

ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง
ของผู้สูงอายุอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

**THE RELATIONSHIP BETWEEN LIFE SKILLS AND HEALTH
PROMOTION OF THEIR ELDERLY IN PANTONG
DISTRICT, CHONBURI PROVINCE**

กฤษฎา โพธิ์ดารา

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต


คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2560


ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์
ของ กฤษฎา โพธิคารา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารณศาสตร มหาวิทาลัยบูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์

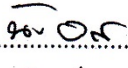

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ)

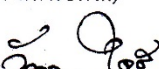
คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ)

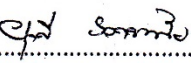

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

คณะสาขารณศาสตร อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารณศาสตร มหาวิทาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะสาขารณศาสตร
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยผู้ศึกษาได้รับความกรุณาอย่างสูงและดียิ่งจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตและอาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ติดตามการทำงานนิพนธ์อย่างใกล้ชิด นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ รวมทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. เขวาลักษณ์ โปธิดารา อาจารย์ ดร.อุทัยวรรณ เจริญสุข และอาจารย์กัมปนาท ฉายชูวงศ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ตลอดจนให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์ ตรงตามทฤษฎียิ่งขึ้นจนสามารถเก็บข้อมูลได้สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองกะขะ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุในตำบลหนองกะขะ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานทุกท่าน รวมถึงบุคคลใกล้ชิดและผู้ที่มีส่วนให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา จนการศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

คุณค่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษางานนิพนธ์นี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบและประสิทธิภาพการสาธารณสุขไทยต่อไป

กฤษฎา โปธิดารา
สิงหาคม 2560

58920208: ส.ม. (สาขารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ ทักษะชีวิต/ การสร้างเสริมสุขภาพ

กฤษฎา โพธิ์คารา: ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี (THE RELATIONSHIP BETWEEN LIFE SKILLS AND HEALTH PROMOTION OF THEIR ELDERLY IN PANTONG DISTRICT, CHONBURI PROVINCE). อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, พช.ค., 93 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่มายาวนาน ใช้ชีวิตทำงานหนักเลี้ยงลูกหลานเกือบตลอดชีวิต สุขภาพร่างกายอ่อนแอเสื่อมโทรม และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต และสังคม จึงต้องมีการดูแลส่งเสริมและเอาใจใส่ให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างยาวนานที่สุด การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 250 คน ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ของตำบลหนองกะขะ ซึ่งสุ่มได้จากผู้สูงอายุในอำเภอพานทอง ข้อมูลเก็บด้วยการสัมภาษณ์ที่บ้านตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ระหว่างวันที่ 3 – 31 มีนาคม 2560 ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมาก (60.8%) เป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย 68.99 ± 5.70 ปี ส่วนมาก (64.4%) มีบุตรเป็นผู้ดูแลประจำ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (39.6%) มากสุด รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน (26.4%) โรคข้อและกล้ามเนื้อ (12.0%) จำนวนมาก (38.4%) มีดัชนีมวลกายค่อนข้างต่ำ ผู้สูงอายุจำนวนมากสุด (45.6%) มีทักษะชีวิตสร้างเสริมสุขภาพตนเองระดับมาก มีเพียงร้อยละ 21.2 ใช้ระดับน้อย เป็นทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัยมากที่สุด รองลงมาเชิงพุทธิพิสัย และเชิงจิตพิสัยน้อยสุด ร้อยละ 45.6, 42.0 และร้อยละ 40.4 ตามลำดับ การสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง (78.8%) มากสุด เฉลี่ยร้อยละ 63.8 เป็นการออกกำลังกายมากที่สุด รองลงมาการจัดการอารมณ์ความเครียด และการบริโภคอาหารน้อยสุด ร้อยละ 50.4, 18.0 และร้อยละ 5.6 ตามลำดับ ทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.349$, $p<.000$) ฉะนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ทักษะชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้มากขึ้น

