

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว
จังหวัดจันทบุรี

นางสุวพัชร ฤทธิโสภ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ.2553

**Factors Influencing Health Promotion Behaviors of the Elderly in the Family
at Chantaburi Province**

Mrs. Suvapat Ritisom

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Home Economics in Family and Social Development**

**School of Human Ecology
Sukhothai Thammathirat Open University**

2010

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว
จังหวัดจันทบุรี

ชื่อและนามสกุล นางสาวพัชร ฤทธิโสสม

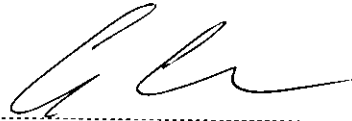
วิชาเอก การพัฒนาครอบครัวและสังคม

สาขาวิชา มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์พูนศิริ วัจนะภูมิ
2. รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สุกมาส อังศุโชติ

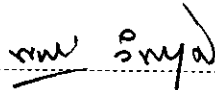
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2553

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์)



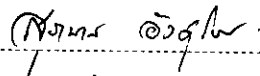
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์พูนศิริ วัจนะภูมิ)



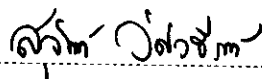
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุกมาส อังศุโชติ)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวจังหวัดจันทบุรี
ผู้วิจัย นางสาวพัชร ฤทธิโสภม รหัสนักศึกษา 2487000636 **ปริญญา** คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนา
 ครอบครัวและสังคม) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์พูนศิริ วัจนะภูมิ (2) รองศาสตราจารย์ ดร. วรณีย์
 เอี่ยมสวัสดิกุล (3) รองศาสตราจารย์ ดร. สุภมาศ อังสุโชติ **ปีการศึกษา** 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว (2) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว (3) อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 397 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุน และการได้รับการชักชวน เท่ากับ .90, .70, .80, .88, .84, .68 และ .66 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับสูง โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจอารมณ์ และด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยนำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.2 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.9) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.3 มีมัชฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,300 บาท มีความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ปัจจัยเอื้ออำนวย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยสนับสนุน กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับดี ได้รับการชักชวนอยู่ในระดับปานกลาง (3) ปัจจัยทำนายทั้ง 3 ปัจจัย สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ได้ร้อยละ 43.6 ($R^2 = .436$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คือ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพ โดยประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด

คำสำคัญ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ครอบครัว

Thesis title: Factors Influencing Health Promotion Behaviors of the Elderly in the Family at Chantaburi Province

Researcher: Mrs. Suvapat Ritisom ; ID: 2487000636;

Degree: Master of Home Economics (Family and Social Development);

Thesis advisors: (1) Poonsiri Watjanapoom, Associate Professor; (2) Dr. Warinee Jemsawasdikul, Associate Professor; (3) Dr. Supamas Angsuchoti, Associate Professor;

Academic year: 2010

Abstract

This research aims at examining (1) health promotion behaviors of the elderly in the family; (2) predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors to health promotion behaviors of the elderly in the family; and (3) influences of predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors to health promotion behaviors of the elderly in the family at Chantaburi Province.

The sample group consisted of 397 elderly people. The tool for data collection was the questionnaire with its validities regarding health promotion behaviors of the elderly, knowledge about health promotion behaviors of the elderly, attitude toward health promotion behaviors of the elderly, access into the information source, experience in health promotion, receipt of supports and receipt of objection equaled to .90, .70, .80, .88, .84, .68 and .66 respectively. The data was analyzed by the data processing program. The statistics for data analysis included the percentage, mean, median, Standard Deviation, Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis.

The results showed that (1) the sample group had the overall health promotion behaviors of the elderly at the high level while its health promotion behaviors in term of emotion and mind and physical body were at the high level, but its health promotion behaviors of the elderly in term of socio-economic were at the medium level, (2) for predisposing factors, the sample group consisted of female subjects for 70.3%; aged at 42.2 on average; most subjects completed the primary school (at 61.9%); married at 68.5%; most subjects were labors or it accounted for 37.3%; with the median income of the family per month was at baht 8,300 and it had knowledge and attitude toward health promotion behaviors of the elderly at the good level; for the enabling factors, the sample group could access into the information source and had the experience in health promotion behaviors at the medium level; for the reinforcing factors, the sample group received the supports at the good level but it received the objection at the medium level, (3) the predictors for all 3 factors were able to explain about health promotion behaviors of the elderly in the family at 43.6% ($R^2 = .436$). The variables influencing health promotion behaviors of the elderly in the family at the statistic significance of .05 included the average income of the family per month, knowledge and attitude towards health promotion behaviors of the elderly, and experience in health promotion behaviors. The experience in health promotion behaviors was the most influential predictor.

Keywords: health promotion behaviors, elderly, family

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์พูนศิริ วัจนะภูมิ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งคอยให้กำลังใจ ห่วงใย และกระตุ้นติดตามการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างสม่ำเสมอตลอดมา รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล รองศาสตราจารย์ ดร. สุภมาศ อังสุโชติ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ คุณเพ็ญภักดิ์ สุขสิงห์ และคุณพรหมมาตร์ ปฏิสังข์ ที่ได้ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัว นักศึกษารุ่นพี่ เพื่อนร่วมงานและผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้วิจัยฟันฝ่า อุปสรรคต่าง ๆ จนสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้

สุวพัชร ฤทธิโสม

ธันวาคม 2553

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	21
พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว	25
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร	59
ตอนที่ 2 พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ ครอบครัว	65
ตอนที่ 4 อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อ พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว	68
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	74
สรุปการวิจัย	74
อภิปรายผล	78
ข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	94
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	95
ข แบบสอบถาม	97
ค ร้อยละของระดับความคิดเห็น	107
ประวัติผู้วิจัย	115

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร 59
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ 61
ตารางที่ 4.3	จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวผู้สูงอายุ การปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย และ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แหล่งที่ได้รับคำแนะนำ และหัวข้อเรื่องที่ได้รับความรู้ 62
ตารางที่ 4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน 64
ตารางที่ 4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 66
ตารางที่ 4.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงแหล่งประ โยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ 67
ตารางที่ 4.7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุน และการได้รับการจัดขวาง 68
ตารางที่ 4.8	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม 70
ตารางที่ 4.9	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 72

ญ

สารบัญญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ (Revised health promotion model) (Pender, 1996)	32
ภาพที่ 2.2 แบบจำลองพรีสิด - โพรสิด	33

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เจริญก้าวหน้า รวมทั้งการบริการด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างทั่วถึง ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรของโลกจึงมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ครั้งที่ผ่านมาพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4.0 ล้านคนหรือร้อยละ 6.8 ในปี 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุ 5.9 ล้านคนหรือร้อยละ 9.4 ในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 7.0 ล้านคนหรือร้อยละ 10.7 และในปี 2553 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.8 (คาดประมาณ ณ กลางปี 2553) (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2553: 3)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรสูงอายุดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” ในราวปี พ.ศ. 2547 – 2548 ซึ่งตามเกณฑ์ของสหประชาชาติกำหนดว่าการเป็นภาวะประชากรสูงอายุนั้น ต้องมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2548: 41) และการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ทั้งในด้านภาวะสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การดำรงชีวิต และการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติได้ โดยเฉพาะในครอบครัวจะพบว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระ เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ปัจจุบันคนวัยทำงาน 100 คน ต้องเลี้ยงดู ผู้สูงอายุ 13 คน และคาดว่าในปี 2563 คนกลุ่มนี้ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 23 คน และอีก 50 ปีข้างหน้า คนวัยทำงาน 100 คน จะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 55 คน ซึ่งทำให้ครอบครัวต้องมีภาระในการเลี้ยงดูและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ประอรนุช เชื้อถือ 2548: 1)

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ส่วนใหญ่จะมีลักษณะสำคัญคือ ประสิทธิภาพในการทำงานจะเสื่อมลง ความสามารถในการทำกิจกรรมลดน้อยลง มีความต้านทาน โรคต่ำ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา เช่น มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ ภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคหรือมากกว่า (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ 2540: 27; ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2542: 23) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบกับในวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน คือ การเกษียณอายุทำให้รายได้และความภาคภูมิใจตนเองลดลง ด้วย ทั้งยังอยู่ในวัยที่จะมีการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ และต้องการการพึ่งพามากขึ้น ทำให้รู้สึกขาดความอบอุ่น อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ สำหรับการเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจต้องลดบทบาทลง เช่น จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว กลายเป็นผู้ที่ต้องมาเป็นภาระของบุตรหลาน บางคนอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การเกษียณอายุ มีผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง (บรรลุ ศิริพานิช: 2542 อ้างถึงใน วิชา บวรณเศรษฐ์ 2546: 3)

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งที่นักวิชาการ ได้เสนอไว้เพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุมาก เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ และยังเป็นแหล่งที่พึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ทางสังคมวิทยาถือว่าครอบครัวเป็นพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญ เพราะเป็นสังคมระดับแรกของมนุษย์ และเป็นสถาบันสำคัญ ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ (ฤตินันท์ นันทิโร 2543 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถื่อ 2548: 2) ครอบครัวจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงาน หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถจะทำได้ แต่จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน มักพบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ห่วงเรื่องการทำงานหารายได้ มากกว่าการเลี้ยงดูอุปถัมภ์ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิตมาก ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า บุตรหลานไม่รัก ถ้าหากครอบครัวมีการรับรู้ และให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความสำคัญต่อบุตรหลาน อยากมีชีวิตที่ยืนยาว ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (พัชกานต์ สกกุลพานิช 2545 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถื่อ 2548: 2) การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวต้องปรับพฤติกรรมให้ตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุ (Ebersole, P.A.and

Hess, P:1990) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ครอบครัวจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทุกๆ ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่เน้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบสุขภาพที่พอเพียง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมจากสมาชิกในครอบครัว ก็จะช่วยชะลอความเสื่อม หรือลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้

จังหวัดจันทบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชากรสูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2552 มีประชากรสูงอายุจำนวน 62,064 คน คิดเป็นร้อยละ 12.14 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น โรคที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน คิดเป็นอัตรา 1,339.59 ต่อแสนประชากร และ 1,008.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 2552: 10) การเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวนี้ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพักผ่อน สาเหตุอีกประการหนึ่ง สืบเนื่องมาจากจังหวัดจันทบุรีมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่เหมาะสมสำหรับการทำสวนผลไม้ ได้แก่ เงาะ ทุเรียน มังคุด ซึ่งเป็นผลไม้ที่มีรสหวาน โดยเฉพาะทุเรียน อีกทั้งอุปนิสัยการรับประทานอาหารของประชาชน มักชอบอาหารรสหวาน ไม่ว่าจะเป็นอาหารคาวหรือหวานก็ตาม ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน และเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรมด้วย อย่างไรก็ตาม โรคต่างๆ ที่กล่าวมา สามารถควบคุมและป้องกันได้ หรือเมื่อเป็นโรคแล้วถ้ามีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพได้ หรืออยู่อย่างไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจนเกินไป การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่ง แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดในความสามารถทางด้านร่างกาย จากความเสื่อมตามวัย หรือความเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ สมาชิกในครอบครัวจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งที่มีปัญหาสุขภาพแล้ว และยังไม่เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้น สุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในขณะที่พฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี โดยประยุกต์กรอบแนวคิดแบบจำลอง

พรีซีดี-โพรซีดี (PRECEDE-PROCEED Model) ของกรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter) เนื่องจากแบบจำลองพรีซีดี-โพรซีดี เน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยนำประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยเอื้ออำนวย ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนและการได้รับการชี้แจงจากกรอกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยดังกล่าวมีความครอบคลุมทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคล โดยทั้งสองส่วนจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการจัดรูปแบบ และดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรีต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี
- 2.3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองพรีซีดี-โพรซีดี (PRECEDE-PROCEED Model) ของกรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter) ซึ่งได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพว่า ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2544: 37)

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจของผู้ดูแลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วย ความรู้ และทัศนคติของผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ที่มีอิทธิพล

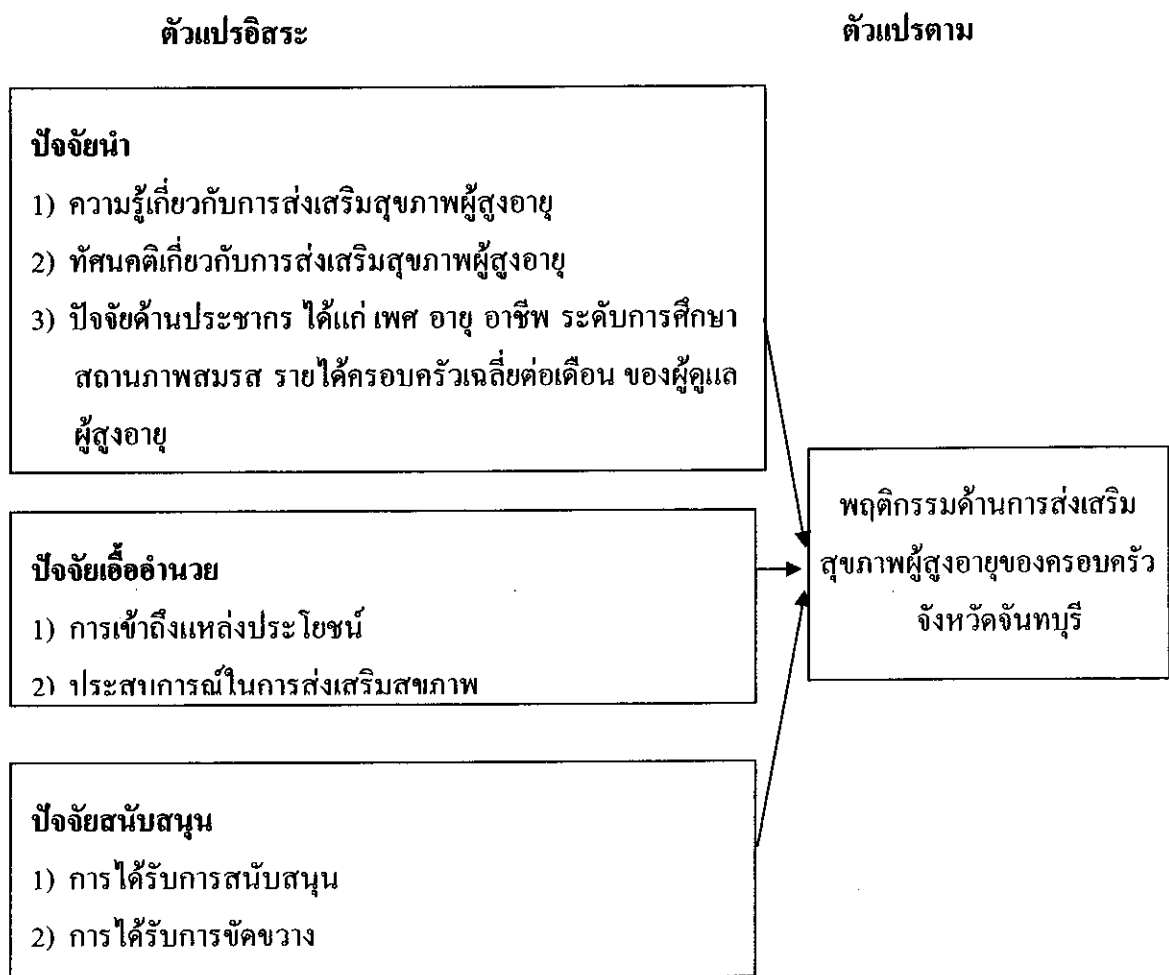
ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังรวมถึงปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ต่อเดือน ซึ่งมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ปัจจัยเอื้ออำนวย หมายถึง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งประโยชน์

ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของครอบครัวได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ซึ่งเป็นไปในลักษณะแรงกระตุ้น รวมทั้งผลสะท้อนจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป อันได้แก่ การได้รับการสนับสนุน และการได้รับการจัดขวาง

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังรายละเอียดในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุนของครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ มีความผูกพันกันทางสายโลหิต กฎหมาย เศรษฐกิจ และสังคม และมีบทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 54,571 คน (ข้อมูล ณ ปี 2550)

5.2 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-กันยายน 2551

5.3 ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

5.2.1 ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) ปัจจัยนำ ได้แก่

(1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

(2) ทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

(3) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา

สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

3) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุน และการได้รับการขัดขวาง

5.2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมเศรษฐกิจ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี

6.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ มีความผูกพันกันทางสายโลหิต กฎหมาย เศรษฐกิจ และสังคม และมีบทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

6.3 พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมเศรษฐกิจ

6.4 ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผลต่อแรงจูงใจ ให้มีพฤติกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบด้วย ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6.4.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6.4.2 ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึกรู้สึกผิด เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6.4.3 ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

6.5 ปัจจัยเอื้ออำนวย หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

6.5.1 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับความครอบคลุม เพียงพอ และสะดวกที่จะเข้าไปใช้แหล่งประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

6.5.2 ประสพการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6.6 ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง การได้รับการสนับสนุน หรือขัดขวางจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย

6.6.1 การได้รับการสนับสนุน หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับคำชมเชยหรือรางวัล จากบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

6.6.2 การได้รับการขัดขวาง หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการตำหนิหรือลงโทษจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

7.2 นำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตครอบครัว ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

7.3 วงการวิชาการด้านการพัฒนาครอบครัว ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว และนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

7.4 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรีนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญครอบคลุมในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ได้มีผู้ให้คำนิยามของความสูงอายุ (ความชรา) ที่แตกต่างกัน โดยมีสองสิ่งเหมือนกันคือ “ความชราสัมพันธ์กับอายุ” และถัดจากความชรา ก็คือความตาย องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ ว่าหมายถึงประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา 2534: 5) ประเทศในแถบอเมริกา และยุโรป กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประเทศไทยได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป และถือเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการ เนื่องจากเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อม ควรได้รับการพักผ่อนและเปลี่ยนแปลงการทำงาน ซึ่งเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ต้องเผชิญภาวะเครียด

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ว่าส่วนใหญ่ใช้อายุเป็นเกณฑ์กำหนด โดยถือว่าบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยการกำหนดใช้ความหมายตามปฏิทิน

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการอธิบายเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุได้อย่างมีหลักเกณฑ์ มีเหตุผล และเป็นที่ยอมรับได้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคนอื่น ๆ 2546: 6-7)

1.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ทฤษฎีกลุ่มนี้มี 3 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1) **ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ร่างกายจึงต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยง่าย และเมื่อเกิดแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

2) **ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นๆ ยีนส์จะค่อยๆ เกิดความผิดพลาดและความผิดพลาดจะมากขึ้น ๆ จนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

3) **ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radicals Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์มีเรดิคัลอิสระ หรืออนุมูลอิสระเกิดขึ้นอย่างมากและตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้ยีนส์เกิดความผิดปกติ

1.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ทฤษฎีกลุ่มนี้มี 2 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1) **ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและพัฒนาการด้านจิตใจของตน เช่น บุคคลที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคงเห็นความสำคัญและรักผู้อื่น เมื่อเป็นผู้สูงอายุก็นจะสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเติบโตมาในลักษณะร่วมมือกับใครไม่เป็นที่ถือว่าตัวใครตัวมัน จิตใจคับแคบ ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข

2) **ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องก็เนื่องมาจากยังสนใจในเรื่องต่าง ๆ มีการค้นคว้าและเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่จะมีลักษณะนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้โดยไม่เคียดกร้อน

1.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์หาสาเหตุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป กลุ่มทฤษฎีนี้มี 4 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1) **ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)** ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่า กิจกรรมของสังคมจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย ผู้สูงอายุที่จะมีความสุข ควรมีกิจกรรมทางสังคมพอสมควร ผู้สูงอายุที่

ปฏิบัติกิจกรรมของสังคมอยู่เสมอ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก และปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมทางสังคม

2) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagements Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนมีความสามารถลดลง และมีสุขภาพเสื่อมถอย จึงถอยถอนหรือหลีกเลี่ยงบทบาทและกิจกรรมทางสังคม เพื่อลดความตึงเครียด หรือบีบคั้น

3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างมีความสุขนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น บุคคลที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษ ก็จะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

4) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าอายุเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการกำหนดบทบาทของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิต ผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับกรยอมรับบทบาททางสังคมในแต่ละช่วงชีวิตที่ผ่านมา และยังมีผลสืบเนื่อง ไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมในอนาคตซึ่งเปลี่ยนแปลงไปด้วย

การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ใน 3 กลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีด้านชีววิทยา ทฤษฎีด้านจิตวิทยา และทฤษฎีด้านสังคมวิทยา พบว่าแต่ละกลุ่มทฤษฎีจะมีความสำคัญแตกต่างกันไป แต่ทั้งหมดช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น โดยทฤษฎีด้านชีววิทยาจะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะกล่าวถึงจิตใจของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นลักษณะของการพัฒนาและปรับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ แรงจูงใจ เป็นต้น ขณะที่ทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะเกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุราชการ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ดำเนินชีวิตผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย ทั้งในส่วนที่ส่งผลต่อชีวิต ด้านบวกและด้านลบ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งสิ้น สามารถแบ่งได้เป็น 5 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ (ทัศนยา บุญทอง 2544: 392-395)

