	2	3	4
29. ใช้วิธีเฉพาะตัวเพื่อควบคุมหรือบรรเทาความเครียด	1	2	3	4
30. กำหนดเป้าหมายของชีวิต และพยายามทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น	1	2	3	4
31. มีการแสดงออกทางกาย เช่นสวมกอด หรือแตะมือเพื่อเป็นการแสดงความรัก ความห่วงใยกับบุคคลใกล้ชิด	1	2	3	4
32. ดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์ของนม 2-3 แก้วต่อวัน	1	2	3	4
33. ตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง	1	2	3	4
34. ออกกำลังกายระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์, จอดรถห่างจากที่หมายเพื่อจะได้เดินออกกำลัง	1	2	3	4
35. แบ่งเวลาสำหรับการทำงานและการพักผ่อนให้สมดุล	1	2	3	4
36. พบว่าในชีวิตแต่ละวันนั้นท้าทายและน่าสนใจ	1	2	3	4

3

	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
37. หาวิธีที่ทำให้สัมพันธภาพส่วนตัว เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิทหรือคู่สมรสเป็นไปด้วยดี	1	2	3	4
38. รับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์, ไข่, ถั่ว อย่างน้อย 2-3 มื้อต่อวัน	1	2	3	4
39. ขอข้อมูลจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง	1	2	3	4
40. ตรวจนับชีพจรขณะออกกำลังกาย	1	2	3	4
41. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดหรือทำสมาธิ 15-20 นาทีเป็นประจำทุกวัน	1	2	3	4
42. ตระหนักได้ว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญในชีวิต	1	2	3	4
43. ยอมรับการช่วยเหลือ, สนับสนุนจากบุคคลอื่น	1	2	3	4
44. อ่านสลากข้างกระป๋องหรือภาชนะที่บรรจุ เพื่อให้ทราบชนิดสารอาหาร, ปริมาณไขมันและโซเดียมที่เป็นส่วนประกอบ	1	2	3	4
45. เข้าร่วมฟังหรือทำกิจกรรมในรายการเพื่อการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ	1	2	3	4
46. ออกกำลังกายให้จำนวนครั้งของชีพจรต่อนาทีถึงระดับที่กำหนดไว้	1	2	3	4
47. ทำสิ่งต่างๆอย่างไม่หักโหมจนเกินไป	1	2	3	4
48. รู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่งทางใจ	1	2	3	4
49. แก้ไขความขัดแย้งด้วยการพูดคุย และประนีประนอม	1	2	3	4
50. รับประทานอาหารเช้า	1	2	3	4
51. ขอคำปรึกษาและคำแนะนำจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น	1	2	3	4
52. เปิดตัวเองสู่ประสบการณ์ใหม่ๆ และสิ่งที่ท้าทาย	1	2	3	4

S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995. Reproduction without the author's express written consent is not permitted. Permission to use this scale may be obtained from: Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.

This scale was translated into the Thai language with permission by Sriyuktasuth, 2002.

ที่ ศธ ๐๕๓๓.๑๓/พิเศษ

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ถ.โชตนา ต.ช้างเผือก อ.เมือง
จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อทำการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ด้วยนางสาวจันทนา สารแสง นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ มีความประสงค์จะขอใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย (WHOQOL_BREF_THAI) ฉบับแปลภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาโดยหน่วยงานของท่าน ในวิทยานิพนธ์เรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งได้รับการอนุมัติโครงร่างงานวิจัยเมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ในการนี้เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และจริยธรรมในการทำวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เพื่ออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวในการทำวิจัยครั้งนี้และท่านสามารถส่งผลการพิจารณาการขออนุญาตครั้งนี้ได้ที่ tanggao0523@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลณัฏฐ์ พลวัน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รับต้นฉบับแล้ว
๒ ส.ค. ๖๐

บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๘๕๙๙๙โทรสาร ๐๕๓-๘๘๕๙๙๐