สารบัญ

หน้า

ประกาศคุณูปการ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
สมมติฐานของการศึกษา.....	3
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
ขอบเขตของการศึกษา.....	4
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
การสร้างเสริมสุขภาพ.....	11
แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ.....	20
ทักษะชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ.....	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	40
รูปแบบการศึกษา.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง.....	47
4 ผลการศึกษา.....	48
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	48
ทักษะชีวิต.....	51
การสร้างเสริมสุขภาพ.....	57
ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพ.....	64
5 สรุปอภิปราย ข้อเสนอแนะ.....	65
สรุปผลการศึกษา.....	66
อภิปรายผล.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	71
บรรณานุกรม.....	72
ภาคผนวก.....	78
ภาคผนวก ก.....	80
ภาคผนวก ข.....	88
ภาคผนวก ค.....	90
ประวัติของผู้ศึกษา.....	93

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้สูงอายุอำเภอพานทอง แยกรายตำบล.....	40
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	49
3	จำนวน (ร้อยละ) จำแนกตามทักษะชีวิตเชิงเชิงพุทธพิสัย.....	51
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย รายด้าน	52
5	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย.....	53
6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย รายด้าน.....	54
7	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย.....	55
8	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย รายด้าน.....	56
9	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามทักษะชีวิต ภาพรวม.....	57
10	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภค อาหาร.....	58
11	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ บริโภคอาหาร รายด้าน.....	59
12	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ ออกกำลังกาย.....	60
13	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ ออกกำลังกาย รายด้าน.....	61
14	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับ ความเครียด.....	62
15	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ จัดการกับความเครียด.....	63
16	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ภาพรวม....	63
17	ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	64

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
2	แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง.....	23
3	การแสดงผลการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และบุคคล.....	25
4	ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น.....	25
5	PRECEDE-PROCEED Model.....	27
6	กระบวนการในการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของการพัฒนาการมนุษย์ ซึ่งมีความเสื่อมทางร่างกายทั้งในด้านที่มองเห็นได้ง่ายและมองเห็นได้ยาก ธรรมชาติร่างกายเมื่อบุคคลมีอายุขัยมากขึ้น ร่างกายจะสร้างเสริมภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงพร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดีเท่าที่ควร เป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายและพบการแทรกซ้อนจากโรคภัยไข้เจ็บได้สูง (ปิยนุช แก้วเรือง และอันฟามร์ สิริโต, 2550) โรคผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงประกอบด้วยโรคหลายโรค มีทั้งโรคเรื้อรังและโรครักษาไม่ได้ผล เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อและข้อ เนื่องจากขาดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมและถูกต้อง (กิตติ ตระกูลรัตนาวงศ์, 2560)

สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิตคือ ความสุข อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา คำจาริการเลิศ, 2555) โดยการที่มีสุขภาพดีย่อมเกิดจากบุคคลทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ในทางกลับกันการที่บุคคลมีสุขภาพไม่ดี ย่อมเกิดจากการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม (Pender, 1996) ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งทำโดยตัวผู้สูงอายุและครอบครัวจึงควรเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย และส่งเสริมการทำงานของระบบ อวัยวะต่างๆของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ สาธารณะของการดูแลสุขภาพด้านร่างกายมี 4 ประเด็นหลักที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด และวิตกกังวล และการป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ สาธารณะสำคัญทั้ง 4 ประเด็นนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทุกคน แต่หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เช่น มีปัญหาโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ (เกษร สำเภาทอง, 2554)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนา การคงไว้และการป้องกันการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพ หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์และสถานการณ์ของสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาจากการกระทำทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เป็นการส่งเสริม