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกายไม่เท่ากัน เนื่องจากอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงไปตามความสูงอายุในอัตราไม่เท่ากัน ในแต่ละคนก็มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเดียวกันไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ ความเครียด และการดูแลตนเอง ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ทั้งนี้ เพราะการ

ทำงานของเซลล์ในร่างกายจะค่อยๆ ลดลง จนเกิดความล้มเหลวทางชีวภาพ และตายในที่สุด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญที่พบในวัยชรามีดังนี้

1) *ผิวหนัง* จะบางลง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ของผิวหนัง และชั้นของผิวหนัง มักมีจุดสีน้ำตาลเกิดขึ้นที่หลังมือ แขน ใบหน้า ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง มีการเสื่อมของสารพัน ทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น

2) *ดวงตา* จะฝ้าฟาง มีลักษณะเป็นตาฝ้าขาว ประสิทธิภาพของต่อมน้ำตาเสื่อม

3) *กระดูก* การทรงตัวของข้อ กล้ามเนื้อ และเอ็นลดลง ทำให้การทรงตัวไม่ดี ดังเดิม ผู้มีรูปร่างผอมสูง จะหลังโกงค่อมลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในข้อต่อกระดูกสันหลัง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดเหยียดหลังอ่อนกำลังลง ข้อต่อต่างๆ ของร่างกายเสื่อม การเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว เกิดการเจ็บปวดบริเวณข้อต่อต่างๆ โดยเฉพาะข้อเข่า กระดูกจะเสื่อมลง มีการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย

4) *ฟัน* จะค่อยๆ หลุดร่วง จนกระทั่งหมดไปในที่สุด

5) *ผม* จะมีการเปลี่ยนสีผมจากสีเดิมเป็นสีขาว ลักษณะผมแห้ง และร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อหนังศีรษะเหี่ยวย่น การไหลเวียนของโลหิตลดลง เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ

6) *เล็บ* จะหนา แข็ง และเปราะ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดส่วนปลายน้อยลง ทำให้การจัดตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงไปด้วย

7) *การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส* จะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

(1) *ประสาทตา* มีการเสื่อมลง รูม่านตาแคบลง ขอบเขตการเห็นแคบและกำลังการปรับแสงในที่มืดต่ำลง มีความไวต่อแสงน้อยลง ทำให้การมองภาพไกลไม่ชัด การยืดหยุ่นของเลนส์เสียไป ทำให้มีการปรับระดับสายตาในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจึงมีสายตายาว

(2) *ประสาทหู* ความสามารถในการได้ยินจะเสื่อมไปตามวัย โดยปกติการได้ยินจะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เชื่อว่าผู้หูฉ聰จะรับรู้การได้ยินเสียงต่ำ องค์กรใด ทั้งสองเพศจะไม่ได้ยินเสียงสูง ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน และหลังจากอายุ 65 ปีไปแล้ว จะรักษาไม่ได้

(3) *ประสาทอื่น ๆ* เช่น การรับรู้รสก็เสื่อมลงตามวัยเช่นเดียวกัน การรับรู้อุณหภูมิร้อนหนาวเปลี่ยนไป ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอากาศ โดยเฉพาะความหนาวไม่มีใครได้ เพราะรูขุมขนและต่อมเหงื่อเสื่อมลง อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง พลังกล้ามเนื้อลดลง

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของเซลล์สมองในวัยชรา คือส่วนประกอบของเซลล์สมองลดลง เมตาบอลิซึมของสมองต่ำลง ทำให้ความรู้สึก ความคิดช้าลง ประสิทธิภาพการสั่งงาน

ของสมองต่ำลง ความคิดและสติปัญญาเสื่อมถอยลงไปด้วย ความคิดมักจะคงที่ การมีเหตุผลน้อย ความจำเสื่อมลง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อบุคลิกภาพและอารมณ์ของผู้สูงอายุ บ่อยครั้งที่เราจะพบว่าผู้สูงอายุ สับสนง่าย ความจำเลอะเลือน หลงลืม ยึดมั่นในสิ่งที่ตนเชื่อถือ ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกจะแตกต่างกันในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพความเสื่อมของร่างกาย ประสบการณ์ การศึกษา และลักษณะ สังคมของผู้สูงอายุเองเป็นสำคัญ ลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

1) *ความคิดเห็น* ความคิดอ่านของผู้สูงอายุจะคงที่ และยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม เพราะ ความจำเสื่อม เนื่องมาจากความอ่อนแอทางกาย และการแยกตัวจากสังคม การรับรู้ต่างๆ ลดลง

2) *ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง* เนื่องจากเวลามากขึ้น ประสบการณ์ต่อ สิ่งแวดล้อมลดลง ความสนใจของคนชราจึงหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง แห่งความคิด ลักษณะที่เด่นชัดคือ ผู้สูงอายุมักชอบเล่าเรื่องของตนเองในอดีต ความสนใจตนเองเรื่อง การแต่งกายจะลดลง แต่จะเพิ่มความสนใจในการดำเนินชีวิตประจำวันที่พอใจมากขึ้น เช่น คนที่เคยดื่ม อาจจะดื่มจัดขึ้น มีเวลาไปเดิน ไร่ มากขึ้น ทำงานอดิเรกที่ชอบ

3) *การแสดงออกทางอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลง* ในผู้สูงอายุ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุจิตใจไม่มั่นคง อารมณ์ไม่คงที่ มีความ เปล่าเปลี่ยว มีสิ่งกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยจะ โม โห หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย ลักษณะอารมณ์ และความรู้สึกที่พบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกสูญเสีย บางรายมีอาการระแวงหลงผิด หรือแสดงความรู้สึก โกรธ เคียดแค้นบุคคลใกล้ชิด

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา

ประสิทธิภาพทางสมองในวัยชรา ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญา พยาธิสภาพของ เซลล์สมอง สภาพการเสื่อมของเส้นเลือด และการเสียสมดุลของชีวเคมีภายในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้ สารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้น้อยลง รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มี สติปัญญาสูงจะมีระดับความเสื่อมของสมรรถภาพทางสมองในวัยชราน้อยกว่าผู้ที่มีสติปัญญาต่ำ ผลการวิจัยยังพบว่าอัตราความเสื่อมของความสามารถของสมองในผู้สูงอายุ ยังขึ้นอยู่กับการขาดการ กระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่ยังมีงานบางอย่างต่อเนื่องหลังเกษียณอายุ จะมีอัตราความ เสื่อมของสมองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานอะไรเลย ในกลุ่มผู้ที่มีความสามารถของสมองในระดับ เดียวกัน นอกจากนั้น นักจิตวิทยายังเชื่ออีกว่าทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองยังมีส่วนต่อความเสื่อม ของสมองอีกด้วย คือทัศนคติโดยทั่วไปที่ว่าอายุมากทำให้แก่เกินกว่าจะเรียนอะไรใหม่ๆ ผลลัพธ์จาก ความเชื่อนี้ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้หรือทำสิ่งใหม่ๆ ขาดความกระตือรือร้น ความคิดริเริ่ม เลยยิ่งเฉื่อยชา การไม่ค่อยได้ใช้ความคิด มีผลให้ความจำยิ่งเลวลงและความสามารถทาง สมองก็เสื่อมลงมากกว่าที่ควร ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญาในผู้สูงอายุมีดังนี้

1) ความสามารถในการใช้ความคิดเชิงสร้างสรรค์ ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง ทำให้ความสามารถในการคิดพิจารณาเชิงเหตุผล ความสามารถในการวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกทดลอง หรือตัดสินใจผิดพลาดได้

2) ความสามารถในการเรื่องความคิดที่เป็นนามธรรมลดลง

3) ความจำเสื่อมลง เช่น วางของแล้วลืม แต่จะจำเรื่องราวแต่หลังหลังได้

4) ความสามารถที่จะระลึกได้ (Recall) มีน้อยกว่าความสามารถในการจำ

5) สภาพความคิดมักไม่เปลี่ยนแปลง หรือขาดความยืดหยุ่นในการคิด ซึ่งอายุมากขึ้นลักษณะความคิดจะยังคงติดแน่นอยู่ในแนวเดิม ผู้สูงอายุจึงมักไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรต่างๆ

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม

การเกษียณอายุ หรือความชราภาพ ทำให้ต้องเปลี่ยนบทบาททั้งที่ทำงานและที่บ้าน จากที่เคยเป็นหัวหน้างานกลับต้องมานั่งเฉย ๆ อยู่ที่บ้าน และจากบทบาทในบ้านซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องให้การดูแลปกครองผู้อื่น กลับกลายเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ฐานะการเงินซึ่งเคยประกอบอาชีพได้เองเต็มเม็ดเต็มหน่วย ก็ลดลงเหลือแต่เงินบางส่วน ถ้าตนเองเคยทำงานอาชีวะเงินบำนาญ แต่ถ้าประกอบอาชีพส่วนตัวก็จะต้องยังชีพด้วยเงินสะสมไว้ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย อึดอัด ท้อแท้ และผิดหวังได้ง่าย

มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยการถูกแยกเป็นเอกเทศ มีความสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยลง เนื่องจากบุตรธิดาแต่งงานแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวของตนเอง มีเวลาให้บิดามารดาผู้สูงอายุน้อยลง ประกอบกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันอาจร่อยหรอ ล้มหายตายจากไปเรื่อยๆ คู่ครองสิ้นชีวิต ประกอบกับผู้สูงอายุไม่ชอบสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ การแสวงหาเพื่อนใหม่ สังคมใหม่ หรือกิจกรรมใหม่ทำได้ยาก เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกว่าเหวได้ง่าย นอกจากนั้น ผู้สูงอายุยังมี ความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ ซึ่งพบได้แม้กระทั่งกับสมาชิกใหม่ในครอบครัว เช่น บุตรเขย บุตรสะใภ้ ก็เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวอย่างมาก เพราะการมีสมาชิกใหม่เข้ามาในบ้าน การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกระทบกระเทือน ในแง่ของความเคยชิน ยิ่งถ้าสมาชิกใหม่ไม่เข้าใจ และไม่ปรับตัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสำคัญด้วยแล้ว จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุ มีความทุกข์มากขึ้น จากสภาพการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลทำให้ ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมาก ทั้งนี้ บุตรหลานจะช่วยได้มาก โดยการให้ความเข้าใจ เห็นใจ ให้ความเคารพ และให้ความสำคัญเยี่ยงบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่าง สุขสงบได้มากขึ้น

1.3.5 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ

เมื่อวัยกลางคนผ่านไป บุคคลจะเริ่มเพิ่มความตระหนักถึงสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย การเผชิญกับความสูญเสียที่ค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บุคคลต้องพัฒนาสู่ภาวะจิตสังคมนั้นสุดท้ายของชีวิต คือความสมดุลระหว่างความมั่นคงทางด้านจิตใจและการสิ้นหวัง คุณค่าที่สามารถบรรลุได้ในขบวนการนี้ คือคำถามที่ยิ่งใหญ่ของชีวิตเกิดขึ้นว่า “ฉันสามารถยอมรับสิ่งที่ฉันเป็นได้ไหม” การจะตอบคำถามนี้ด้วยความมั่นใจ บุคคลต้องทบทวนความสำเร็จ และความล้มเหลวที่เคยเกิดมาในชีวิตของตน และสรุปว่า “ชีวิตของฉันมีความหมาย ฉันได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดในสิ่งที่ฉันทำได้ในเวลานั้น และฉันสร้างชีวิตที่ไม่เหมือนใคร” สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าจะไม่เคยมีเรื่องเศร้าหรือเสียใจ แต่ในการมองภาพรวมความผิดหวังเป็นสิ่งที่เติมให้ชีวิตมีความสมบูรณ์

ชีวิตของทุกคนอาจไปไม่ถึงขั้นนี้ บางคนอาจติดอยู่กับความปรารถนาที่ไม่สมหวังจากภาพในวัยหนุ่มสาว รู้สึกว่าชีวิตมีความล้มเหลวมากกว่าความสำเร็จ ผิดหวังมากกว่าสมหวัง บางคนอาจเผชิญกับช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยความชื่นชม ความรู้สึกสงบ และต้องการพึ่งพาอย่างมาก แต่ด้วยเวลาที่มีมากมายในช่วงนี้ สามารถนำผู้สูงอายุมาทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ และมีคุณค่ามากขึ้น เช่น ชาวสวนอาจเปลี่ยนไปปลูกไม้ดอกไม้ประดับ และตกแต่งบริเวณบ้านอย่างประณีต สวยงาม หรือผู้สูงอายุบางคนอาจทำงานศิลปะที่เคยชอบทำ แต่ไม่ค่อยได้มีเวลาทำในวัยหนุ่มสาว คุณค่าคุณชายที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี อารมณ์แจ่มใส อาจสนุกกับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลหลานตัวเล็กๆ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยบรรเทาความรู้สึกเหงา เมื่อกิจกรรมต่าง ๆ และระบบการสนับสนุนต่างๆ ค่อยๆ ลดลง ศาสนาอาจมีส่วนในการให้ความหมายใหม่ๆ แก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่ค้นพบความสบายใจ ความมั่นใจในกิจกรรมของศาสนา การสวดมนต์ และกิจกรรมทางศาสนา การทำสมาธิ และทบทวนชีวิตของตนเอง กิจกรรมเหล่านี้สามารถเอื้อให้เกิดการยอมรับว่า “ฉันมีชีวิตอยู่อย่างมีค่า ฉันได้ในบางสิ่ง และสูญเสียในบางสิ่ง แต่เมื่อรวมทั้งหมดแล้ว ฉันได้ทำดีที่สุดแล้ว” ศาสนาจึงเป็นความหวัง และความศรัทธาของผู้สูงอายุ ที่จะแสวงหาความมั่นคงในจิตใจ ด้วยการปฏิบัติกิจที่มีคุณค่าทางจิตใจ และระลึกถึงคุณค่าของชีวิตของตน ต่อการให้ความรัก และการทำในสิ่งที่มีประโยชน์กับบุคคลต่างๆ รวมทั้งความรัก และความศรัทธาที่มีต่อศาสนา หรือสิ่งที่เขาที่เคารพนับถือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความสุขสงบในบั้นปลายของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น เป็นไปในลักษณะของความเสื่อมลงทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สติปัญญา ตลอดจนเศรษฐกิจสังคม แต่ทางด้านจิตวิญญาณผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ จะแสวงหาความมั่นคงในจิตใจด้วยการปฏิบัติตัวที่มีคุณค่าทางจิตใจและระลึกถึงคุณค่าของชีวิตที่ผ่านมา

1.4 ความต้องการในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีความต้องการพื้นฐาน โดยทั่วไปไม่ยิ่งหย่อนกว่าวัยอื่น ๆ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547: 19-21)

1.4.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย

เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุต่างๆ ได้ ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการทางด้านร่างกาย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

- 1) ต้องการมีสุขภาพร่างกาย ที่แข็งแรง สมบูรณ์
- 2) ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- 3) ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- 4) ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- 5) ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- 6) ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว

และทันทั่วทั้ง

- 7) ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- 8) ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ
- 9) ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 10) ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

1.4.2 ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม จะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุ เปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตัวเองให้เป็นที่พึงพอใจมากขึ้น สามารถควบคุมใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้น เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็นจะมีมากขึ้น ด้วย แต่การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น ลักษณะความต้องการทางด้านจิตใจที่พบคือ

- 1) ต้องการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ
- 2) ต้องการความรัก ความห่วงใยจากญาติพี่น้องและครอบครัว ตามความเหมาะสม

3) ต้องการความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต โดยเฉพาะด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย

4) ต้องการความเป็นอิสระ และการช่วยตัวเอง แม้จะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ทุกเรื่อง ผู้สูงอายุก็ยังมีความพอใจที่จะเป็นอิสระ ทำอะไรได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ของผู้อื่นมากนัก

1.4.3 ความต้องการทางด้านสังคม – เศรษฐกิจผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการทางด้านสังคม-เศรษฐกิจ เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่นๆ ความต้องการที่ปรากฏให้เห็นได้ค่อนข้างชัดเจน คือ

- 1) ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น
 - 2) ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ
 - 3) ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด
 - 4) ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ รายได้ บริการจากรัฐ
 - 5) ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และสังคม
 - 6) ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตา สงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง)
 - 7) ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ
 - 8) ต้องการมีอาชีพเสริม เพื่อให้มีรายได้เลี้ยงชีพ รักษาตัว และทำบุญตามสมควร
- จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมสลายในทุก ๆ ด้าน โดยมีความต้องการทั้งด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจ และความต้องการเศรษฐกิจสังคม เพื่อตอบสนองตามสภาพปัญหาในวัยสูงอายุ

1.5 ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันมาตลอดช่วงวัยของชีวิต อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุได้ โดยอาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (ทัศนนา บุญทอง 2544: 399-401)

1.5.1 ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย

ความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของร่างกายเกือบทุกระบบจากความชราภาพ ทำให้สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุไม่แข็งแรงเท่ากับคนในวัยหนุ่มสาว ประกอบกับภูมิคุ้มกันด้านพันธุกรรมโรคลดลง เหลือเพียงร้อยละ 75 ของความต้านทานในวัยหนุ่มสาวเท่านั้น โอกาสติดโรคต่างๆ จึงเป็นไปได้โดยง่าย และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว การรักษายังคงต้องใช้เวลายาวนาน อาการของโรคอาจเรื้อรังได้ง่าย จึงต้องระมัดระวังที่จะไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อขึ้น สำหรับปัญหาอื่นๆ ที่พบได้มากในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องป้องกันเสียตั้งแต่เนิ่น ๆ มีดังนี้

1) **อุบัติเหตุ** อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้บ่อยและเป็นสาเหตุนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้อีกมาก อุบัติเหตุที่เกิดในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพทางด้านร่างกายดังกล่าวแล้วในตอนต้น เช่น การมีสายตาไม่ดี การทรงตัวไม่ดี ความจำไม่ดี ความคิดช้า และหูได้ยินไม่ชัดเจน เหล่านี้เป็นสาเหตุสนับสนุนให้เกิดอุบัติเหตุได้ทั้งสิ้น อุบัติเหตุที่พบบ่อยมีดังนี้

(1) **หกล้มและกระดูกหัก** พบได้มากที่สุดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ตกบันได ตกเก้าอี้หรือตกเตียง ตลอดจนหกล้มจากการเดินตามปกติ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ผลตามมาของการหกล้ม คือ กระดูกหัก เพราะกระดูกเปราะกว่าในคนหนุ่มสาว กระดูกหักเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานมาก เพราะการรักษาโดยการเข้าเฝือก ต้องใช้ระยะเวลาานานกว่าในวัยอื่น ๆ เนื่องจากกระดูกติดช้ากว่าธรรมดา จึงพบว่ากระดูกหักมักจะเป็นสาเหตุไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้อีกมาก

(2) **ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก** ในหลายกรณีผู้สูงอายุต้องช่วยตนเอง หรือต้องการจะช่วยตนเอง ทำให้เกิดอุบัติเหตุเรื่องไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ซึ่งส่วนใหญ่สืบเนื่องมาจากการหกล้ม ตาไม่ค่อยเห็น หรือการที่กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงพอ ประกอบกับความผิดพลาดของข้อต่างๆ ทำให้การเคลื่อนไหวหยาบช้า ไม่คล่องตัว จึงพบว่าไฟไหม้ น้ำร้อนลวกนี้เกิดขึ้นจากการหุงต้มเวลาอยู่ใกล้เตาไฟ การยกหม้อข้าว หม้อแกง หรือกาน้ำ เป็นต้น

(3) **การหยาบย่ำผิดหรือใช้ยาผิด** เพราะสายตาไม่ดี หรือแสงสว่างไม่พอ ประกอบกับการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีโรคต้องรับประทานยาเป็นประจำและต้องช่วยตัวเอง มีการรับประทานยาผิดขนาด หรือลืมรับประทาน ทำให้มีผลเสียแก่การรักษา และเกิดอันตรายจากการรับประทานยาผิดได้บ่อย

(4) **อุบัติเหตุบนท้องถนน** พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการหกล้มบนพื้นถนน หรือจากการถูกขยควานพาหนะขณะเดินข้ามถนน เนื่องจากสายตาไม่ดี หูได้ยินไม่ชัดเจน การตัดสินใจไม่ดี และความเชื่องช้าในการเดินและการหลบหลีกรถ

2) การขาดสารอาหาร อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อม เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมเร็วเกินไป ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร เพราะความอยากอาหารลดลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความสามารถในการรับรสอาหารน้อยลง การใช้พลังงานของร่างกายน้อยลง การมีฟันปลอม หรือสุขภาพทั่วไปไม่แข็งแรงอยู่แล้ว ทำให้เบื่ออาหาร จากสาเหตุหลาย ๆ ประการดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เพียงพอ และตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการได้มาก

3) การเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) การติดเชื้อ เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง และภูมิคุ้มกันต่ำลง ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ง่าย เช่น ท้องร่วง ไข้หวัด ปอดบวม ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายจากโรคแทรกซ้อนที่ตามมาได้มาก และเป็นสาเหตุการตายได้สูง

(2) โรคระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด พบได้มากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเส้นเลือดในสมองตีบตัน เนื่องจากโคเลสเตอรอลไปเกาะ ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว การไหลเวียนโลหิตเป็นไปไม่สะดวก ทำให้เกิดการตายของเซลล์ส่วนที่ขาดเลือดมาเลี้ยง ผลที่ตามมาคือ การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออาการอัมพาตของร่างกายบางส่วน ปัญหาการตีบตันของเส้นเลือดนี้ แม้จะไม่ใช่ปัญหาที่มาจากสาเหตุกะทันหันในวัยชราก็ตาม แต่การปรากฏอาการของโรคดังกล่าวมักจะปรากฏในวัยสูงอายุ กล่าวคือ สาเหตุการเกิดโรคนี้นี้เป็นสาเหตุที่สะสมมาในระยะยาว อันได้แก่ ธรรมชาติของการรับประทานอาหาร ซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูง การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย การตกอยู่ในภาวะอารมณ์ตึงเครียดอยู่เสมอ เป็นต้น

นอกจากนี้ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือดที่พบได้บ่อยอีกกลุ่มหนึ่งคือ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งอาการดังกล่าวนี้เป็นโรคที่สัมพันธ์กับสุขนิสัยของบุคคลตั้งแต่วัยต้นเช่นเดียวกัน คือ การปล่อยตัวให้อ้วน การออกกำลังกายน้อย และการมีภาวะอารมณ์ตึงเครียดจนเกินไปนั่นเอง

1.5.2 ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม

ปัญหาสุขภาพด้านจิตอารมณ์ในผู้สูงอายุนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลมาถึงจิตใจ และการปรับตัวของผู้สูงอายุเองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ที่มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้อย่างดี จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ ลักษณะของอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นความทุกข์ในผู้สูงอายุ อาจพบได้ในลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1) พฤติกรรมซึมเศร้า เกิดจากความรู้สึกละอายเสีย ตั้งแต่การต้องออกจากงาน การขาดรายได้ สุขภาพเสื่อมโทรม ไม่กระฉับกระเฉง ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุขาดการติดต่อสังสรรค์กับเพื่อน ๆ

เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนในสังคม จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ไร้ค่า เกิดความรู้สึกน้อยใจ บางรายออกมาในรูปแยกตนเอง ปฏิเสธ โทษคนอื่น ถ้อยถนเห็นแก่ตัว ทำอะไรซ้ำ ๆ เปลี่ยนแปลงความคิดยาก กลัวการถูกทอดทิ้ง ชอบเล่าเรื่องซ้ำ เป็นต้น

2) *พฤติกรรมขาดความสุขสงบ* เกิดจากความรู้สึกวิตกกังวล พบในรายที่บุตรหลานไม่พร้อมจะรับไว้ในครอบครัว หรือไม่พร้อมจะให้การดูแลช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และกลัวจะไร้ญาติขาดมิตร กลัวว่าจะขาดที่พึ่ง เกิดความว้าเหว และวิตกกังวลจากการต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

3) *พฤติกรรมระแวงหลงผิด* เช่น คิดว่ามีคนประสงค์ร้ายต่อตน ถูกหลอกลวงญาติมิตรพยายามแบ่งทรัพย์สินมรดก พยายามหลอกลวงตนเพื่อหวังผลประโยชน์ บางรายระแวงว่าภรรยาหรือสามีของตนพยายามจะนอกใจ หรือบางรายหันมาสนใจตนเองมากกว่าปกติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น คิดว่าตนเป็นโรคร้ายแรงอะไรสักอย่าง และวุ่นวายอยู่กับความคิดนั้น

4) *พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง* เกิดจากความรู้สึกโกรธ เคียดแค้น พบในรายที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง ไม่เอาใจใส่ดูแล ทั้งที่ตนเองเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาโดยตลอด แต่เมื่อเข้าวัยชรากลับถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธแค้น เจ็บใจ หงุดหงิด บางรายแสดงออกทางพฤติกรรมรุนแรง โดยดุด่า บ่นว่า หรือแสดงอาการวุ่นวายใจต่าง ๆ

5) *พฤติกรรมทุกข์โศกเสียใจ* ความรู้สึกทุกข์โศกเสียใจนี้ เกิดได้จากการพลัดพราก เนื่องจากการตายจากไปของคู่ครอง พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะคู่ที่มีความใกล้ชิดกันมาก และไม่มีความคิดพี่น้องคนอื่น ๆ ใกล้ชิดมากนัก ความรู้สึกจึงผูกพันยึดมั่นในกันและกัน การตายจากไปของฝ่ายหนึ่ง ทำให้ฝ่ายที่ยังมีชีวิตอยู่เกิดอาการทุกข์โศกเสียใจมาก

6) *พฤติกรรมคับข้องใจทางกามารมณ์* ในคนชรา นั้นความต้องการและความสนใจทางเพศจะยังมีอยู่ แต่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทั้งในหญิงและชาย ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง จึงก่อให้เกิดความคับข้องใจได้

จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุ การขาดสารอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคในระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด รวมทั้งปัญหาด้านจิตสังคม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางพฤติกรรม เนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในเกือบทุก ๆ ด้าน เช่น จะพบพฤติกรรมซึมเศร้า ขาดความสุข มีภาวะเครียด ก้าวร้าว ทุกข์โศก และคับข้องใจทางเพศ

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้ คือ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 อ้างถึงใน ภราดา บุราณสาร 2546: 11) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ไว้ว่า หมายถึงกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

กรีน และครูเคอร์ (Green and Kreuter, 1991: 4) ให้คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการณ์ดำเนินชีวิต ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคลก็ตาม การปฏิบัติหรือการกระทำเหล่านั้น ย่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลชุมชนโดยรวม

โดนาเทล และเดวิส (Donatelle and Davis, 1994) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง ผลรวมทางด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี รวมถึงศาสตร์และศิลป์ของการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมให้เอื้อต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 34) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ยกระดับ และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี

ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย (2544: 1) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงกระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ประเวศ วะสี (2541: 15) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยภารกิจสำคัญหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพ และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน

สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนำไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการบูรณาการศาสตร์และศิลป์ของการพัฒนาสุขภาพทั้งทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อเพิ่มความสามารถของคนให้สามารถควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะนำไปสู่สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.2 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม ตามความหมายพจนานุกรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

วอล์คเกอร์, เพนเดอร์ และ ซีคริสต์ (Walker, Pender & Sechrist, 1987: 76-81) ได้กล่าวว่าวิถีชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความหมายเหมือนกัน โดยกล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้ หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล

พาแลงค์ (Palank, 1991: 815-832) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้ หรือเพิ่มระดับความผาสุก ((well-being) พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด

สมจิต แคนสีแก้ว (2540 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถือ, 2548: 24) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้เกิดสภาวะความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสามารถของบุคคล ในการคงไว้ หรือยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกรักอิมเมใจ มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจถือว่าการพัฒนาให้ถึงศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

เพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างถึงใน ไพจิตรา ลือสกุลทอง, 2545: 22) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคล หรือกลุ่มบุคคลมีการปฏิบัติตน เพื่อให้ถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดี เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนในทางบวก หรือส่งเสริม เพื่อให้ตนเอง มีสุขภาพที่ดี และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

สรุปพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่

ความผาสุกของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุด และบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของตนเอง ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ได้มีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ดัง เช่น ในปี ค.ศ. 1987 เพนเดอร์ (Pender 1996 อ้างถึงใน ไพจิตรรา ลือสกุลทอง. 2545: 22) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน 10 องค์ประกอบ คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด การตระหนักในคุณค่าของตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพ แต่เพนเดอร์พบว่าแนวคิดดังกล่าว ยังขาดแรงจูงใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยังไม่สามารถใช้ได้กับภาวะสุขภาพของบุคคลในทุกช่วงอายุทุกวัย ทั้งนี้ ในบุคคลที่ถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย ปัจจัยบางอย่างเมื่อนำไปวิเคราะห์แล้ว ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้น เพนเดอร์ จึง ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเสนอองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล ในการดูแล และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่างๆที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. กิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ
3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าด้านโภชนาการ
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ
5. การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

และเกิดความสงบสุขในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2549: 20) ได้กำหนดนโยบาย “การสร้างสุขภาพ 6 อ.” เป็นนโยบายของรัฐที่จะส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ภาคเครือข่าย ในการผลักดัน และสนับสนุน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ

อ. ที่ 1 อาหาร คือ ประชาชนรู้จักบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ และกินอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัย

อ. ที่ 2 ออกกำลังกาย คือ ประชาชนมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพร่างกาย ได้ใช้แรงงาน หรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัว เพื่อให้ร่างกาย หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การทำงาน หรือ การเล่นกีฬา เป็นต้น

อ. ที่ 3 อารมณ์ คือ ประชาชนรู้จักวิธีควบคุมอารมณ์ การมีชีวิตที่เป็นสุข ลดความเครียด สร้างสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และมีครอบครัวที่อบอุ่น

อ. ที่ 4 อนามัยสิ่งแวดล้อม คือการสร้าง ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ หรือเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนมีจิตสำนึก ที่จะช่วยดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวเรา ตั้งแต่ในบ้าน และบริเวณบ้าน ให้มีการเก็บกวาดเช็ดถู มีน้ำสะอาดดื่มและใช้อย่างเพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมสุขลักษณะ ไม่ทิ้งขยะมูลฝอยในแหล่งน้ำลำคลอง พัฒนาดลาดสาดน้ำซึบ ที่มีการกำจัดแมลงและพาหะนำโรค

อ. ที่ 5 อโรคยา คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคเอดส์ โรคเลปโตสไปโรซีส โรคพยาธิใบไม้ในตับ โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

อ. ที่ 6 อบายมุข คือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพยาเสพติด

จะเห็นได้ว่าแนวคิดของเพนเดอร์ และกองสุศึกษาจะมีเนื้อหาสาระที่คล้ายคลึงกัน แต่ใช้คำที่แตกต่างกัน สามารถสรุปองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ว่า ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ และ 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสังคม ซึ่งมีความเป็นองค์รวมตามความหมายสุขภาพขององค์การอนามัยโลก โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านอาหารหรือโภชนาการ การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมด้านร่างกาย การดูแลร่างกายให้ปราศจากโรค

(อโรคยา) การหลีกเลี่ยงอบายมุขและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลจิตใจและอารมณ์ให้มีความสุข การพัฒนาจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านสังคม คือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เป็นระบบย่อย และเป็นสถาบันปฐมภูมิของสังคมที่เป็นรากฐานเบื้องต้นของสถาบันอื่นในสังคมมนุษย์ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิดสิทธิและหน้าที่ของสมาชิกที่พึงมีต่อสังคม สมาชิกของครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งภายในครอบครัว และสมาชิกของสังคมรอบๆ ครอบครัว มีการพึ่งพากันในการทำกิจกรรมของครอบครัว ตามหน้าที่และบทบาทของสมาชิกแต่ละคน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคนอื่นๆ 2544: 26-27) ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญของบุคคล ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ดูวัล (Duvall 1977 อ้างถึงในจิตตินันท์ เตชะคุปต์ 2547: 32-33) ได้แบ่งวงจรชีวิตครอบครัวเป็น 8 ขั้น เริ่มตั้งแต่ขั้นที่ 1 เริ่มต้นครอบครัวตั้งแต่แต่งงานและยังไม่มีบุตร ขั้นที่ 2 ครอบครัวมีบุตรคนแรก ขั้นที่ 3 ครอบครัวมีบุตรคนแรกอายุได้ 5-6 ปี ขั้นที่ 4 ครอบครัวมีบุตรก่อนวัยเรียน ขั้นที่ 5 ครอบครัวมีบุตรวัยรุ่น ขั้นที่ 6 ครอบครัวมีบุตรเข้าวัยผู้ใหญ่หรือแยกครอบครัวใหม่ และขั้นที่ 8 ครอบครัวผู้วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงที่ทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เนื่องจากวิทยาการสมัยใหม่ จะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ดังนั้นครอบครัวก็จะมีสมาชิกที่อยู่ในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุก็เป็นบุคคลที่สำคัญบุคคลหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพในการทำงานเสื่อมลง สามารถทำกิจกรรมได้น้อยลง มีความต้านทาน โรคต่ำ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตาม มา เช่น มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ การขาดสารอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคหรือมากกว่า (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ 2540: 27; ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2542: 23) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ประกอบกับในวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน ทำให้รายได้และความภาคภูมิใจตนเองลดลง ประกอบกับอยู่ในวัยที่จะมีการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ และต้องการการพึ่งพามากขึ้น ทำให้รู้สึกขาดความอบอุ่น อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ สำหรับในด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจต้องลดบทบาทลง เช่น จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว กลายเป็นผู้ที่ต้องมาเป็นภาระของบุตรหลาน บางคนอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การเกษียณอายุ มีผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง

ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง (บรรลุ ศิริพานิช 2542 อ้างถึงใน รวิภา นุราณเศรษฐ์ 2548: 3)

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งที่นักวิชาการ ได้เสนอไว้เพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญของบุคคล เป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุมาก เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ และยังเป็นแหล่งที่พึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ทางสังคมวิทยาถือว่าครอบครัวเป็นพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญ เพราะเป็นสังคมระดับแรกของมนุษย์ และเป็นสถาบันสำคัญ ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ (ฤตินันท์ นันทรโร 2543 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถือ 2548 : 2)

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบข้อเสนอแนะของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว แต่มีข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ ไป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2545: 8-11) เสนอว่าบทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัฏจักรชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว พร้อมๆ กับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจ และความรับผิดชอบจากสมาชิกคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง โดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของกระบวนการดังกล่าว หากผู้สูงอายุมีสุขภาพดีพอ พึ่งพาตนเองได้ และมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุก็จะเป็นผู้ให้และเกื้อกูลสมาชิกในครอบครัว ในทางกลับกัน หากผู้สูงอายุเริ่มมีความสามารถทางเศรษฐกิจลดลง เริ่มมีปัญหาทางสุขภาพ และไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ผู้สูงอายุจะต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว โดยบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่

1. การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย เป็นการช่วยดูแลทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการดูแลโดยเกื้อกูลบางลักษณะ เช่น การให้เงิน อาหาร เสื้อผ้า ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต การเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่สำคัญมากที่สุด คือ การช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะมีหน้าที่ดูแล เอาใจใส่ ติดตามการรักษาย่างต่อเนื่อง โดยพาไปพบแพทย์ และรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาล สำหรับการดูแลเรื่องอาหารการกิน ไม่จำเป็นต้องดำเนินการพิเศษแต่อย่างใด ยกเว้นในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิง หรือมีโรคเฉพาะ และต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสาย

ยาง การให้อาหารเฉพาะโรค เช่น อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวาน อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง หรือโรคหัวใจล้มเหลว การให้วิตามินหรืออาหารเสริมสำหรับผู้ขาดอาหาร เป็นต้น ครอบครัวจะให้การดูแลเป็นการเฉพาะ และแยกจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับผู้สมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน

นอกจากนั้นแล้ว การถือฤกษ์ด้านการเงิน ก็เป็นการถือฤกษ์ที่ยังมีการปฏิบัติกันอยู่ โดยลูกหลานจะให้เงินส่วนหนึ่งของรายได้แก่บุพการี ด้วยเหตุผลของความกตัญญู อีกทั้งการจัดเครื่องนุ่งห่มหรือเสื้อผ้า ก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการถือฤกษ์จากสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน โดยทั่วไปลักษณะของการจัดหาเสื้อผ้าจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เฉพาะในช่วงเทศกาลวันสำคัญๆ เช่นวันสงกรานต์หรือวันขึ้นปีใหม่

2. การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์ และเกิดความภาคภูมิใจ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่าเครือข่ายอื่นๆ เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ จะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแทน ลักษณะการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการแสดงความใกล้ชิด ให้อาหาร พูดยุข ให้ความสำคัญในการตัดสินใจ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่ไกลและอยู่ห่างไกล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก มีความรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง และมีคุณค่า ในภาพรวมมีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ การติดต่อสื่อสารยังเป็นกิจกรรมที่แสดงความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้ บุคลากรในชนบทนิยมติดต่อกับผู้สูงอายุโดยทางจดหมาย ส่วนในเมืองนิยมใช้โทรศัพท์

การถือฤกษ์ด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การที่สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การตักบาตร หรือร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ ซึ่งครอบครัวในชนบทมีบทบาทด้านนี้สูงกว่าครอบครัวในเมือง สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงในจิตใจและมีความพึงพอใจมากเช่นกัน

3. การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านสังคม เป็นลักษณะของการถือฤกษ์และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบกับญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสาร เพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคม และเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทการดูแลด้านนี้กับด้านอื่นๆ พบว่า เป็นบทบาทที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด โดยบทบาทด้านสังคมที่ชัดเจนมักเป็นการสนับสนุนให้ร่วม

กิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น และพบในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง แต่ผู้สูงอายุในเมืองมีโอกาสรับฟังข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547: 159-161) ได้กล่าวถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัวไว้ว่า สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญ และมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน
2. ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ยกตัวอย่างเช่น เวลารับประทานอาหาร เชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อน และดักข้าวให้
3. ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตอยู่
4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่างๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัด หรือศาสนสถานต่างๆ ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ให้ และจัดการรับส่ง หรือเป็นเพื่อน
5. เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย หรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย
6. ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่ หรือต้องการไปอยู่ในสถานที่ที่รัฐจัดให้ ก็ควรตามใจ และพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น
7. ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตรมาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน
8. ให้ความสำคัญ เห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น
9. ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

10. ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพ รวมทั้งให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนัก หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

บรรลु ศิริพานิช (2547: 103-104) กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความเหมาะสม เพราะถ้าขาดการเอาใจใส่ ทั้งไว้บนเตียง ไม่กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว จะทำให้สภาพร่างกายเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว แต่ถ้าให้การพยาบาลมากเกินไป ผู้สูงอายุจะคอยแต่รับการช่วยเหลือ ไม่พยายามช่วยตนเอง อาจจะมีปัญหาสุขภาพได้ การดูแลที่สมควรเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้ดูแลจะต้องสังเกต ศึกษา กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ โดยปฏิบัติดังนี้

1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเอง ทำอะไรให้แกตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้จะต้องออกแรงบ้าง ถ้าเป็นไปได้ ออกไปเดินข้างนอกบ้านในระยะสั้นๆ ด้วยกัน หรือจัดให้มีการขึ้นรถไปข้างนอกบ้าง แทนการจำเจอยู่แต่ในบ้าน

2. ให้กำลังใจ เร่งเร้า ให้ผู้สูงอายुरับผิดชอบในงานง่ายๆ รอบๆ บ้าน อันจะทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และอย่าทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าเขาเป็นผู้ที่ทำให้ท่านต้องแบกภาระ เหนื่อยยาก หรือเหมือนเป็นกาฝากที่คอยแต่เกาะกินท่านเท่านั้น

3. ทำให้ผู้สูงอายุสนใจในเกมส์กีฬาต่างๆ หรืองานอดิเรก เพื่อให้สภาพร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพที่ดี ไม่ซึมเศร้า

4. ช่วยให้เราติดต่อกับสัมพันธ์กับผู้อื่น กระตุ้น เร่งเร้าให้มีคนภายนอกมาเยี่ยมเยียน และจัดให้มีกิจกรรมนอกบ้านเป็นครั้งคราว ช่วยให้ผู้สูงอายุคงมีสัมพันธภาพกับเพื่อนฝูง และสนใจในสิ่งต่างๆ และพยายามหลีกเลี่ยงอย่าให้ผู้สูงอายู้สึก โดดเดี่ยว เหงา ยกตัวอย่างเช่น ถ้าบ้านไม่มีใครเลย ก็ควรมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว นก ให้ผู้สูงอายุดูแล จะเป็นสิ่งที่มีคุณค่า

จากข้อเสนอแนะที่กล่าวมา ประกอบกับองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อ 2.3 สามารถประมวลได้ว่าพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบไปด้วยพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สมาชิกครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือ เกื้อกูล หรืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน อันได้แก่ การบริโภคอาหาร การอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การออกกำลังกาย การรักษานามัยส่วนบุคคล การระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

3.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดจากการที่สมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์และจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การสร้างและเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีการปฏิบัติศาสนกิจ และการสร้างความมั่นคงในอนาคต

3.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการเกื้อกูลและสนับสนุนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบกับญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและครอบครัว รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกมีคุณค่าจากการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์ทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมด้านนี้จึง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในสังคม/ชมรมต่างๆ การได้พบปะญาติ/เพื่อนฝูง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ ของครอบครัว และการทำงานเพิ่มรายได้

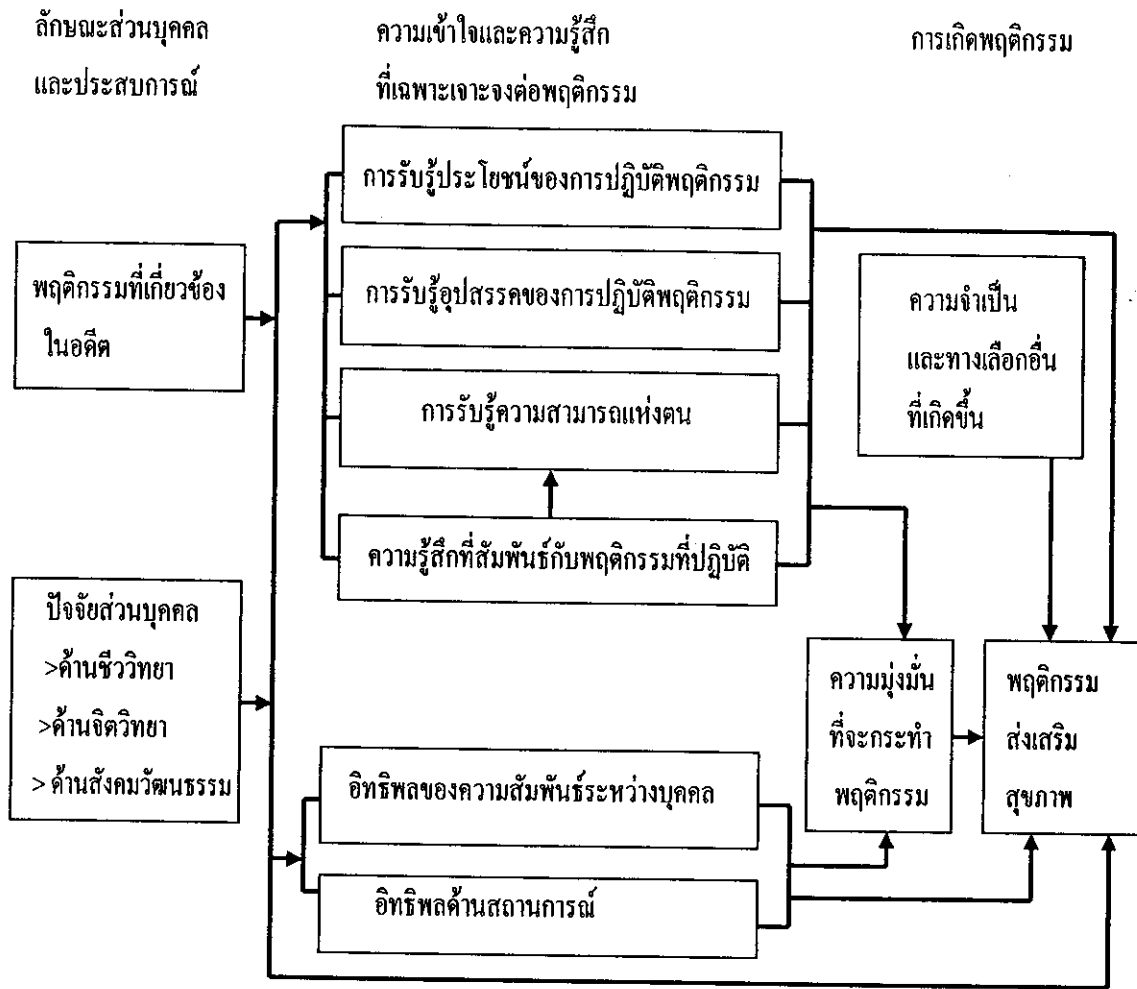
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

ในปัจจุบันการดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงจากการเน้นในเรื่องการรักษา ไปเน้นที่การป้องกัน (Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันเป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการลดโอกาสการเผชิญความเจ็บป่วย ซึ่งหมายรวมถึงการป้องกันร่างกายจากปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค หรือการค้นหาค่าการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ระยะไม่มีอาการ ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการสนับสนุน หรือการเพิ่มระดับการมีความสุข (well-being) การประสบความสำเร็จในชีวิต (self-actualization) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (Pender 1996) พฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่แยกออกจากกันหากพฤติกรรมเดียวกันอาจเป็นได้ทั้งพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น การแยกพฤติกรรมทั้งสองออกจากกัน จะต้องพิจารณาจากจุดมุ่งหมายของการแสดงพฤติกรรม หากกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ถือเป็นพฤติกรรมการป้องกัน หากกระทำเพื่อยกระดับสุขภาพหรือความสุข ถือเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้มีผู้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไว้แตกต่างกัน แต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผู้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง คือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ และแบบจำลองพริสตีค-โพสตีค ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)

เพนเดอร์ (Pender 1996 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถือ 2548: 25-27) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 หลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ. 1975 และหลังจากที่เพนเดอร์ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ได้ทำการศึกษาวิจัยแล้ว พบว่าปัจจัยย่อยบางตัวไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จึงได้ปรับปรุง ตัดออก หรือให้นิยามปัจจัยย่อยเหล่านั้นใหม่ และได้นำเสนอรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. 1987 โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning theory) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สถิติปัญญา และการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (expectancy-value theory) ที่มีแนวคิดว่าคุณคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณประโยชน์ต่อตนเอง เพนเดอร์พบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น ต้องอาศัยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยเสริม (modifying factors) และตัวชี้เเนะการกระทำ (cue to action) ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตน การให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางลักษณะชีววิทยา ปัจจัยของอิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม

ในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่อีก โดยรูปแบบใหม่นี้แตกต่างจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1987 โดยเสนอว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอคิดและปัจจัยส่วนบุคคล และ 2) ความเข้าใจและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 6 ปัจจัย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยปัจจัยทั้ง 2 ด้าน จะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ (Revised health promotion model) (Pender 1996)

4.2 แบบจำลองฟรีสตีล-โพรสตีล (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวลัย เสนารัตน์

2544: 33-38)

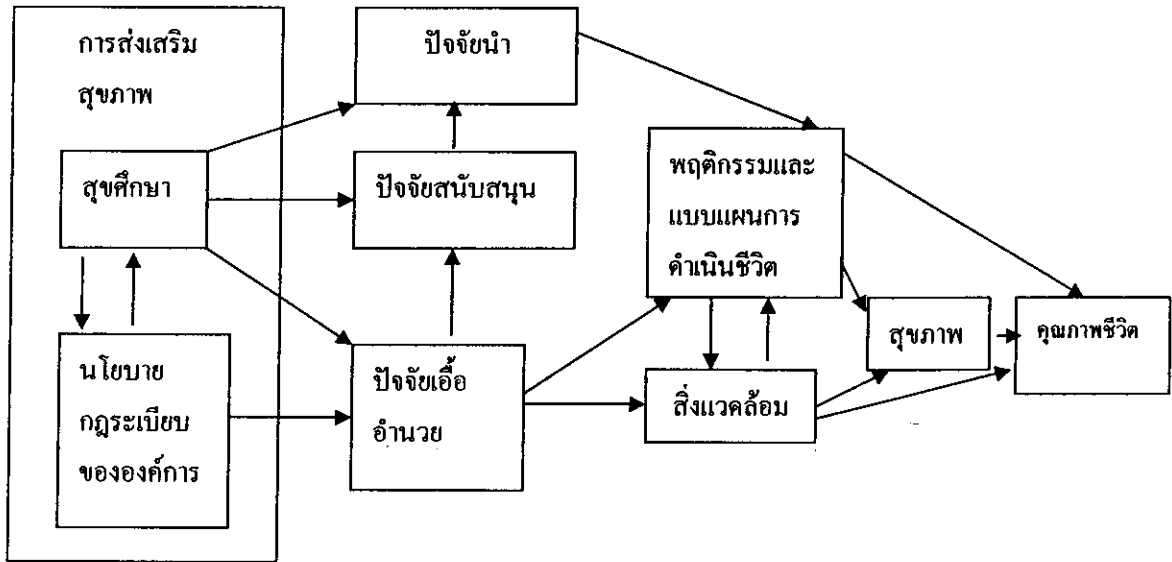
ลอว์เรนซ์ คีบบลิว กรีน (Lawrence W. Green) และมาร์แชล คีบบลิว ครูเตอร์ (Marshall W. Kreuter) ได้เสนอแบบจำลองฟรีสตีล (Green 1980) เพื่อใช้ในการวินิจฉัย และวิเคราะห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factor) และปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factor) ผลของการวินิจฉัยปัจจัยดังกล่าว จะนำไปสู่การวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพ ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมากรีนได้พิจารณาเห็นว่างานสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ องค์ประกอบหนึ่งในงานส่งเสริมสุขภาพ จึงร่วมกับครูเตอร์ขยายกรอบแนวคิดของแบบจำลองฟรีสตีล โดยผนวกองค์ประกอบด้านนโยบาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ การควบคุม และประสานทรัพยากรที่จะเป็น

ประโยชน์ในการดำเนินงานตามแผน และการประเมินผลเข้าไปด้วย รวมเรียกแบบจำลองใหม่นี้ว่าแบบจำลองพรีสิด-โพรสิด ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

แบบจำลองนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผนการดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) ซึ่งมีความสัมพันธ์ดังแสดงในภาพที่ 2.2

PRECEDE

ขั้นที่ 5	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 1
การวินิจฉัยนโยบายและการบริหาร	การวินิจฉัยทางการศึกษาและองค์กร	การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม	การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา	การวินิจฉัยทางสังคม



ขั้นที่ 6	ขั้นที่ 7	ขั้นที่ 8	ขั้นที่ 9
การดำเนินงาน	การประเมินผลกระบวนการ	การประเมินผลผลกระทบ	การประเมินผลผลลัพธ์

PROCEED

ภาพที่ 2.2 แบบจำลองพรีสิด - โพรสิด

ในแนวคิดแบบจำลองฟรีสิด-โพรสิด ได้กล่าวถึงความสำคัญของการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งพบว่าจากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ มีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่ในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (enabling factors) และปัจจัยสนับสนุน (reinforcing factors) (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์ 2544: 33-38)

ปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชนซึ่งเป็นปัจจัยภายใน จะมีอิทธิพลก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรม นอกจากนี้ปัจจัยนำยังรวมไปถึงปัจจัยด้านประชากร เช่น สภาพเศรษฐกิจสังคม อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลการวางแผนต่อโครงการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นปัจจัยที่พิจารณาถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆ ที่จะขัดขวางรวมทั้งอำนวยความสะดวก เช่น บริการสุขภาพที่ทุกคนเข้าถึงและพึงพอใจ ปัจจัยนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเกิดพฤติกรรม กล่าวคือบุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่างๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะ ร่วมกับโอกาสในการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และโอกาสในการทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพจนเกิดทักษะ ปัจจัยนี้ประกอบด้วย ทักษะและทรัพยากรที่จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เป็นได้ทั้งด้านบวก (เสริมให้เกิด) และด้านลบ (ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม) ซึ่งเกิดจากแรงในสังคมหรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากรส่วนบุคคลหรือชุมชน โดยสรุป ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยสนับสนุน เป็นผลสะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้รับการส่งเสริมหรือไม่ โดยการเรียนรู้จากบุคคลอื่นที่ประเมินย้อนกลับจากพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง จึงเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรม ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป มีทั้งสิ่งที่เป็นรางวัล(Reward) การยกย่องชมเชย ผลตอบแทน (Incentive) หรือการตำหนิ การลงโทษ(Punishment) ซึ่งบุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว (ญาติ) เพื่อน ครู นายจ้าง หัวหน้างาน คนไข้ แพทย์และผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เป็นต้น อิทธิพลของคนเหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานภาพ ในการวางแผนจึงต้องทำการศึกษากลวิธีการเปลี่ยนที่จะเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรม

จะเห็นว่าแนวคิดที่อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลหลายแนวคิด แต่แนวคิดที่ผู้วิจัยคิดว่าจะมีความเหมาะสมในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว คือแนวคิดของแบบจำลองฟรีสิด-โพรสิด (PRECEDE-PROCEED Model) เนื่องจากประกอบด้วยปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ

ปัจจัยนำและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือปัจจัยเชื้ออำนาจ และปัจจัยสนับสนุน ซึ่งทั้งสองส่วนจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน ปัจจัยนำสร้างแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรม ส่วนปัจจัยเชื้ออำนาจจะส่งเสริมหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับว่าเป็นปัจจัยด้านบวกหรือลบ และปัจจัยสนับสนุนเป็นสิ่งที่ จะเสริมแรงจูงใจของบุคคลให้มากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาปัจจัยทั้ง 3 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยภายในของผู้ดูแลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ให้มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติของครอบครัว และปัจจัยด้านประชากร

1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นสิ่งจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ความรู้อย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2) ทักษะคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแนวโน้มของจิตใจ หรือความรู้สึกที่คงที่ที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สั่งสมกันมา และผ่านการประเมินค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้นๆ ถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรม หรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น

3) ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นปัจจัยทางชีวสังคมที่มีอิทธิพลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(1) เพศ เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพ ซึ่งเพนเดอร์พบว่าผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1996) ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ (Gender difference) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ในสังคมยอมรับเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพทั้งสองเพศมีความแตกต่างกันไป สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) (อ้างถึงในภราดา บุราณสาร 2546: 30) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย นอกจากนี้ เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม (Kutner 1993 อ้างถึงใน รวิภา บุราณเศรษฐ 2546: 60) โดยเฉพาะในสังคมไทยสมัยก่อนที่มีค่านิยมในการให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีโอกาสศึกษา มากกว่าเพศหญิง ดังผลการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) ที่พบว่าพฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทยจะผันแปรไปตามคุณลักษณะของคนหนุ่มสาว อัน ได้แก่ เพศ

(2) อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมของครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการ ซึ่งสอดคล้องกับที่โอเรียม (Orem 1985 อ้างถึงใน รวีกา บูราณเศรษฐ 2546: 60) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และกนกวรรณ คุ่มวงษ์ (2536) ศึกษาพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพี่เลี้ยงต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา และพี่เลี้ยงที่มีอายุมาก มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงที่มีอายุน้อย

(3) อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากอาชีพมีความผูกพันกับรายได้ โอกาสเสี่ยงจากโรคที่ประกอบอาชีพนั้น และเวลาว่างที่ไปรับการรักษา รวมทั้งการพักผ่อน จากการศึกษาของวรรณี ชัชวาลทิพากร และคนอื่น ๆ (2543 อ้างถึงใน ภราดา บุญราชมสาร 2546: 30) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปี และยังคงประกอบอาชีพอยู่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี และไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ

(4) ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้คิด การตัดสินใจ ตระหนักถึงความสำคัญ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับที่รัชวัลย์ บุญโถม (2538) ศึกษาพบว่า ฐานะทางสังคมของครอบครัวผู้สูงอายุทางด้านการศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(5) สถานภาพสมรส เป็นข้อบ่งชี้สถานะระบบของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม เพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมความต้องการที่จะปรับปรุงสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ เอื้ออำนวยต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวลห่วงใย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (น้ำทิพย์ มะลิ: 2545) นอกจากนี้ คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีการดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ร่วงลือ (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

(6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Pender 1996) จากการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ หรือรายได้ต่ำ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ชื่นอารมณ์ (2543) อ้างถึงในภราดา บุราณสาร 2546: 29) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกายด้านการจัดการความ และด้านการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นปัจจัยที่จะมีผลให้สมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม หรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรม ปัจจัยที่สำคัญคือ การหาได้ง่าย (available) ความสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) การยอมรับในสิ่งที่มีอยู่ (acceptability) และทักษะที่จะกระทำในสิ่งนั้น (skills) ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้จึงได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ

1) การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับความครอบคลุมเพียงพอ และสะดวกที่จะเข้าไปใช้แหล่งประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความสามารถที่ผู้ดูแลจะใช้แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ หาได้ง่าย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะเวลา การเสียเวลา และการยอมรับ

2) ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวเป็นไปได้อย่างยิ่งขึ้น เนื่องจากการที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่างๆ ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ทางสุขภาพมากพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้

ปัจจัยสนับสนุน เป็นผลสะท้อนกลับภายหลังจากสมาชิกครอบครัวแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นไปในลักษณะของการได้รับการสนับสนุนส่งเสริม กระตุ้น หรือขัดขวางจากบุคคลใกล้ชิด ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การได้รับการสนับสนุน หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับคำชมเชยหรือรางวัลจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

2) การได้รับการขัดขวาง หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการตำหนิหรือลงโทษจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประอรนุช เชื้อถือ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาท

ครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 150 ราย ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว แบบสัมภาษณ์บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Ebersole (1990) และการศึกษานำร่อง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่าบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.32$, S.D. = 0.42) รองลงมาเป็นด้านจิตใจอารมณ์ ($\bar{X} = 2.29$, S.D. = 0.47) ด้านสังคม ($\bar{X} = 2.24$, S.D. = 0.54) และด้านเศรษฐกิจ ($\bar{X} = 2.11$, S.D. = 0.45) ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยด้านที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.55$, S.D. = 0.38) รองลงมาเป็นด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.38$, S.D. = 0.38) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.55) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 2.20$, S.D. = 0.40) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.47) และด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X} = 2.09$, S.D. = 0.42) ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.903$)

รวีภา บุราณเศรษฐ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตตอนเมือง กรุงเทพมหานคร เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตตอนเมือง กรุงเทพมหานคร ประชากรที่ใช้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในทะเบียนบ้านตามทะเบียนราษฎรหรือครัวเรือนใกล้เคียงกันทั้งหมดในชุมชนดังกล่าว จำนวน 102 ครัวเรือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งหลังจากผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะ ข้อมูลของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ใช้สถิติไคสแควร์ ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัย กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผลการ ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 28.4 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 38.2 และตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 61.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.1 และส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 49.0 พฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับการปฏิบัติดี ปัจจัยทางชีวสังคม 2 ตัวแปร ได้แก่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ เดือน และเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี ความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ขณะที่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากร ทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารแหล่งต่างๆ ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของ ครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากชมรมผู้สูงอายุ มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

ภราวาศ บูราณสาร (2546) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยได้ประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) และแนวคิด PRECEDE Framework ของกรีน และคณะ (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย คือผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 300 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบ สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึง สถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การได้รับคำแนะนำ

สนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติเชิงอนุมานใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ใช้การทดสอบค่าที (t-test) และใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ (Multiple Linear Regression) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ($r = -0.282, p < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = 0.151, p < .01$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.386, p < .001$) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ($r = 0.515, p < .001$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล ($r = 0.420, p < .001$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ($r = 0.411, p < .001$) และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ($p < .001$) การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล ($p < .001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ ($p < .01$) อายุ ($p < .01$) และการเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ ($p < .05$) ซึ่งปัจจัยทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.6

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคนอื่นๆ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค กรุงเทพมหานคร เป็นวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร จำนวน 433 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงจากแบบวัดแบบแผนสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน 2 ของวอลต์เกอร์ ซีคริสต์ และเพนเคอร์ 7 ด้าน และข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ระหว่าง เดือนมกราคม - มีนาคม 2545 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่าโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 77.0 ในจำนวนนี้อยู่คนเดียว ร้อยละ 37.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.3 อิสลาม ร้อยละ 26.3 สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 48.9 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และภูมิแพ้ ครอบครัวได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์มากที่สุด คือ ร้อยละ 55.2 และความรู้ที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติได้ คือเกี่ยวกับอาหาร ร้อยละ 40.0 การออกกำลังกาย ร้อยละ 27.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมสุขภาพรายชื่อที่มีคะแนนอยู่ในระดับปาน

กลาง คือ การออกกำลังกาย การจำกัดอาหารเค็มและหวานจัด การคบเพื่อนใหม่ การปล่อยวางและงานอดิเรก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ยกเว้นการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมร่วมกันอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริม ได้แก่ จำนวนการได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนภาวะสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

ไพจิตร ล้อสกุลทอง (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวสุขภาพชุมชน เป็นวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัววรรณคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 180 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดัดแปลงจาก ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) และแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพที่พัฒนาโดยบรูค และคณะ (Brook, et al., 1979) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับในแต่ละด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด สำหรับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวม และในแต่ละมิติ คือ มิติสุขภาพกาย มิติสุขภาพจิตใจ และมิติสุขภาพสังคม ก็พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งยังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติ ($r = .522, p < .01$)

เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544) ศึกษาผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในชุมชนอำเภอสุโขทัย โท-ลก เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงระดับของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอสุโขทัย โท-ลก จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอสุโขทัย โท-ลก จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติทดสอบที (t-test) และ One-way ANOVA (F-test) ผลการศึกษาพบว่า การ

สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณาดมรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้าง มาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน และบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การนับถือศาสนา และสถานภาพสมรสคู่ และปัจจัยแวดล้อม คือ ลักษณะครอบครัวขยาย การปฏิบัติศาสนกิจเป็นประจำ และมีการพบปะเพื่อนฝูงมาก มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คณัช ธิวันดา และมลลิตี แสนใจ (2545: 20-40) ศึกษาบทบาทความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการดูแลรักษาสุขภาพของผู้อายุ ในเขต 7 เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 310 ราย ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุกล่าวอ้างเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีจำนวนเท่ากับผู้สูงอายุ คือ 310 ราย ดำเนินการศึกษา ในพื้นที่เขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และเข็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในระหว่างวันที่ 9 เมษายน -31 พฤษภาคม 2544 สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และฐานนิยม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด (ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตาม ลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมากสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้ มีผู้ดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และผู้ที่ผู้สูงอายุอยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุดก็คือ บุตร (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 39.4) โดยปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลคือ การที่ต้องดูแลผู้อื่นอีกนอกเหนือจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 77.09 มีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.4 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.3 ความต้องการของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5)

เล็ก สมบัติ (2549) ศึกษาภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ศึกษาบทบาทและความ

สามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ และเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม กับกลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือก จากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ t-test, F-test ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 มีอาชีพเกษตรกร มีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ในการศึกษาถึงปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยภายใน ซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการให้ความเคารพ เชื่อฟัง มีเหตุผล และการเอาใจใส่ให้ความรัก สำหรับปัจจัยภายนอกนั้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีระดับการได้รับการและไม่ได้รับการ ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุดคือบริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุดคือบริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียนโดยอาสาสมัคร และการสงเคราะห์ด้านต่างๆ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าโดยภาพรวมปัจจัยพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปได้ว่าครอบครัวส่วนมากมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านอาหาร การกินยา ความสะอาดและสุขภาพ โดยรวม ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น สิ่งที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเงิน ด้านเครื่องนุ่งห่ม เครื่องอุปโภค บริโภค และด้านที่อยู่อาศัย การที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในภาวะปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาด้านการเงิน จึงมีความต้องการให้ช่วยเหลือ ทั้งต่อผู้สูงอายุ และช่วยเหลือสมาชิกของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างให้มีศักยภาพเข้มแข็ง สามารถดูแลผู้สูงอายุได้

ศศิพัฒน์ ขอดเพชร (2548) ศึกษาโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีการศึกษาเชิงผลสวนวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแล และข้อคิดเห็นของผู้ดูแลต่อระบบ

บริการผู้สูงอายุ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายระดับ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 16 จังหวัด 32 หมู่บ้าน จำนวน 1,581 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแล จำนวน 320 คน และทำกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้อีก 40 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.1 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-39 ปี ร้อยละ 69.0 เป็นผู้ที่สมรสแล้ว ร้อยละ 56.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเป็นเกษตรกร และมีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลนั้น เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.1 ร้อยละ 48.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.8 มีการเจ็บป่วยและเป็นโรค ร้อยละ 93.1 มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก การเข้ารับบทบาทผู้ดูแลนั้น เกิดจากการอยู่บ้านเดียวกันและเป็นบุตร มีหน้าที่ทางสังคม ผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย และมีเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น ที่มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด สำหรับปัญหาในการดูแลนั้น ร้อยละ 48.2 มีปัญหาในระดับปานกลาง ปัญหาสำคัญคือ ปัญหาด้านการเงิน ผู้ดูแลมีความต้องการด้านเศรษฐกิจเป็นอันดับสูงสุด ($x = 4.05$, $S.D. = 0.89$) และต้องการให้เครือข่ายต่างๆ มีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุมากกว่าเดิมในทุกๆ ด้าน

บัญชา ศรีสมบัติ (2550: 60-94) ศึกษาบทบาทครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์คือศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยบางประการกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่าง 350 ครัวเรือน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายुर้อยละ 65.7 มีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.2 สถานภาพสมรสจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย อาศัยกับผู้สูงอายุตั้งแต่กำเนิดหรือมากกว่า 20 ปีส่วนใหญ่มีรายได้ประจำเพียงอย่างเดียว โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 12,491 บาทและมีความเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกเป็นโรคเรื้อรังและมีสมาชิกประมาณ 4 ถึง 5 คน 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุประมาณ 71 ปี ไม่เป็นสมาชิกชมรมใดๆ มีบุตรประมาณ 3 ถึง 5 คน แต่ส่วนใหญ่จะมีบุตรเพียง 1 คนเท่านั้น ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ สำหรับบุตรที่อยู่ต่างถิ่นส่วนใหญ่จะกลับมาเยี่ยมผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และโดยส่วนมากผู้สูงอายุจะมีญาติพี่น้องประมาณ 3 ถึง 5 คน มีการพบปะเยี่ยมเยียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับญาติที่อยู่ต่างถิ่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนมากจะ

เป็นโรคประจำตัวแบบไม่เรื้อรังและมีความถี่ของการพบแพทย์น้อยกว่า 3 เดือนต่อครั้ง 3) สมาชิกในครัวเรือนมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดในทุกๆด้าน โดยเมื่อเรียงลำดับการให้ความสำคัญของการให้การดูแล พบว่าการดูแลด้านจิตใจมีการปฏิบัติสูงที่สุด รองลงมาได้แก่การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านเศรษฐกิจ และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุตร ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุตั้งแต่กำเนิด หรือตั้งแต่สมรส หรือมากกว่า 20 ปี อายุของผู้ดูแล จำนวนบุตรที่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพค้าขาย และความพอเพียงของรายได้ของครัวเรือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสด ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับมัธยม ผู้ดูแลที่มีรายได้ประจำเพียงอย่างเดียว ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นหลาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรส และครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรัง 5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในด้านบวกต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน มากที่สุด คือความพอเพียงของรายได้ รองลงมาคือสถานภาพของผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส และปัจจัยที่มีอิทธิพลในด้านลบต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุจะมีเพียงปัจจัยเดียว คือรายได้ของครัวเรือนที่เกิดจากรายได้ประจำ และจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 สามารถอธิบายความผันแปรของบทบาทการดูแลผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 10.4

ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) ศึกษาการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ 5 ด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจในการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่และด้านการยอมรับและให้ความสำคัญ เป็นการศึกษาผู้สูง(อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 235 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาเอง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมุติฐาน โดยการใช้การทดสอบแบบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวในภาพรวม และรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และสถานภาพทางสังคมต่างกัน ได้รับการดูแลจากครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในอนาคต แต่ละครอบครัวในเขตเทศบาลตำบลหนองหินกิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย ควรให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นกว่าเดิม

ปิ่นนเรศ กาศอุดม คณิศร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามตามแนวคิดของการประเมินแบบแผน การดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ (Walker, 1992) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในช่วง .70-.94 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและระดับของปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา และหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 423 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.12 ปี สองในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โรคที่เป็น 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง โรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 63.90 ($p < .001$) การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุเห็นถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนเองยังสามารถที่จะทำการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้จะต้องให้ข้อมูลหรือความรู้โดยตรงกับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการสนับสนุนผู้สูงอายุด้วย

จิรนนท์ พุ่มเที่ยง (2547) ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว ในจังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวของสมาชิกครอบครัว กับสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว 2) คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุกับสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกับสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอนจากประชากรจังหวัดนนทบุรี จำนวน 300 คน สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกต้องมีอายุ 20 ปีและมากกว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อยู่รวมกันในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.3 อายุเฉลี่ย 36 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.3 ส่วนมีรายได้สูงกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน สำหรับผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 อายุเฉลี่ย 71 ปีผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูง ร้อยละ 86-90 ช่วยตัวเองได้สูง และพบว่าเพศของสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพใน

ครอบครัว รวมทั้งรายได้ของสมาชิกในครอบครัวและของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว

กัลยารัตน์ สมสอาด (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยคัดสร้างขึ้นมาเองและคิดแปลงมาจากการศึกษาของกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 685, 345$ และ 801) ตามลำดับ 2) ชนิดครอบครัว จำนวนสมาชิกครอบครัวและรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและชนิดของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรทั้งสิ้น สามารถอธิบายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวได้ร้อยละ 71.30 ($R=713$)

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมามองเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญและจำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในขณะที่มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็น ในเรื่องสถานภาพสมรสของผู้ดูแล (บัญชา ศรีสมบัติ 2550) ความรู้และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพศ รายได้ของครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากชมรมผู้สูงอายุ (รวิภา บุราณเศรษฐ 2546) การเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน (ภราดา บุราณสาร 2546) และผู้ดูแลผู้สูงอายุยังต้องการความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (คนัย ชีวันดา และมธุลี แสนใจ 2545) การที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรับประกันและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ (เล็ก สมบัติ 2549) ในขณะที่การให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนเองยังสามารถทำการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้จะต้องให้ข้อมูลหรือความรู้โดยตรงกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนผู้สูงอายุด้วย (ปิ่นนเรศ กาศอุดม คมิสร แก้วแดง และรัชมน นามวงษ์ (2550) ดังนั้นผู้วิจัย

จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรที่มสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมาใช้วางแผนพัฒนาการจ้รูปแบบ และดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของครอบครัว และแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษา พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัจจัยสนับสนุน และอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ที่มีต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ซึ่งประกอบด้วย 10 อำเภอ โดยมีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 54,571 คน ดังนี้

อำเภอเมือง	10,721	คน
อำเภอขลุง	6,089	คน
อำเภอท่าใหม่	10,285	คน
อำเภอโป่งน้ำร้อน	4,669	คน
อำเภอมะขาม	3,874	คน
อำเภอแหลมสิงห์	4,147	คน
อำเภอสอยดาว	5,718	คน
อำเภอแก่งหวงแมว	2,617	คน
อำเภอนายายอาม	3,636	คน
อำเภอเขาคิชฌกูฏ	2,815	คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความเกี่ยวพันทางสายโลหิต หรือฉันทญาติกับผู้สูงอายุ และพักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973 : 725 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดา

บริสุทธิ์, 2543 : 88) ที่กำหนดให้มีระดับความเชื่อมั่น 95% และให้ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ($e = .05$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร = 54,571

e = ค่าความคลาดเคลื่อน

$$n = \frac{54,571}{1 + (54,571)(0.05)^2}$$

$$= 397 \text{ คน}$$

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Samplings) ตามลำดับขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งกลุ่มอำเภอทั้งหมดตามลักษณะภูมิศาสตร์ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 พื้นที่เขตเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง กลุ่ม 2 พื้นที่ติดชายทะเล ได้แก่ อำเภอแหลมสิงห์ อำเภอท่าใหม่ กลุ่ม 3 พื้นที่ราบสูง/ภูเขา ได้แก่ อำเภอโป่งน้ำร้อน อำเภอสอยดาว อำเภอแก่งหางแมว กิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ และกลุ่ม 4 พื้นที่ทำสวน ได้แก่ อำเภอมะขาม อำเภอขลุง อำเภอนายายอาม

ขั้นที่ 2 สุ่มอำเภอ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จากกลุ่มอำเภอที่แบ่งกลุ่มละ 1 อำเภอ ได้ 4 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอแหลมสิงห์ อำเภอสอยดาว และอำเภอขลุง

ขั้นที่ 3 สุ่มตำบล ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จากอำเภอที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง อำเภอละ 1 ตำบล ได้ทั้งหมด 4 ตำบล คือ อำเภอเมือง ได้ตำบลบางกะจะ อำเภอแหลมสิงห์ ได้ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอสอยดาว ได้ตำบลปะตง และอำเภอขลุง ได้ตำบลตะปอน

ขั้นที่ 4 กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละตำบลที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

$$n_1 = \frac{n N_1}{N}$$

n_1 = จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล

N = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของ 4 ตำบล = 4,147 คน

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด = 397 คน

N_1 = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของแต่ละตำบลที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง
ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลดังนี้

ตำบลบางกะจะ ประชากรผู้สูงอายุ 1107 คน คิดเป็นกลุ่มตัวอย่าง 106 คน
 ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ ประชากรผู้สูงอายุ 1181 คน คิดเป็นกลุ่มตัวอย่าง 113 คน
 ตำบลปะตง ประชากรผู้สูงอายุ 1368 คน คิดเป็นกลุ่มตัวอย่าง 131 คน
 ตำบลตะปอน ประชากรผู้สูงอายุ 491 คน คิดเป็นกลุ่มตัวอย่าง 47 คน
 ชั้นที่ 5 สุ่มหมู่บ้านในแต่ละตำบล มาตำบลละ 1 หมู่บ้าน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับผลการคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง เป็นดังนี้

ตำบลบางกะจะ สุ่มได้หมู่ที่ 4 บ้านเขาน้อย มีผู้สูงอายุ 108 คน
 ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ สุ่มได้หมู่ที่ 13 บ้านท่าเขา มีผู้สูงอายุ 127 คน
 ตำบลปะตง สุ่มได้หมู่ที่ 6 บ้านเขาแก้ว มีผู้สูงอายุ 134 คน
 ตำบลตะปอน สุ่มได้หมู่ที่ 6 บ้านไร่วรรณ มีผู้สูงอายุ 61 คน
 การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน เก็บทุกหลังคาเรือนที่มีกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งครบทั้งหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 สถานที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เมือง	บางกะจะ	หมู่ 4 บ้านเขาน้อย	106
แหลมสิงห์	ปากน้ำ	หมู่ 13 บ้านท่าเขา	113
สอยดาว	ปะตง	หมู่ 6 บ้านเขาแก้ว	131
ขลุง	ตะปอน	หมู่ 6 บ้านไร่วรรณ	47
รวม			397

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

2.1 แบบสอบถามปัจจัยด้านประชากร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของประอรนุช เชื้อถื่อ (2548: 41) เป็นการศึกษาสำรวจเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 27 ข้อ ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย จำนวน 11 ข้อ

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 9 ข้อ

ข้อความในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

สม่ำเสมอ หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติบทบาทนั้นเป็นประจำหรือปฏิบัติบทบาทนั้นมาก (5-7 วัน / สัปดาห์)

เป็นบางครั้ง หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติบทบาทนั้นบางครั้ง หรือปฏิบัติบทบาทนั้นปานกลาง (2-4 วัน / สัปดาห์)

นานๆ ครั้ง หมายถึง ครอบครัวไม่ปฏิบัติบทบาทนั้นเลย หรือปฏิบัติบทบาทนั้นน้อย (0-1 วัน / สัปดาห์)

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว มีความหมายของข้อความในด้านบวก จึงกำหนดการให้คะแนนดังนี้ คือ

ครอบครัวที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสม่ำเสมอ ให้คะแนน 3 คะแนน

ครอบครัวที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

ครอบครัวที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนานๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถแปลผลระดับการปฏิบัติพฤติกรรม โดยรวมและรายด้าน จากค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การกำหนดค่าช่วงชั้นคะแนน จากการคำนวณความกว้างของชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด ลบ คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ $((3-1) / 3 = .66)$ จะทำให้ได้ความกว้างของแต่ละชั้นเท่ากับ 0.66 สามารถกำหนดค่าคะแนนในแต่ละชั้นได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของรวีภา บุราณเศรษฐ (2546) ที่ได้สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบจำลองพรีสิด-โพรสิด (PRECEDE-PROCEED Model) ของกรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพว่าประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน

2.3.1 แบบสอบถามปัจจัยนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

1) **ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** จำนวน 13 ข้อ มี 3 คำตอบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยข้อที่เฉลย ใช่ได้แก่ ข้อ 2-13 ข้อที่เฉลยไม่ใช่ได้แก่ ข้อ 1 ข้อที่ตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 13 คะแนน

การให้ความหมายของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้คะแนนอิงเกณฑ์ โดยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับดี หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 โดยแบ่งระดับความรู้ตามเกณฑ์คะแนน ดังนี้

ความรู้ระดับดี	หมายถึง	คะแนน	11 – 13	คะแนน
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนน	8 - 10	คะแนน
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนน	0 - 7	คะแนน

2) **ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ครอบครัวผู้สูงอายุรู้สึกเห็นด้วยและมีความคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ครอบครัวผู้สูงอายุรู้สึกเห็นด้วยและมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ครอบครัวผู้สูงอายุรู้สึกไม่เห็นด้วย และมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ครอบครัวยุสูงอายุรู้สึกไม่เห็นด้วยและมี
ความคิดเห็นขัดแย้งกับข้อความนั้นมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก ข้อ 1, 2, 4, 5, 8, 9 ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	คะแนน
เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

คะแนนคำถามเชิงลบ ข้อ 3, 6, 7 ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถ
แปลผลระดับทัศนคติ จากค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ทัศนคติระดับดี	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	คะแนน
ทัศนคติระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00	คะแนน
ทัศนคติระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00	คะแนน

2.3.2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ตอน

ตอนที่ 1 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งที่จะช่วยให้
การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นไปได้สะดวกขึ้นเช่น การมีสถานบริการสาธารณสุข สถานที่
ออกกำลังกาย การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ภายในชุมชน ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตร
ประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด (4) หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงที่ครอบครัวผู้สูงอายุประสบมาก
ที่สุด

มาก (3) หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงที่ครอบครัวผู้สูงอายุประสบมาก

น้อย (2) หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงที่ครอบครัวผู้สูงอายุประสบน้อย

น้อยที่สุด (1) หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงที่ครอบครัวผู้สูงอายุประสบน้อย
ที่สุด

การแปลผลคะแนนการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ สามารถแปลผลระดับการเข้าถึงแหล่งประโยชน์จากค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับดี หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 คะแนน
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99

คะแนน

การเข้าถึงประโยชน์ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 คะแนน
ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

บ่อยที่สุด (4) หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยมากที่สุดหรือเป็นประจำ

บ่อย (3) หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อย

นานๆ ครั้ง (2) หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อย หรือนาน ๆ ครั้ง
เกือบไม่ได้ปฏิบัติ (1) หมายถึง ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยที่สุดหรือ

ไม่ได้ปฏิบัติเลย

การแปลผลคะแนนประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถแปลผลระดับประสิทธิภาพ จากค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ประสิทธิภาพระดับดี หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 คะแนน

ประสิทธิภาพระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.01– 3.00 คะแนน

ประสิทธิภาพระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 คะแนน

2.3.3 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการจัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวน 7 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ครอบครัวได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ครอบครัวได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ครอบครัวได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ครอบครัวได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก ข้อ 1-5 และ 7 ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	คะแนน
เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
คะแนนคำถามเชิงลบ ข้อ 6 ดังนี้		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนปัจจัยสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถแปลผลระดับการสนับสนุน จากค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

การสนับสนุนระดับดี	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00	คะแนน
การสนับสนุนระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00	คะแนน
การสนับสนุนระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00	คะแนน

แปลผลการได้รับการจัดชวง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

การจัดชวงระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00	คะแนน
การจัดชวงระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00	คะแนน
การจัดชวงระดับดี	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหาและความเป็นปรนัยของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของครอบครัว ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการ และด้านประเมินผล 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านการประเมินผล 1 ท่าน) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาความตรงเชิงโครงสร้าง ตามหลักวิชา ตลอดจนลักษณะถ้อยคำภาษาที่เหมาะสม หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ จัดทำเป็นต้นฉบับนำไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลบางสระเก้า อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน

2. การคำนวณหาค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ ปัจจัยนำส่วนของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นำแบบทดสอบมาตรวจให้คะแนน

แบบตอบถูกให้ 1 คะแนนตอบผิดให้ 0 คะแนน นำมาหาค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อ เลือกข้อที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.2- 0.8 และค่าอำนาจจำแนก 0.2 ขึ้นไป ซึ่งถือเป็นข้อที่มีความยากง่ายและอำนาจจำแนกใช้ได้ หาค่าความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน (Internal Consistency) ด้วย สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson Formula 20) (บุญธรรม กิจปรีดาปริสฺฐ 2542 :208) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .70

การคำนวณค่าอำนาจจำแนกและค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ตอนที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้ออำนาจ ตอนที่ 1 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน ตอนที่ 1 การได้รับการสนับสนุน ตอนที่ 2 การได้รับการจัดขวาง ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าเหมือนกัน ได้นำมาวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกรายข้อ มีค่ามากกว่า 0.2 ซึ่งถือเป็นข้อที่มีอำนาจจำแนกใช้ได้ นำไปหาค่าความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยง แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90 ปัจจัยนำตอนที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ปัจจัยเอื้ออำนาจ ตอนที่ 1 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และปัจจัยสนับสนุน ตอนที่ 1 การได้รับการสนับสนุน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.68 ตอนที่ 2 การได้รับการจัดขวางได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.66

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน โดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสาขามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และสาธารณสุขอำเภอเมือง ชลุม แหลมสิงห์ สอยดาว เพื่อขออนุมัติการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้เชิญผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับอำเภอ และตำบลเป้าหมาย เป็นผู้ช่วยวิจัย เข้ารับฟังคำชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการใช้แบบสอบถาม เพื่อทำความเข้าใจแบบสอบถามและมั่นใจว่าสามารถใช้แบบสอบถามได้ถูกต้องเช่นเดียวกับผู้วิจัย ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

3.1 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ได้ทราบ แล้วสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ได้

อ่านข้อความเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบและเปิดโอกาสให้ซักถาม หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะมอบแบบสอบถามให้

3.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.3 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย จะอยู่ใกล้ ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม สามารถซักถามได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถามหากพบว่าไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบถ้วน เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบลบางกะจะด้วยตนเอง ในวันเสาร์และอาทิตย์ โดยใช้เวลา 3 สัปดาห์ ส่วนพื้นที่ที่เหลือให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล โดยกำหนดเวลาเก็บข้อมูล 1 เดือน เมื่อครบกำหนด เก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดได้จำนวน 409 ชุด และหลังจากตรวจสอบมีแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ในสาระสำคัญ จึงได้คัดออก เหลือแบบสอบถามที่ข้อมูลมีความสมบูรณ์ จำนวน 397 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.07 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วจำนวน 397 ชุด มาจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้ว จัดทำคู่มือลงรหัส และป้อนข้อมูลลงแผ่นบันทึก เพื่อคำนวณค่าสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านประชากร ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละหรือค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 ทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบการคัดเลือกเข้า (Enter multiple regression analysis) โดยมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และ ปัจจัยสนับสนุน เป็นตัวแปรอิสระ และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรตาม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
ครอบครัว จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาก่อนเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร

ตอนที่ 2 พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
ครอบครัว

ตอนที่ 4 อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อพฤติกรรม
ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร

กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
อาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 4.1 มีรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับ
ผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 4.2 โรคประจำตัวผู้สูงอายุ ประเภทของโรคประจำตัวผู้สูงอายุ การ
ปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แหล่งที่ได้รับ
คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หัวเรื่องที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (n = 397)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	29.7
หญิง	279	70.3

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	$\bar{X} = 42.2$ ปี S.D. = 10.3 ปี ค่าสุด = 20 ปี สูงสุด = 68 ปี	
20-29 ปี	45	11.3
30-39 ปี	109	27.4
40-49 ปี	138	34.8
50-59 ปี	88	22.2
60 ปีขึ้นไป	17	4.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 1-4	149	37.5
ประถมศึกษาปีที่ 5-7	97	24.4
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	47	11.9
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือ ปวช.	52	13.1
อนุปริญญา หรือ ปวส.	15	3.8
ปริญญาตรี	33	8.3
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.0
สถานภาพสมรส		
โสด	77	19.4
คู่	272	68.5
หม้าย / หย่าร้าง	48	12.1
อาชีพ		
รับจ้าง	148	37.3
เกษตรกร	116	29.2
ค้าขาย	53	13.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	37	9.3
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	37	9.3
นักเรียน/นักศึกษา	6	1.5
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
บุตร	256	64.5

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สามี/ภรรยา	68	17.1
หลาน	38	9.6
สะใภ้/เขย	33	8.3
น้อง	2	0.5

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.2 ปี (S.D. = 10.3 ปี) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 68 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 34.8 รองลงมาอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 27.4 ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-4 ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาปีที่ 5-7 ร้อยละ 24.4 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.3 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตรร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 17.1

ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ (n = 397)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
1-5,000	38	9.6
5,001-10,000	254	64.0
10,001-15,000	51	12.8
15,001- 20,000	32	8.1
มากกว่า 20,000	22	5.5
\bar{X} = 10,660.90 บาท S.D. = 7,584.70 บาท Median = 8,300 บาท ต่ำสุด = 3,000 บาท สูงสุด = 62,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	229	57.7
เพียงพอ เหลือเก็บ	81	20.4
ไม่เพียงพอ	87	21.9

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 10,660.90 บาท (S.D. = 7584.70 บาท Median = 8,300 บาท) รายได้ต่อเดือนต่ำที่สุด 3,000 บาท สูงที่สุด 62,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 64.0 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บร้อยละ 57.7

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวผู้สูงอายุ การปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แหล่งที่ได้รับความแนะนำ และหัวข้อเรื่องที่ได้รับความรู้ (n = 397)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวผู้สูงอายุ		
มีโรคประจำตัว	215	54.2
ไม่มีโรคประจำตัว	182	45.8
ประเภทของโรคประจำตัวผู้สูงอายุ (n=215)		
ความดันโลหิตสูง	73	33.9
เบาหวาน	49	22.8
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	34	15.8
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	22	10.2
โรคของปอด	11	5.1
สมอง/หลอดเลือดสมอง	9	4.2
โรคหัวใจ	7	3.3
โรคของกระเพาะ/ลำไส้	5	2.3
โรคมะเร็ง	4	1.9
โรคนี้	1	0.5
การปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
รักษาที่โรงพยาบาลรัฐ/สถานีนอนมัย	368	92.7
รักษาที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	44	11.1
ซื้อยารับประทานเอง	40	10.1
รักษาด้วยยาแผนโบราณ	26	6.5
รักษาทางไสยศาสตร์	1	0.3

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ		
เคยได้รับคำแนะนำ	335	84.4
ไม่เคยได้รับคำแนะนำ	62	15.6
แหล่งที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐ	267	67.3
เจ้าหน้าที่สถานีนามัย	215	54.2
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	181	45.6
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	53	13.4
พนักงานร้านขายยาแผนปัจจุบัน	28	7.1
พนักงานขายยาร้านยาแพทย์แผนไทย	23	5.8
หนังสือ/สื่อ/แผ่นพับ	4	1.0
หัวข้อเรื่องที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
อาหาร	332	83.6
ออกกำลังกาย	317	79.8
อารมณ์	170	42.8
อนามัยสิ่งแวดล้อม	165	41.6
โรคภัย	154	38.8
อบายมุข	127	32.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตร ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 17.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.2 โดยเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 33.9 รองลงมา คือเบาหวาน โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 22.8, 15.8 และ 10.2 ตามลำดับ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะรักษาที่โรงพยาบาลรัฐหรือสถานีนามัยเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.4 จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดร้อยละ 67.3 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก คิดเป็นร้อยละ 54.2, 45.6 และ 13.4

ตามลำดับ หัวข้อที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องอาหารมากที่สุดร้อยละ 83.6 รองลงมา คือ เรื่องการออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และอบายมุข คิดเป็น ร้อยละ 79.8, 42.8, 41.6, 38.8 และ 32.0 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ โดยรวม และรายด้าน ดังแสดงใน ตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน (n = 397)

พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
โดยรวม			2.44	.36	สูง
ระดับสูง	286	72.04			
ระดับปานกลาง	99	24.94			
ระดับต่ำ	12	3.02			
ด้านร่างกาย			2.47	.38	สูง
ระดับสูง	287	72.29			
ระดับปานกลาง	91	22.92			
ระดับต่ำ	19	4.79			
ด้านจิตใจอารมณ์			2.55	.42	สูง
ระดับสูง	291	73.30			
ระดับปานกลาง	87	21.91			
ระดับต่ำ	19	4.79			
ด้านสังคม เศรษฐกิจ			2.31	.52	ปานกลาง
ระดับสูง	259	65.24			
ระดับปานกลาง	102	25.69			
ระดับต่ำ	36	9.07			

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 2.44 คะแนน (S.D. = .36 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน เมื่อจำแนกเป็นระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงร้อยละ 72.04 มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับปานกลางร้อยละ 24.94 และมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับต่ำเพียงร้อยละ 3.02

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงและปานกลาง โดยมีพฤติกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจอารมณ์อยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 2.55 คะแนน (S.D. = .42 คะแนน) รองลงมาคือพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.47 คะแนน (S.D. = .38 คะแนน) ในขณะที่พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.31 คะแนน (S.D. = .52 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละระดับทั้ง 3 ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจอารมณ์ และด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง จำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 73.0 และ 72.29 ตามลำดับ ในขณะที่มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.24 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย และด้านจิตใจอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลางจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 22.92 และ 21.91 ตามลำดับ มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.69 ในขณะที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 9.07 และมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย และด้านจิตใจอารมณ์อยู่ในระดับต่ำเท่ากันคือร้อยละ 4.79

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ดังจะกล่าวต่อไป

3.1 ปัจจัยนำ

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n = 397)

ปัจจัยนำด้าน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			11.66	1.71	ดี
ดี (11-13 คะแนน)	319	80.4			
ปานกลาง (8-10 คะแนน)	66	16.6			
ต่ำ (0-7 คะแนน)	12	3.0			
ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			3.39	.41	ดี
ดี	303	76.3			
ปานกลาง	92	23.2			
ต่ำ	2	0.5			

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 11.66 คะแนน (S.D. = 1.71 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.4 รองลงมามีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.6 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.39 คะแนน (S.D. = .41 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.3 รองลงมามีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 23.2

3.2 ปัจจัยเอื้ออำนวย

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และ ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงแหล่งประโยชน์และ
ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ(n = 397)

ปัจจัยเอื้ออำนวยด้าน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์			2.51	.56	ปานกลาง
ระดับดี	48	12.09			
ระดับปานกลาง	282	71.03			
ระดับต่ำ	67	16.88			
ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ			2.70	.56	ปานกลาง
ระดับดี	79	19.90			
ระดับปานกลาง	270	68.01			
ระดับต่ำ	48	12.09			

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.51 คะแนน (S.D. = .56 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.03 รองลงมามีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับต่ำ ร้อยละ 16.88 และมีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับดี ร้อยละ 12.09 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.70 คะแนน (S.D. = .56 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 68.01 รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 19.90 และมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.09

3.4 ปัจจัยสนับสนุน

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยสนับสนุน คือ การได้รับการสนับสนุน และการได้รับการขัดขวาง ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุน และการได้รับการจัดขวาง (n=397)

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
การได้รับการสนับสนุน			3.03	.43	ดี
ระดับดี	101	25.44			
ระดับปานกลาง	283	71.28			
ระดับต่ำ	13	3.27			
การได้รับการจัดขวาง			2.25	.35	ปานกลาง
ระดับดี	4	1.01			
ระดับปานกลาง	275	69.27			
ระดับต่ำ	118	29.72			

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.03 คะแนน (S.D. = .43 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 71.28 รองลงมาได้รับการสนับสนุนในระดับดี และต่ำ ร้อยละ 25.44 และ 3.27 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดขวางในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.25 คะแนน (S.D. = .35 คะแนน) ส่วนใหญ่ได้รับการจัดขวางระดับปานกลางร้อยละ 69.27 ระดับต่ำร้อยละ 29.72 และได้รับการจัดขวางระดับดี ร้อยละ 1.01

ตอนที่ 4 อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อพฤติกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

การศึกษาอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุนที่มีต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยวิธีการคัดเลือกเข้า (enter) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา (จำนวนปี) สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยสนับสนุน คือ การได้รับการสนับสนุนและการจัดขวาง ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.8 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (n = 357)

Y	Age	X1	X2	X4	X5	X6	X7	X8	X9	Income	Kno	Att	Acce	Exp	Supp
Y	-0.10	-0.081	.074	-.010	.007	.091	-.030	-.091	.109	-.149*	.265*	.221*	.246*	.577*	.016
Age		.041	-.450*	.184*	.066	-.137*	.053	.107	-.272	-.048	.072	-.052	-.083	-.045	.046
เพศชาย(X1)			-.054	.040	-.061	-.025	-.053	.043	-.033	-.005	.001	-.074	-.005	-.041	-.069
การศึกษา(X2)				-.278*	-.015	.481*	.023	-.122*	.298	.261*	.010	.118	.204*	.158*	.019
เกษตรกร(X4)					-.263*	-.191*	-.234*	.225*	.165	.026	.015	-.019	-.262*	-.081	-.005
ค้าขาย(X5)						-.113	-.138*	-.019	.000	-.069	.027	-.012	.058	-.003	.090
รับราชการ(X6)							-.100	-.014	.080	.263*	.067	.141*	.067	.083	-.012
แม่บ้าน(X7)								-.153*	.085	.100	-.056	-.062	.044	.054	-.042
สถานภาพสมรสคู่(X8)									-.716*	-.028	.026	-.072	-.144*	-.148*	-.006
โสด(X9)										-.009	.007	.030	.157*	.115	-.011
Income											-.034	-.027	.064	-.058	.018
Kno												.136*	.043	.059	.051
Att													-.068	.066	.020
Acce														.421*	.085
Exp															.100
Supp															

Tolerance \geq .413 VIF \leq 2.421

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ 0.05

Age = อายุ	X1 = เพศชาย
X2 = การศึกษา(จำนวนปี)	X4 = อาชีพเกษตรกร
X5 = อาชีพค้าขาย	X6 = อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
X7 = แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงานและนักเรียนนักศึกษา	
X8 = สถานภาพสมรสคู่	X9 = โสด
Income = รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
Kno = ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	
Att = ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	
Acce = การเข้าถึงแหล่งประโยชน์	
Exp = ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ	
Supp = การได้รับการสนับสนุน	
Y = พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว	

จากตารางที่ 4.8 พบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .001 ถึง .716 ซึ่งมีค่าไม่เกิน .80 และค่า Tolerance \geq .413 ซึ่งมากกว่า .19 และค่า VIF \leq 2.421 ซึ่งน้อยกว่า 5.3 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง สามารถใช้เป็นตัวแปรอิสระสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยได้ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .007 ถึง .577 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 คู่ระหว่าง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว กับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	B	SE	Beta	t
อายุ	.005	.039	.006	.121
เพศ	-1.001	.764	-.054	-1.309
การศึกษา	-.095	.122	-.044	-.779
อาชีพเกษตรกร	1.012	.920	.055	1.099
อาชีพค้าขาย	.405	1.119	.016	.362
อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2.030	1.604	.063	1.265
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน /นักเรียนนักศึกษา	-.355	1.232	-.013	-.288
สถานภาพสมรสคู่	.629	1.134	.034	.555
โสด	1.632	1.380	.075	1.183
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	-.000237	.000095	-.111	-2.494**
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	1.002	.206	.203	4.875*
ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	.351	.098	.152	3.601*
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์	.076	.080	.045	.952
ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ	1.045	.090	.536	11.590*
การได้รับการสนับสนุนและขัดขวาง	-.293	.218	-.056	-1.343
Constant = 19.807 R = .660 R ² = .436 Adj R ² = .411 F = 17.547*				

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ .01 **มีนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 4.9 พบว่าปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพเกษตรกร ค้าขาย
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน/นักเรียนนักศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว
เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การ
เข้าถึงแหล่งประโยชน์ ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับ
การสนับสนุนและขัดขวาง สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
ครอบครัวได้ร้อยละ 43.6 (R² = .436) โดยปัจจัยนำเข้า 3 ตัว คือ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้
เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัย

เอื้ออำนวย 1 ตัว คือประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.536) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.203, 0.152 และ - 0.111 ตามลำดับ) โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรี สามารถ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้คือ 1.1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี 1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี 1.1.3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 *กลุ่มตัวอย่าง* เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความเกี่ยวพันทางสายโลหิต หรือฉันท์ญาติกับผู้สูงอายุ และพักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ ในจังหวัดจันทบุรี ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 397 คน

1.2.2 *เครื่องมือการวิจัย* เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัย จำนวน 84 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว 27 ข้อ ปัจจัยนำส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 13 ข้อทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 9 ข้อ ปัจจัยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ 9 ข้อ ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 8 ข้อ ปัจจัยสนับสนุนจำนวน 7 ข้อ โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90 ปัจจัยนำส่วนของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.70 ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.80 ปัจจัยเอื้ออำนวย ตอนที่ 1 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เท่ากับ 0.88 ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 และปัจจัยสนับสนุน เท่ากับ 0.70

1.2.3 *การเก็บรวบรวมข้อมูล* ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้แบบสอบถามกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ในพื้นที่อำเภอเมือง ขลุง แหหลวงสิงห์ และสอยดาว

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ (ความรู้และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้ออำนวย (การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพ) และปัจจัยสนับสนุนใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า (Enter Multiple Regression Analysis)

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.2 ปี (S.D. = 10.3 ปี) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 68 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 34.8 รองลงมาอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 27.4 ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-4 ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาปีที่ 5-7 ร้อยละ 24.4 มีสถานภาพกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.3 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 29.2 มีค่ากลางรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,300 บาท เฉลี่ย 10,660.90 บาท (S.D. = 7584.70 บาท) รายได้ต่อเดือนต่ำที่สุด 3,000 บาท สูงที่สุด 62,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 12.8 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 57.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตร ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 17.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.2 โดยเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 33.9 รองลงมา คือเบาหวาน โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 22.8, 15.8 และ 10.2 ตามลำดับ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะรักษาที่โรงพยาบาลรัฐหรือสถานีนามัยเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.4 จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 67.3 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก คิดเป็นร้อยละ 54.2, 45.6 และ 13.4 ตามลำดับ หัวข้อที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องอาหารมากที่สุด ร้อยละ 83.6 รองลงมาคือ เรื่องการออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และอบายมุข คิดเป็น ร้อยละ 79.8, 42.8, 41.6, 38.8 และ 32.0 ตามลำดับ

1.3.2 พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 2.44 คะแนน (S.D. = .36 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน เมื่อจำแนกเป็นระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.04 มีพฤติกรรม

ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับปานกลางร้อยละ 24.94 และมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับต่ำเพียงร้อยละ 3.02

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงและปานกลาง โดยมีพฤติกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจอารมณ์อยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.55 คะแนน (S.D. = .42 คะแนน) รองลงมาคือพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.47 คะแนน (S.D. = .38 คะแนน) ในขณะที่พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.31 คะแนน (S.D. = .52 คะแนน) เมื่อพิจารณาถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละระดับทั้ง 3 ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจอารมณ์ และด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง จำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 73.30 และ 72.29 ตามลำดับ ในขณะที่มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.24 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย และด้านจิตใจอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลางจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 22.92 และ 21.91 ตามลำดับ มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.69 ในขณะที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 9.07 และมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย และด้านจิตใจอารมณ์อยู่ในระดับต่ำเท่ากันคือร้อยละ 4.79

1.3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

1) ปัจจัยนำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 11.66 คะแนน (S.D. = 1.71 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.4 รองลงมามีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.6 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.39 คะแนน (S.D. = .41 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.3 รองลงมามีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 23.2

2) ปัจจัยเอื้ออำนวย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.51 คะแนน (S.D. = .56 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.03 รองลงมามีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับต่ำ ร้อยละ 16.88 และมีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับดี เพียงร้อยละ 12.09 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.70 คะแนน (S.D. = .56

คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 68.01 รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 19.90 และมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12.09

3) **ปัจจัยสนับสนุน** พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.03 คะแนน (S.D. = .43 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 71.28 รองลงมาได้รับการสนับสนุนในระดับดีและต่ำ ร้อยละ 25.44 และ 3.27 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดขวางในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.25 คะแนน (S.D. = .35 คะแนน) ส่วนใหญ่ได้รับการจัดขวางระดับปานกลางร้อยละ 69.27 ระดับต่ำร้อยละ 29.72 และได้รับการจัดขวางระดับดี ร้อยละ 1.01

1.3.4 อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อ

พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

พบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .001 ถึง .716 ซึ่งมีค่าไม่เกิน .80 และค่า Tolerance $\geq .413$ ซึ่งมากกว่า .19 และค่า VIF ≤ 2.421 ซึ่งน้อยกว่า 5.3 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง สามารถใช้เป็นตัวแปรอิสระสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยได้ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .007 ถึง .577 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 คู่ ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว กับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพเกษตรกร ค่าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน/นักเรียนนักศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนและจัดขวาง สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวได้ร้อยละ 43.6 ($R^2 = .436$) โดยปัจจัยนำ 3 ตัว คือ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยเอื้ออำนวย 1 ตัว คือ ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.536) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.203, 0.152 และ -0.111 ตามลำดับ) โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ บุคคลในครอบครัวจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันระดับแรกของมนุษย์ ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับค่านิยมในเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ซึ่งเป็นบุตรของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.5) มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดีอีกด้านหนึ่งผู้ดูแลที่มีสถานภาพเป็นคู่สมรส ซึ่งร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ต้องรับการเปลี่ยนแปลงตามสภาพและดูแลกันต่อไป การศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมรายด้านเกือบทุกด้าน อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของ ประอรนุช เชื้อถื่อ (2548) ที่ศึกษาในกลุ่มครอบครัวผู้สูงอายุแล้วพบว่าครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงและปานกลาง โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจอารมณ์ และด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$ และ 2.47 ตามลำดับ) สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่เฉพาะเจาะจงตามความเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอย มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูงในเรื่อง การจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีอากาศบริสุทธิ์ พาไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย จัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้านให้ปลอดภัย ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ($\bar{X} = 2.72, 2.71, 2.68$ และ 2.65 ตามลำดับ) เป็นต้น สอดคล้องกับความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจอารมณ์ ในระดับสูง ในเรื่องให้ความเคารพยกย่องกับผู้สูงอายุที่ถือเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของครอบครัว พุดคุยและสนใจ เอาใจใส่ใกล้ชิด รับฟังและดูแลช่วยเหลือ เมื่อผู้สูงอายุประสบปัญหา

แสดงความชื่นชมยินดีเมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ ($\bar{X} = 2.83, 2.71, 2.64$ และ 2.64 ตามลำดับ) อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 ซึ่งมีความละเอียดอ่อนมากกว่าชาย มีความสนใจในเรื่องสุขภาพมากกว่า ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.2 จำเป็นต้องให้การดูแล และเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 84.4) ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.4 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี (เฉลี่ย 42.2 ปี) นับว่าเป็นวัยที่บรรลุนิติภาวะเป็นผู้ใหญ่แล้วมีความรับผิดชอบอย่างเต็มที่

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.31$) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร ร้อยละ 37.3 และ 29.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงร้อยละ 73.6 ที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 57.7 เนื่องจากการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่จะออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้มีเวลาสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมน้อยลง จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 9.3 ที่มีอาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน ผู้ดูแลส่วนใหญ่สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพบปะกับญาติและเพื่อนฝูง สนับสนุนและจัดเตรียมให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประอรนุช เชื้อถ้อ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม และเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบการศึกษาที่ใกล้เคียงคือ การศึกษาของ คณัย ชีวันดา และมลฤดี แสนใจ (2545) ศึกษาเรื่องบทบาทและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต 7 ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและรายได้มากที่สุด ร้อยละ 51.3

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

2.2.1 ปัจจัยนำ ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.2 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาของ คณัย ชีวันดา และ มลฤดี แสนใจ (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 77.09 มีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาของบัญชา ศรีสมบัติ (2550) ศึกษาบทบาทของครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.7 มีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 34.8 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ รวิภา บุราณเศรษฐ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2

เขตคอนเมือง กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 และอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 28.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุใน ครอบครัวที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.1 มีอายุระหว่าง 40 -60 ปี จำนวน มาก เนื่องจากสภาพสังคม ผู้หญิงจะมีบทบาทในการดูแลครอบครัวในเรื่องอาหาร สุขภาพ การ เลี้ยงดูบุตรและการดูแลผู้สูงอายุ หรือคนเจ็บป่วย เพศชายเข้ามาดูแลผู้สูงอายุน้อยเนื่องจากเพศชายมี บทบาทหลักทางเศรษฐกิจ เป็นฝ่ายหารายได้ให้ครอบครัว การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ คนชัย ธีวันดา และ มลลิต แสนใจ (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.8 แตกต่างจากการศึกษาของ รวิภา บุราณเศรษฐ (2546) และ บัญชา ศรีสมบัติ (2550) ที่พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 61.8 และร้อยละ 58.1 ตามลำดับ ซึ่งเป็นเพราะจังหวัดจันทบุรี เป็นลักษณะสังคมชนบท ประชาชนจะให้ความสำคัญกับการศึกษาน้อยกว่าสังคมเมือง เพราะต้องการแรงงานช่วยกิจกรรมของครอบครัวใน ภาคเกษตร จึงมีโอกาสด้านการศึกษาน้อยกว่า และการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 68.5 สอดคล้องกับการศึกษาของประอรนุช เชื้อถื่อ(2548) รวิภา บุราณเศรษฐ (2546) และบัญญัติ ศรีสมบัติ (2550) ที่พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 56.0 ร้อยละ 68.6 และร้อยละ 67.2 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่จะอยู่กับบุตร(ร้อยละ 64.5) และมักเป็นบุคคลที่ยังอาศัยอยู่บ้านเดิมกับบิดามารดา เพราะ ผู้สูงอายุจะมีความรักในที่อยู่อาศัยเดิมของตน ไม่ประสงค์จะย้ายบ้าน ดังนั้นบุตรหลานที่อยู่อาศัยใน บ้านจึงต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุโดยอัตโนมัติ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 29.2 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมตามการพัฒนากระแสหลัก เน้นเรื่องรายได้ จากเดิมที่จังหวัดจันทบุรีเป็นเมืองเกษตรกรรม เมื่อมีที่ดินทำการเกษตรลดลง จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาเชิงอุตสาหกรรมมากขึ้น จึงประกอบอาชีพรับจ้างเพิ่มขึ้น อาชีพรับจ้างและอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน ก่อนข้างต่ำ รายได้ของ ครอบครัวต่อเดือนต่ำที่สุดคือ 3,000 บาท สูงที่สุดคือ 62,000 บาท ค่ากลางของรายได้อยู่ที่ 8,300 บาท รายได้เฉลี่ย 10,660.9 บาท(S.D. = 7584.7) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 12.8 มากกว่า ครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 57.7) ใกล้เคียงกับการศึกษาของรวิภา บุราณเศรษฐ (2546) ที่พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.1

ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ รวิภา บุราณเศรษฐ (2546) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูง ร้อยละ 87.0 อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาแล้ว (ร้อยละ 84.4) และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยส่วนใหญ่อ้อยละ 92.7 จะพาไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและสถานีนอนมัย สถานที่ดังกล่าวจะมีการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 67.3 และจากเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย ร้อยละ 54.2

ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.39 คะแนน (S.D. = .41 คะแนน) ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.3 รองลงมามีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 23.2 แตกต่างกับการศึกษาของ รวิภา บุราณเศรษฐ (2546) ที่พบว่าทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 84.3 ทั้งนี้เนื่องจาก จังหวัดจันทบุรีมีการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลุ่มชมรมผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุขต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะเป็นเป้าหมายหนึ่งของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการส่งเสริมผู้สูงอายุ การศึกษานี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เพราะการที่บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีในสิ่งที่ถูกต้องได้นั้น ต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นเสียก่อน

2.2.2 ปัจจัยเอื้ออำนวย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.51 คะแนน (S.D. = .56 คะแนน) เนื่องจากส่วนใหญ่มีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.03 รองลงมาคือมีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับต่ำ ร้อยละ 16.88 และมีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ระดับดี เพียงร้อยละ 12.09 เมื่อพิจารณาประเภทของแหล่งประโยชน์พบว่าเพียงสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้นที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงได้ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งเกิดจากการที่จังหวัดจันทบุรี มีสถานบริการสาธารณสุขกระจายอยู่ในทุกตำบล ทุกชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าไปใช้บริการได้สะดวก การศึกษานี้พบว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล/สถานีนอนมัยร้อยละ 92.7 ในขณะที่แหล่งประโยชน์ประเภทอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงได้ในระดับมากและมากที่สุด ต่ำกว่าร้อยละ 50 และแหล่งประโยชน์ประเภทออกกำลังกาย มีการเข้าถึงในระดับมากและมากที่สุด

ต่ำที่สุดคือไม่ถึงร้อยละ 35 แสดงให้เห็นว่าชุมชนในจังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่มีร้านอาหารที่ถูกสุขลักษณะไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากพื้นที่ที่ห่างไกลชุมชน (บ้านสวน) ทำให้มีการจัดตั้งร้านอาหารนอกระยะ ประกอบกับมีการจัดตลาดนัดขายสินค้าราคาถูก ใกล้บ้าน เป็นประจำทุกสัปดาห์ ทำให้มีแหล่งจำหน่ายอาหารเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ (ไม่ผ่านการรับรองการตรวจมาตรฐานด้านอาหารหรือแพ่งลอยจำหน่ายอาหาร) และมีสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน ไม่เพียงพออีกด้วย เนื่องจากสถานที่ออกกำลังกายต้องใช้สถานที่สาธารณะทุกคนเข้าถึงได้สะดวกและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการค่อนข้างสูง ในขณะที่บางพื้นที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อย ทำให้ไม่สามารถจัดบริการในส่วนนี้ได้ ในขณะที่การใช้บริการชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ได้สะดวก ในระดับมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 ซึ่งอาจเกิดจาก ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรี ยังมีการดำเนินการไม่ครอบคลุมและเข้มแข็งทุกพื้นที่

ปัจจัยเอื้ออำนวยในด้านประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.70 คะแนน (S.D. = .56 คะแนน) เนื่องจากส่วนใหญ่มีประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลางร้อยละ 68.01 รองลงมาคือมีประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 19.90 เมื่อพิจารณาประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีประสิทธิผลการจัดกิจกรรมหรืออาชีพเสริมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุน้อยที่สุด อยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 38.8 และเกือบไม่ได้ปฏิบัติร้อยละ 30.7 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45.8) ทำให้สามารถทำกิจกรรมหรืออาชีพเสริมได้ด้วยตนเอง ในขณะที่ประสิทธิผลการดูแลผู้สูงอายุ ให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 35.8 และเกือบไม่ได้ปฏิบัติ ร้อยละ 12.8 ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากไม่สามารถเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนได้ เนื่องจากในชุมชนมีสถานที่สำหรับออกกำลังกายไม่เพียงพอ ผลการศึกษาพบว่าในชุมชนมีสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจที่เพียงพอ ในระดับน้อยร้อยละ 38.8 และน้อยที่สุดร้อยละ 26.4

2.2.3 ปัจจัยสนับสนุน การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.03 คะแนน (S.D. = .43 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 71.28 รองลงมาได้รับการสนับสนุนในระดับดีและต่ำ ร้อยละ 25.44 และ 3.27 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนในข้อคำถามที่ว่าเมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง จะได้รับความชื่นชม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X} = 3.21$ คะแนน (S.D. = .51 คะแนน) การได้รับการสนับสนุนเป็นผลสะท้อนกลับที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิด ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมได้ โกล้เคียงกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548: 97) ที่พบว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับความชื่นชม และเห็นความสำคัญจากบุคคลรอบข้าง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยระดับสูง

2.3 อิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุน ที่มีต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยมีปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ เกษตรกร ก้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน/นักเรียนนักศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุน สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวได้ร้อยละ 43.6 ($R^2 = .436$) โดยปัจจัยนำ 3 ตัวคือ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยเอื้ออำนวย 1 ตัว คือ ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.536) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.203, 0.152 และ -0.111 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ดังนี้

2.3.1 อิทธิพลของปัจจัยนำ

1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .267$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยาวัตร คม พักษณ์ และคนอื่น (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยนำคือความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิภา บุราณเศรษฐ (2546) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้นั้น บุคคลนั้นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นเสียก่อน เพราะความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐานการคิด การไตร่ตรองและการ

ตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ ฉะนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.203) แสดงว่าครอบครัวที่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ย่อมนำไปความรู้ันั้น ไปปฏิบัติพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีด้วย

2) *ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ* พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .215$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิภา บุราณเศรษฐ (2546) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากทัศนคติเป็นแนวโน้มของจิตใจหรือความรู้สึกที่คงที่ที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เป็นผลจากประสบการณ์และความเชื่อที่สั่งสมกันมา ผ่านการประเมินค่าในลักษณะของดีและไม่ดี เป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.152) แสดงว่าครอบครัวที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ย่อมปฏิบัติพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีด้วย

3) *รายได้ของครอบครัว* พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.141$) แสดงว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุน้อย ถึงแม้ว่ารายได้ของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการเอาใจใส่และดูแลจากบุคคลในครอบครัวเป็นพิเศษ เนื่องจากอยู่ในสถานะที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวย่อมต้องใช้เวลาและความเอาใจใส่เป็นพิเศษด้วย ครอบครัวที่มีรายได้สูงซึ่งมักเกิดจากการทำงานที่ต้องใช้ความรับผิดชอบสูง และภาระงานที่หนักด้วย จะมีเวลาสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุลดลง อาจจ้างบุคคลอื่นมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุแทนคนในครอบครัว แตกต่างจากการศึกษาของ กัลยารัตน์ สมสอาด (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว และการศึกษาของ จิรนนท์ พุ่มเที่ยง (2547) ที่พบว่ารายได้ของสมาชิกในครอบครัวและของผู้สูงอายุไม่มี

ความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการศึกษานี้พบว่ารายได้ของครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ -.111) ซึ่งตัวแปรรายได้ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในทางลบ กล่าวคือ ครอบครัวผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุน้อย

2.3.2 อิทธิพลของปัจจัยเอื้ออำนวย พบว่าประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว เนื่องจากประสบการณ์เป็นพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีต ปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัย บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender 1996) เป็นความเคยชินหรือปฏิบัติโดยความคุ้นเคย และเกิดจากการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้วได้ข้อมูลป้อนกลับเป็นผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง บุคคลจะทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ ผลการวิจัยนี้ยังพบว่าประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีอำนาจการทำนายสูงที่สุด ($\beta = .518$) แสดงว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงจะมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงด้วย

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ ทุกระดับ รวมทั้งครอบครัวสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 หน่วยงานภาครัฐ

1) ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว มีการส่งเสริมสุขภาพในด้านสังคมและเศรษฐกิจน้อยกว่าด้านอื่น เช่น การสนับสนุนให้ร่วมเป็นสมาชิกชมรมหรือสโมสรต่าง ๆ การสนับสนุนให้ทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ และมีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานอย่างแพร่หลาย เพื่อให้ครอบครัวสามารถพาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยสะดวก เพราะการที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ทำกิจกรรม

ร่วมกัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว รวมทั้งควรมีการจัดหากิจกรรมส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มรายได้ด้วย

2) ผลการวิจัย พบว่า การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ในเรื่องชุมชนมีสถานที่ ออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจที่เพียงพอ และครอบครัวสามารถพาผู้สูงอายุไปใช้บริการได้ โดยสะดวก อยู่ในระดับต่ำ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควร สนับสนุนและจัดให้มีสถานที่พร้อมอุปกรณ์ออกกำลังกายที่เหมาะสมและเพียงพอในชุมชน

3) ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถ ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวได้มากที่สุด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัด ให้มีการอบรม ฝึกทักษะ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นประจำเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพ

4) ผลการวิจัย พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูงขึ้นจะมีแนวโน้มมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุน้อยลง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เช่น การ เชื่อมบ้าน สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวเหล่านี้

5) ผลการวิจัย พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีอำนาจ ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควร ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุสำหรับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ

3.1.2 ครอบครัว

1) ผลการวิจัย พบว่า ครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ และสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ครอบครัวควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมใน ชุมชนเพิ่มมากขึ้น ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ

2) ผลการวิจัย พบว่า ครอบครัว มากกว่า 1 ใน 4 คิดว่าไม่ควรสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุได้ทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามศักยภาพและความถนัด ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมุ่งงานทำ ตามศักยภาพ ถือว่าเป็นการใช้เวลาว่างที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ รู้ว่ามีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของ ครอบครัว ครอบครัวจึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานตามความถนัดและความพอใจ

3) ผลการวิจัย พบว่า ครอบครัวเกือบครึ่งหนึ่งดูแลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย อย่างเหมาะสม นาน ๆ ครั้ง การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น ลดอาการปวดเมื่อย ช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น ครอบครัวจึงควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมสม่ำเสมอ

4) ผลการวิจัย พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูงขึ้นจะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุลดลง ครอบครัวที่มีรายได้สูงจึงควรหาเวลาสำหรับครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เช่น พาไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ต่าง ๆ ออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว เพิ่มขึ้น เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบและกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

3.2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ดูแลเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.2.3 เนื่องจากสังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุ จึงควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุสำหรับผู้ที่อยู่ 50- 60 ปี

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ คุ้มวงศ์ (2536) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพี่เลี้ยงต่อการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย" วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กัลยารัตน์ สมสอาด (2548) "ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2549) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับคนไทย กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์(2549) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.๒๕๔๘ กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา (2534) ปัญหาผู้สูงอายุและการแก้ไข กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540) การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2538 กรุงเทพมหานคร สำนักวิจัยบริการสาธารณสุข
- จริยาวัตร คมพักษณ์ และคนอื่นๆ (2544) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร" มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- จิตตินันท์ เตชะคุปต์ (2547) "วงจรชีวิตครอบครัวและการสร้างครอบครัว" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน้าที่ 3 หน้า 32-33 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- จිරนันท์ พุ่มเที่ยง (2547) "สัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกครอบครัว ในจังหวัดนนทบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

- ชาวพรรณมัจฉา จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์ (2544) "การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพ" ใน เอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 7 หน้า 33-38 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- คณีย์ ชีวันดา และมลลณี แสนใจ (2545) "บทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต 7" ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) "การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สำนักงานบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏเลย
- ทัศนีย์ บุญทอง (2544) "การพยาบาลกับพัฒนาการของชีวิตการ" ใน เอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 6 หน้า 392-395, 399-401 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- น้ำทิพย์ มะลิ (2545) "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- บัญญัติ ศรีสมบัติ (2550) "บทบาทของครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยนเรศวร
- บรรลพ ศิริพานิช (2547) คู่มือผู้ดูแลแบบสมัครใจ พิมพ์ครั้งที่ 19 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์พิมพ์ดี
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ (2546) คู่มือการวิจัยการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร จามจุรีโปรดักท์
- _____ . (2542) เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร เจริญดีการพิมพ์
- _____ . (2543) สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- ป้าณบดี เอกจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะโน (2552) "รายงานสถานการณ์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย" สถานการณ์สุขภาพไทย 4, 1 (มกราคม) : 20-31
- _____ . (2553) "สถานการณ์การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย" สถานการณ์สุขภาพไทย 4, 2 (มกราคม) : 14-20

- ประพนธ์ เขียวภูถ (2546) "การนำเสนอและแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล" ใน *ประมวลสาระชุด
วิทยานิพนธ์ 3* หน่วยที่ 9 หน้า 36-46 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์
- ประเวศ ะสี (2541) *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม* พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข
- ประอรนุช เชื้อถือ (2548) "ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดงและธัสมน นามวงษ์ (2550) "พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ" วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราช
ชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคนอื่น ๆ (2546) "คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย" กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544) "ผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอ
สุโขทัย-ลก จังหวัดนครราชสีมา" ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(พัฒนาสังคม)
คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ไพจิตรว ลือสกุลทอง (2545) "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับ
บริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน" ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ภราวดา บูราณสาร (2546) "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด
หนองบัวลำภู" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส. ผส.) (2550) *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549*
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์เคเอ็นดูตา
- รจนารถ รุ่งลือ (2536) "การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง
ราชบุรี" วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- รัชวัลย์ บุญโถม (2538) "การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของครอบครัวในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลปากเกร็ดและโรงพยาบาลปากเกร็ดเวชการ" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- รวีภา บุราณเศรษฐ (2546) "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ราชบัณฑิตยสถาน (2525) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน กรุงเทพมหานคร อักษรเจริญการพิมพ์
- วินัส วิยวัฒน์ (2550) "ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี" วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย (2544) "แนวคิดและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ" ใน สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม หน้า 1 กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- เล็ก สมบัติ (2549) "ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน" ชุดโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวผู้สูงอายุ เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) "ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย" สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) "รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว" ชุดโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- ศรีจิตรา บุญนาคและสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) "สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพภาวะพึ่งพิง และแนวนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุข" ในเอกสารประกอบการสอนการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ "ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ" กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด
ลำปาง" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2548) *มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ*
โรงพยาบาลชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี(2548) *ผลการดำเนินงานสาธารณสุข จันทบุรี*

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) *การดูแลสุขภาพผู้สูงวัย*
กรุงเทพมหานคร ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547) *การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*
สำหรับบุคลากร กรุงเทพมหานคร สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก

Donatelle, R.J. and Davis L.G. (1994) *Access to Health* 2nd ed. New Jersey: Printice-Hall.

Ebersole, P.A.and Hess, P (1990) *Toward healthy aging: Human and needs and nursing*
Response. 3 eds St. Louis Missouri: The C.V Mosby.

Green ,L.W.and M.W.Kreuter (1991) *Health Promotion Planing. An Educational and*
Environmental Approach. 2nd ed. London :May-field Publishing company.

Palank, C.L (1991). *Determinants of health-promoting behavior: A review of current research.*
Nursing Clinics of North America . 815-832.

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

Pender, N.J. (1996) *Health Promotion in Nursing Practice*.3rd ed London: Appleton and
Lange.

Walker,S.N Pender N.J. Sechrist K.R (1987) "The Health Promotion lifestyle profile
Development and psychometrics". *Nurse Research* . 76-77.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางสาวนิภาวรรณ รัตนานนท์

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลและสูติศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ

- กรรมการฝ่ายวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขากภาคตะวันออก
- อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
- ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. นางนิตยา เกลิมกุล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ

- รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุในระดับจังหวัด ปี 2540-2553

3. นางสาวสมลักษณ์ สุวรรณมาลี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญ

- เป็นคณะกรรมการวิจัยของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปี 2541-/2553
- ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้สูงอายุ (ผู้ดูแลหรือญาติผู้สูงอายุตอบ)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศของท่าน

() ชาย () หญิง

2. อายุของท่าน ปี เดือน

3. ระดับการศึกษาของท่าน

() ประถมศึกษาปีที่ 1-4

() ประถมศึกษาปีที่ 5-7

() มัธยมศึกษาปีที่ 1-3

() มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือ ปวช.

() อนุปริญญา หรือ ปวส.

() ปริญญาตรี

() อื่น ๆ (ระบุ)

4. สถานภาพสมรสของท่าน คือ

() โสด

() หม้าย

() คู่

() หย่าร้าง

() อื่น ๆ (ระบุ)

5. ท่านประกอบอาชีพ

() รับจ้าง

() ก้าขาย

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() เกษตรกร

() อื่น ๆ (ระบุ)

6. ครอบครัวของท่านมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ.....บาท (รวมของทุกคนที่อยู่ในครอบครัว)

7. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว

() เพียงพอ มีเหลือเก็บ

() เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ

() ไม่เพียงพอ

() อื่น ๆ (ระบุ).....

8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเป็น

() สามี/ภรรยา

() บุตร

() สะใภ้/เขย

() อื่น ๆ (ระบุ).....

9. โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

 ไม่มี มี (ระบุ)

10. วิธีที่ท่านปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย

 ซื้อยามารับประทานเอง รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ / สถานีอนามัย รักษาทางไสยศาสตร์ รักษาที่คลินิก / โรงพยาบาลเอกชน รักษาด้วยยาแผนโบราณ อื่นๆ (ระบุ)

11. ท่านเคยได้รับคำแนะนำ หรือการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาก่อนหรือไม่

 ไม่เคย เคย จากผู้ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชน/ คลินิก พนักงานขายยาร้านขายยาแผนปัจจุบัน พนักงานขายยาร้านแพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อื่นๆ ระบุ

11.1 ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

 อาหาร (การจกบริโภคอาหารที่สุกสะอาดและมีคุณค่าทางโภชนาการ) การออกกำลังกาย อารมณ์ (การจัดการกับความเครียด การใช้ชีวิตที่เป็นสุข) อนามัยสิ่งแวดล้อม (การสร้าง ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ หรือเหมาะสมต่อสุขภาพ) อโรคยา (โรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต เป็นต้น) อนามัย (พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ยาเสพติด) อื่นๆ ระบุ

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ให้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในปัจจุบันมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติจริงมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยมาก (0-1 วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นปานกลาง (2-4 วัน / สัปดาห์)

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นมาก (5-7 วัน / สัปดาห์)

พฤติกรรม	ความถี่		
	สม่ำเสมอ	เป็นบางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง
ด้านร่างกาย			
1. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้รักษาอนามัยส่วนบุคคล			
2. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์			
3. จัดหาอาหารที่ผู้สูงอายุชอบมาให้บริการ			
4. ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม			
5. ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ซักผ้า กวาดบ้าน ฯลฯ			
6. จัดหาเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ของใช้ส่วนตัว ให้ตามความต้องการ			
7. กระตุ้นเตือนให้ไปรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง			
8. พาไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย			
9. ไม่จัดหาสิ่งที่เป็นโทษต่อร่างกายให้ เช่น บุหรี่ สุรา เครื่องดื่มชูกำลัง			
10. จัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีอากาศบริสุทธิ์			
11. จัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้านให้ปลอดภัย			

พฤติกรรม	ความถี่		
	สม่ำเสมอ	เป็น บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง
ด้านจิตใจอารมณ์			
12. พุดคุยและสนใจ เอาใจใส่ใกล้ชิด			
13. ให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ โดยถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ของครอบครัว			
14. แสดงความชื่นชมยินดี เมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จใน กิจกรรมต่างๆ			
15. สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย ความเครียด และสงบจิตใจ			
16. รับฟัง และดูแลช่วยเหลือ เมื่อผู้สูงอายุประสบปัญหา			
17. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกต่างๆ ที่ชอบ เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ คุมหรรสพ คุุโทรทัศน์ ตามต้องการ			
18. พาไปเที่ยว พักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ต่างๆ อย่างน้อยปีละครั้ง			
ด้านสังคม เศรษฐกิจ			
19. ให้มีส่วนร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ภายในครอบครัว			
20. สนับสนุน และจัดเตรียมให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ			
21. สนับสนุน และเปิดโอกาสให้ได้พบปะกับญาติและเพื่อนฝูง			
22. ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานจัดขึ้นในบ้าน เช่น งานขึ้นปีใหม่ งานเลี้ยง			
23. สนับสนุนให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรม หรือสโมสรต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน			
24. แจงข้อมูลข่าวสารที่ทันเหตุการณ์จากสื่อต่างๆ ให้ทราบ			
25. ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ			
26. สนับสนุนให้ได้ทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามความต้องการของ ผู้สูงอายุ			
27. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินต่างๆ ตามต้องการ			

แบบสอบถามปัจจัยนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓
ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความถาม	คำตอบ		
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ด้านร่างกาย				
1	การรับประทานผักและผลไม้ ทำให้เกิดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ			
2	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะนุ่ม ย่อยง่าย			
3	การออกกำลังกายสามารถช่วยลดระดับน้ำตาล และไขมัน ในเลือดลงได้			
4	ผู้สูงอายุไม่ควรใช้ยาระบาย			
5	ผู้สูงอายุควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
ด้านจิตใจและอารมณ์				
6	การมีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว หรือสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า			
7	การที่ผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้สุขภาพจิตดี			
8	การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ คุมหรศพ ดูโทรทัศน์ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตดี			
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ				
9	ควรแจ้งข้อมูลข่าวสารที่ทันเหตุการณ์ให้ผู้สูงอายุได้รับทราบเพื่อกระตุ้นสมอง			
10	ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับญาติ และเพื่อนฝูง			
11	ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามศักยภาพ และความถนัด			
12	ควรให้ผู้สูงอายุมีโอกาสดัดสินใจแก้ปัญหาภายในครอบครัว			
13	ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ			

ส่วนที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วย และมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วย และมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วย และมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วย และมีความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	บุตรหลานมีหน้าที่ต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				
2	ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีค่าของครอบครัว จึงต้องส่งเสริมสุขภาพของท่านให้ดี				
3	การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย				
4	การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น และมีประโยชน์				
5	การได้ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการให้รางวัลชีวิตสำหรับผู้ดูแล				
6	ไม่มีความจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยเสื่อม แก้ไขอะไรไม่ได้แล้ว				
7	การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่าย				
8	การส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น				
9	การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า				

แบบสอบถามปัจจัยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อความต่อไปนี้ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านประสบในระดับใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมาก

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	ในชุมชนของท่านมีสถานที่ออกกำลังกาย และพักผ่อนหย่อนใจที่เพียงพอ				
2	ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังสถานที่ออกกำลังกาย และพักผ่อนหย่อนใจภายในชุมชนได้โดยสะดวก				
3	ในชุมชนของท่านมีสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานอนามัยที่เพียงพอ				
4	ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานอนามัยได้โดยสะดวก				
5	ในชุมชนของท่านมีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ถูกละเลยลักษณะเพียงพอ				
6	ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังสถานที่จำหน่ายอาหารภายในชุมชนได้โดยสะดวก				
7	ในชุมชนของท่านมีชมรมผู้สูงอายุที่เพียงพอ				
8	ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังชมรมผู้สูงอายุภายในชุมชนได้โดยสะดวก				
9	ท่านสามารถจะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพได้โดยสะดวก				

ตอนที่ 2 ประสพการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านมีประสพการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในอดีต เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ
ต่อไปนี้อย่างใดแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็น
จริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

บ่อยที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยมากที่สุด หรือเป็นประจำ (ทุกสัปดาห์)

บ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยปานกลางหรือทุก 2 สัปดาห์

นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อย หรือทุกเดือน

เกือบไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด หรือไม่ได้ปฏิบัติเลย

(มากกว่า 2-3 เดือน/ครั้ง)

ลำดับ	ประสพการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ	บ่อย ที่สุด	บ่อย	นานๆ ครั้ง	เกือบไม่ได้ ปฏิบัติ
1	การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ				
2	การดูแลผู้สูงอายุให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม				
3	การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
4	การพูดคุย ให้คำปรึกษา ผ่อนคลายความเครียดให้แก่ผู้สูงอายุ เมื่อ เผชิญกับปัญหาต่างๆ				
5	การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานเทศกาลต่างๆ หรือกิจกรรม ของชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น				
6	การจัดทำกิจกรรมหรืออาชีพเสริมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อ เป็นการเสริมรายได้				
7	การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่				
8	การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัย และเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ				

แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลต่างๆ อย่างไร แล้วใส่เครื่องหมาย ✓
ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านได้รับการปฏิบัติตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	ตอนที่ 1 การได้รับการสนับสนุน				
1	เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความชื่นชมท่าน				
2	การที่ท่านปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เพื่อนบ้านยกย่องชมเชยท่าน				
3	ท่านได้รับของฝาก/สิ่งตอบแทน/รางวัล จากสมาชิกในครอบครัว หลังจากปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				
	ตอนที่ 2 การได้รับการขัดขวาง				
4	ท่านถูกตำหนิจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อไม่พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี				
5	ท่านถูกตำหนิจากเพื่อนบ้าน เมื่อไม่พาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมสังคม				
6	ท่านถูกบุคคลรอบข้างตำหนิ เมื่อพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกาย				
7	ท่านได้รับการตำหนิจากสมาชิกภายในครอบครัว เมื่อจัดอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่ถูกต้อง				

ภาคผนวก ก
ร้อยละของระดับความคิดเห็น

ตารางผนวกที่ ก-1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรม	ความถี่			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	สม่ำเสมอ	เป็นบางครั้ง	นานๆ ครั้ง			
ด้านร่างกาย						
1. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้รักษาอนามัยส่วนบุคคล	47.6	35.3	17.1	2.30	.75	ปานกลาง
2. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	69.3	26.7	4.0	2.65	.55	สูง
3. จัดหาอาหารที่ผู้สูงอายุชอบมาให้บริการ	49.9	45.3	4.8	2.45	.59	สูง
4. ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม	35.3	43.8	20.7	2.18	.94	ปานกลาง
5. ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ซักผ้า กวาดบ้าน ฯลฯ	49.1	32.0	18.9	2.30	.78	ปานกลาง
6. จัดหาเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ของใช้ส่วนตัว ให้ตามความต้องการ	50.9	38.5	10.6	2.40	.67	สูง
7. กระตุ้นเตือนให้ไปรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง	50.6	33.8	15.6	2.35	.74	สูง
8. พาไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย	77.1	16.4	6.5	2.71	.58	สูง
9. ไม่จัดหาสิ่งที่เป็นโทษต่อร่างกายให้ เช่น บุหรี่ สุรา เครื่องดื่มชูกำลัง	64.2	20.2	15.6	2.49	.75	สูง
10. จัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีอากาศบริสุทธิ์	77.8	16.6	5.5	2.72	.56	สูง
11. จัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้านให้ปลอดภัย	73.6	20.9	5.5	2.68	.57	สูง
ด้านจิตใจอารมณ์						
12. พุดคุยและสนใจ เอาใจใส่ใกล้ชิด	73.6	23.4	3.0	2.71	.52	สูง
13. ให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ โดยถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของครอบครัว	84.9	13.6	1.5	2.83	.41	สูง
14. แสดงความชื่นชมยินดี เมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในกิจกรรมต่างๆ	68.8	26.7	4.5	2.64	.57	สูง
15. สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความเครียด และสงบจิตใจ	64.5	26.2	9.3	2.55	.66	สูง
16. รับฟัง และดูแลช่วยเหลือ เมื่อผู้สูงอายุประสบปัญหา	69.0	26.2	4.8	2.64	.57	สูง

ตารางผนวกที่ ก-1 (ต่อ)

พฤติกรรม	ความถี่			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	สม่ำเสมอ	เป็นบางครั้ง	นานๆ ครั้ง			
17. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกต่างๆ ที่ชอบ เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ คุมหรรสพ คูโทรทัศน์ ตามต้องการ	62.2	25.9	11.8	2.50	.70	สูง
18. พาไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ต่างๆ อย่างน้อยปีละครั้ง	31.2	35.3	33.5	1.98	.80	ปานกลาง
ด้านสังคม และเศรษฐกิจ						
19. ให้มีส่วนร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ภายในครอบครัว	49.1	34.8	16.1	2.33	.74	ปานกลาง
20. สนับสนุน และจัดเตรียมให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ	57.9	22.9	19.1	2.39	.79	สูง
21. สนับสนุน และเปิดโอกาสให้ได้พบปะกับญาติและเพื่อนฝูง	62.5	22.2	15.4	2.47	.75	สูง
22. ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานจัดขึ้นในบ้าน เช่น งานขึ้นปีใหม่ งานเลี้ยง	54.4	27.0	18.6	2.36	.78	สูง
23. สนับสนุนให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรม หรือสโมสรต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน	40.6	31.5	28.0	2.13	.82	ปานกลาง
24. แจ้งข้อมูลข่าวสารที่ทันเหตุการณ์จากสื่อต่างๆ ให้ทราบ	49.1	36.8	14.1	2.35	.71	สูง
25. ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ	51.4	36.3	12.3	2.39	.70	สูง
26. สนับสนุนให้ได้ทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	37.3	34.3	28.5	2.09	.81	ปานกลาง
27. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินต่างๆ ตามต้องการ	49.6	31.7	18.6	2.31	.77	ปานกลาง

ตารางผนวกที่ ก-2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	คำตอบ			ตอบถูก ร้อยละ
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
ด้านร่างกาย				
1. การรับประทานผักและผลไม้ ทำให้เกิดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ	12.1	85.1	2.8	85.1
2. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะนุ่ม ย่อยง่าย	98.5	3	1.3	98.5
3. การออกกำลังกายสามารถช่วยลดระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดลงได้	93.2	1.0	5.8	93.2
4. ผู้สูงอายุไม่ควรใช้ยาระบาย	85.4	9.6	5.0	85.4
5. ผู้สูงอายุควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพในช่องปากอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	87.9	3.0	8.83	87.9
ด้านจิตใจและอารมณ์				
6. การมีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว หรือสังคม จะช่วยให้ ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	96.2	1.0	2.8	96.2
7. การที่ผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้สุขภาพจิตดี	95.7	1.8	2.5	95.7
8. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ ดูมหรสพ ดูโทรทัศน์ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตดี	96.7	2.0	1.3	96.7
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ				
9. ควรแจ้งข้อมูลข่าวสารที่ทันเหตุการณ์ให้ผู้สูงอายุได้รับทราบเพื่อ กระตุ้นสมอง	88.9	6.0	5.0	88.9
10. ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับญาติ และเพื่อนฝูง	96.5	1.8	1.8	96.5
11. ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามศักยภาพ และ ความถนัด	74.3	22.4	3.3	74.3
12. ควรให้ผู้สูงอายุมีโอกาสตัดสินใจแก้ปัญหาภายในครอบครัว	74.3	22.4	3.3	74.3
13. ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ	93.5	5.0	1.5	93.5

ภาคผนวกที่ ค-3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง			
1. บุตรหลานมีหน้าที่ต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	61.7	37.8	0	0.5	3.61	.52	ดี
2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีค่าของครอบครัว จึงต้องส่งเสริมสุขภาพของท่านให้ดี	66.2	32.3	1.0	0.5	3.64	.53	ดี
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย	2.0	6.5	51.6	39.8	3.29	.68	ดี
4. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นและมีประโยชน์	49.6	47.9	1.5	1.0	3.46	.58	ดี
5. การได้ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการให้รางวัลชีวิตสำหรับผู้ดูแล	40.1	53.4	4.8	1.8	3.32	.65	ดี
6. ไม่มีความจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยเสื่อม แก้ไขอะไรไม่ได้แล้ว	2.8	7.3	36.5	53.1	3.40	.74	ดี
7. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการระหนักของครอบครัวโดยเฉพาะด้านค่าใช้จ่าย	5.3	17.4	41.8	35.5	3.08	.86	ดี
8. การส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	49.1	48.1	0.8	2.0	3.44	.62	ดี
9. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า	40.3	51.9	4.8	3.0	3.29	.70	ดี

ภาคผนวกที่ ก-4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุในด้านการเข้าถึงแหล่งประโยชน์

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ในชุมชนของท่านมีสถานที่ออกกำลังกาย และพักผ่อนหย่อนใจที่เพียงพอ	3.5	31.2	38.8	26.4	2.12	.84	ปานกลาง
2. ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังสถานที่ออกกำลังกาย และพักผ่อนหย่อนใจภายในชุมชนได้โดยสะดวก	3.8	28.5	44.1	23.7	2.12	.81	ปานกลาง
3. ในชุมชนของท่านมีสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานีอนามัยที่เพียงพอ	14.1	66.5	12.8	6.5	2.88	.72	ปานกลาง
4. ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานีอนามัยได้โดยสะดวก	18.4	64.7	13.4	3.5	2.98	.68	ปานกลาง
5. ในชุมชนของท่านมีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ถูกลักษณะเพียงพอ	8.3	41.3	37.0	13.4	2.45	8.2	ปานกลาง
6. ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังสถานที่จำหน่ายอาหารภายในชุมชนได้โดยสะดวก	6.0	40.8	38.0	15.1	2.38	.81	ปานกลาง
7. ในชุมชนของท่านมีชมรมผู้สูงอายุที่เพียงพอ	6.3	51.4	31.0	11.3	2.53	.78	ปานกลาง
8. ท่านสามารถพาผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการยังชมรมผู้สูงอายุภายในชุมชนได้โดยสะดวก	7.1	49.9	30.0	13.1	2.51	.81	ปานกลาง
9. ท่านสามารถจะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพได้โดยสะดวก	9.6	56.7	21.7	12.1	2.64	.82	ปานกลาง

ภาคผนวกที่ ค-5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุในด้านประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	บ่อย ที่สุด	บ่อย	นานๆ ครั้ง	เกือบ ไม่ได้ ปฏิบัติ			
1. การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	23.2	53.9	16.4	6.5	2.94	.81	ปาน กลาง
2. การดูแลผู้สูงอายุให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม	6.5	44.8	35.8	12.8	2.45	.79	ปาน กลาง
3. การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	16.6	45.1	28.5	9.8	2.69	.86	ปาน กลาง
4. การพูดคุย ให้คำปรึกษา ผ่อนคลาย ความเครียดให้แก่ผู้สูงอายุ เมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ	19.1	54.9	20.4	5.5	2.88	.78	ปาน กลาง
5. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานเทศกาล กิจกรรมของชมรม	19.9	46.9	23.2	10.1	2.77	.88	ปาน กลาง
6. การจัดหากิจกรรมหรืออาชีพเสริมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเสริมรายได้	4.8	25.7	38.8	30.7	2.05	.87	ปาน กลาง
7. การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ อย่างทันท่วงที	20.7	39.4	14.4	5.5	2.95	.76	ปาน กลาง
8. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัย และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	20.7	55.9	18.6	4.8	2.92	.76	ปาน กลาง

ภาคผนวกที่ ก-6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
การได้รับการสนับสนุน	24.7	72.0	2.5	0.8	3.21	.51	ดี
1. เมื่อท่านปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความชื่นชมท่าน							
2. การที่ท่านปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เพื่อนบ้านยกย่องชมเชยท่าน	14.4	76.1	8.3	1.3	3.04	.53	ดี
3. ท่านได้รับของฝาก/สิ่งตอบแทน/รางวัลจากสมาชิกในครอบครัว หลังจากปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	11.1	67.3	17.6	4.0	2.85	.65	ปานกลาง
การได้รับการขัดขวาง							
4. ท่านถูกตำหนิจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไม่พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี	13.6	69.8	12.8	3.8	2.07	.64	ปานกลาง
5. ท่านถูกตำหนิจากเพื่อนบ้าน เมื่อไม่พาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมสังคม	15.9	76.1	6.3	1.8	1.94	.54	ต่ำ
6. ท่านถูกบุคคลรอบข้างตำหนิ เมื่อพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกาย	2.3	19.4	44.1	34.3	3.10	.78	ดี
7. ท่านได้รับการตำหนิจากสมาชิกภายในครอบครัว เมื่อจัดอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่ถูกต้อง	19.1	73.8	6.3	0.8	1.89	.52	ต่ำ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสุวพัชร ฤทธิโสสม
วัน เดือน ปีเกิด	7 มีนาคม 2506
สถานที่เกิด	อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ปี 2529
สถานที่ทำงาน	งานการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