สุขภาพและป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพนั้นประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี การสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้ภาวะธรรมชาติ คือ การมองในเชิงบวกถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เป็นเรื่องธรรมชาติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียบทบาททางสังคม หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น และการสร้างเสริมสุขภาพด้านสังคม ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว และมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม รวมถึงต้องการความมั่นคงในชีวิตด้วยหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น (รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์, วนิดา ศรีวรกุล, พรชัย จุลเมตต์ และอำนาจ ยุ่นประยงค์, 2556) จากการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้สังมประสบการณ์วิชาความรู้ต่าง ๆ มากมายตลอดชีวิต โดยเฉพาะประสบการณ์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวคือ เป็นการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อการมีภาวะสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมที่ครอบคลุม 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ก็จะก่อให้เกิดสุขภาวะ และเมื่อบุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิต ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาวะตลอดชีวิต ซึ่งการมีสุขภาวะจะทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ การเจ็บป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สมพงษ์ สกลอิศริยาภรณ์ (2555) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพปัจจุบัน แนวคิดในเรื่องการดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป จากการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมาเป็นการดูแลสุขภาพก่อนเจ็บป่วย เป้าหมายสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือการทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวคือเป็นการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของบุคคล มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อการมีภาวะสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมที่ครอบคลุม 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ก็จะก่อให้เกิดสุขภาวะ คือมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา เมื่อบุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิต ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาวะตลอดชีวิต ซึ่งการมีสุขภาวะจะทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ และการเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ซึ่งจากที่ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้ศึกษาได้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกัน ส่งเสริม และดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดี ดังนั้น ปัจจัยที่

คาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

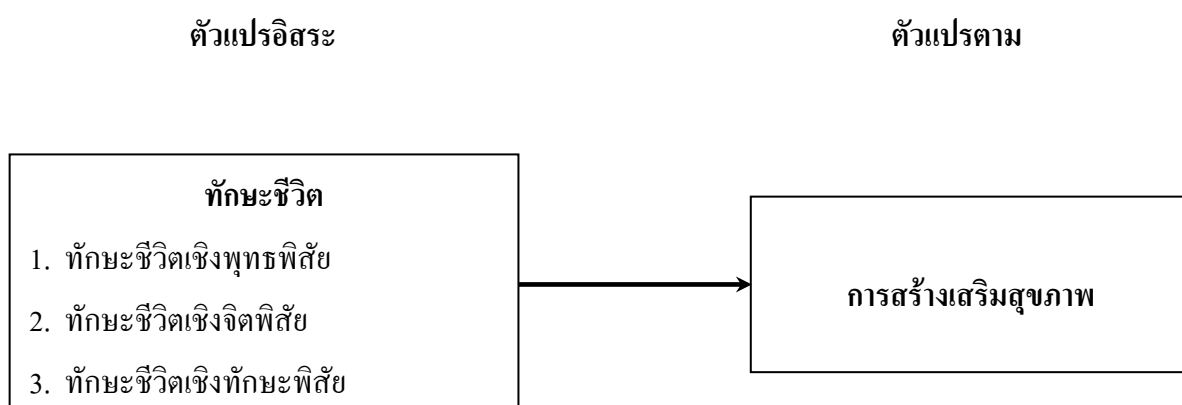
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาทักษะชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานของการศึกษา

ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบว่าทักษะชีวิตมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี หรือไม่
2. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือจัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น
3. สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ทำวิจัยเกี่ยวกับทักษะชีวิตและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไปได้

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ต้องการศึกษาองค์ประกอบทักษะชีวิต ตามแนวคิดทฤษฎีทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ประการ คือ ทักษะชีวิตเชิงพุทธิพิสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของกรมอนามัย คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคะแนนดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การหาความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์ ถ้ามีความสัมพันธ์ไม่ได้หมายความว่ามีความสัมพันธ์กันในเชิงเหตุผล กล่าวคือทักษะชีวิตไม่ใช่สาเหตุในการสร้างเสริมสุขภาพ
2. การเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้การสัมภาษณ์ที่บ้าน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลให้ได้ตัวอย่างครบจำนวน 250 คน ต้องใช้เวลานานเกือบหนึ่งเดือน ผลของการสัมภาษณ์ที่ใช้เวลาต่างกันอาจจะแตกต่างกันได้ เนื่องจากมีสภาพทางสังคมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคะแนนดัชนีบาร์เซลเอคิแอล ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป มีชื่อในทะเบียนผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ในอำเภอบางทอง จังหวัดชลบุรี

ทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถในการใช้ประสบการณ์ในชีวิตที่ใช้หรือทำอยู่เป็นประจำจนเกิดมีทักษะ การศึกษาสร้างข้อคำถามวัดทักษะชีวิตตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต 3 ประการคือ ทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย และทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย

ทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย หมายถึง ประสบการณ์ที่เกิดจากความรู้แล้วนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด

ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย หมายถึง ประสบการณ์ที่เกิดจากการความรู้สึกที่กระทำเป็นประจำ แล้วนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด

ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย หมายถึง ประสบการณ์ที่การกระทำที่ทำอยู่เป็นประจำ แล้วนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการคลายเครียด

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพกายแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

การออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกาย อย่างต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 15 นาที หรือเดินเร็วครั้งละ 20 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 – 4 วัน พร้อมเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว รวมทั้งหยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ

การบริโภคอาหาร หมายถึง การลด ละ เลิก การรับประทานอาหารหวานจัด มันจัด เค็มจัด และให้รับประทานผัก ผลไม้ เนื้อปลา ไม่ดื่มกาแฟหรือสุรา

การจัดการกับความเครียด หมายถึง การผ่อนคลายความเครียดด้วยการพักผ่อน พบปะผู้คน ทำบุญตามหลักศาสนา หรือพูดคุยปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ และไม่คลายเครียดด้วยการดื่มสุรา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายผู้สูงอายุ
 - 1.2 ประเภทผู้สูงอายุ
 - 1.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุ
 - 1.4 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ
2. การสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2 การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
 - 2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ
3. แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.1 ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 3.2 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง
 - 3.3 ทฤษฎี PRECE-PROCEED Model
 - 3.4 ทฤษฎีตัวตนของโรเจอร์
 - 3.5 ทฤษฎีทักษะชีวิต
4. ทักษะชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 4.1 ความสำคัญของทักษะชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 4.2 การวัดทักษะชีวิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายผู้สูงอายุ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สุวดี เบญจวงศ์ (2541) ให้ความหมายว่า เป็นสถานะของบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล วัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตอาจยาวนาน 10-20 ปี หรือมากกว่านั้น

WHO (2007) ให้ความหมายของผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

สมบูรณ์ ศาลชีวิน (2537) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเสื่อมของร่างกายไป โดยธรรมชาติ มีกำลังลดถอยลง เริ่มเช้าจึงเป็นบุคคลที่ถูกหลาน และสังคมควรให้การเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ

คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม (2534) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงของการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัย

จากการศึกษาความหมายต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุกล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เป็นวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ในทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

2. ประเภทผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจัดว่าเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ร่างกายมีแต่จะเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (ชูศรี วงษ์ เกรือวัลย์, 2533) จึงเป็นการยากที่จะระบุได้ว่าบุคคลใดอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมซึ่งได้มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เช่น ฮอลล์ (HALL D.A., 1976 อ้างใน แสงเดือน มุสิกธรรมณี, 2545) ได้แบ่งการสูงอายุของบุคคลออกเป็น 4 ประเภทคือ

2.1 การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป ทำให้สามารถบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีอายุน้อยเพียงใด

2.2 การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระที่เปลี่ยนแปลงเสื่อมโทรมไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

2.3 การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้และลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น

2.4 การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่สถานภาพในระบบสังคม

WHO (1986) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุตอนต้น (elderly) มีอายุระหว่าง 60–74 ปี

คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75–90 ปี

คนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ กรมอนามัย (2557) ยังได้แบ่งผู้สูงอายุจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (BARTHEL ACTIVITIES OF DAILY LIVING : ADL) เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม

กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ โดยประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 -11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

3. สถานการณ์ผู้สูงอายุ โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบันประเทศไทย มีประชากร 64.9224 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.0214 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.436 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เท่ากับ 6.7052 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 10.328 ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ อยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม หรือ 7.02 ล้านคน และในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม (8.3 ล้านคน) ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทย จะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั่นหมายถึงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (กรมการปกครอง, 2559) ข้อมูลประชากรจังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2559 ของกรมการปกครอง พบว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559 จังหวัดชลบุรี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,483,049 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 175,875 คน คิดเป็นร้อยละ 11.86 ของประชากรรวมของจังหวัดชลบุรี อำเภอเมือง มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดคือ 28,456 คน และอำเภอพานทอง มีผู้สูงอายุ จำนวน 8,060 คน มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรรวม ร้อยละ 13.83 (กรมการปกครอง, 2559)

4. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่มานาน ร่างกายย่อมเสื่อมโทรมอ่อนแอ และเกิดโรคน่าย แต่อย่างไรก็ตามความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ วิธีการดำรงชีวิต อาหารการกิน สภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ศึกษามานี้พบว่ามีปัญหาด้วยกัน 3 ด้าน คือ

4.1 ปัญหาสุขภาพกาย จากการศึกษาของจันทรเพ็ญ ชูประภาวรณ (2543) พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว หรือป่วยด้วยโรคที่พบในกลุ่มที่ทำวิจัยอันดับแรก คือ โรคปวดข้อ และกระดูก (ปวดหัวเข่า เข่าอักเสบ ปวดหลัง) รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ตาผิดปกติ โรคเบาหวาน และอื่นๆ และการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) พบว่าผู้สูงอายุไทยทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ โดยความชุกของภาวะทุพพลภาพสูงสุดถึงร้อยละ 18 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ร้อยละ 16.14 ของผู้มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวไม่สามารถออกนอกที่อาศัย ร้อยละ 3.8 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายภายในบ้านหรือในห้องโดยลำพัง และร้อยละ 4.9 ต้องนอนตลอดเวลา ร้อยละ 6.9 ช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมส่วนตัวไม่ได้ ร้อยละ 11.8 ต้องพึ่งผู้อื่นเพื่อออกนอกเคหะสถาน ปัญหาเหล่านี้มีอัตราที่สูงมากในกลุ่มที่มีอายุสูง นอกจากนี้จากการศึกษาของวลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ (2551) พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุ ดังนี้

4.1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณเลือดจากหัวใจจะลดลงทำให้การไหลเวียนของเลือดในร่างกายมีการปรับตัวใหม่ จำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจจะลดน้อยกว่าเลือดที่ไปเลี้ยงไตตับ มีแคลเซียม และฟอสฟอรัสไปเกาะเกิดความแข็งกระด้างของลิ้นหัวใจ และหลอดเลือดทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะต้องบีบตัวสูงหรือทำงานมากกว่าขึ้น ความดันโลหิตจะสูง และมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

4.1.2 ระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อของปอด ทำให้ปริมาณออกซิเจนเข้าในร่างกายได้น้อย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจเข้าและออกลดลง ปอดแข็งเนื้อเยื่อปอดเสื่อมทำให้ระบบหายใจลดประสิทธิภาพลง ผู้สูงอายุจึงหายใจถี่ขึ้นและเสียงมากขึ้นต่อการสำลักสิ่งต่าง ๆ เข้าทางเดินหายใจได้

4.1.3 ระบบไต หน้าที่ต่าง ๆ ของไตจะลดลงตามอายุ พบว่า เลือดไหลเวียนในไตจะลดลงการให้น้ำในปัสสาวะเข้มข้นจะลดลง ขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงรวมทั้งมีการอ่อนแอของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำให้มีการค้างของปัสสาวะอย่างเรื้อรังและการขับยาของไตลดลง

4.1.4 ระบบประสาท มีการเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย การส่งกระแสประสาทช้าลง ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทต่อสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อม

จะช้าลง ความสามารถในการตอบสนองต่ออากาศเย็นลดลงเนื่องจากหลอดเลือดขาดประสิทธิภาพ ในการหดตัว กล้ามเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลดลงทำให้ทนหนาวไม่ได้

4.1.5 ระบบต่อมไร้ท่อระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ในเลือดลดลงโดยเฉพาะฮอร์โมนเพศชายเทสโทสเตอโรน และฮอร์โมนเพศหญิงเอสโตรเจนรวมทั้งหน้าที่ต่อมไทรอยด์และพาราไทรอยด์ ก็ลดลง ที่สำคัญระดับความหนาแน่นของมวลกระดูกในเลือดจะลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุเนื้อเยื่อที่มีความไวต่ออินซูลินลดลงผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

4.1.6 ระบบทางเดินอาหาร การหลั่งน้ำลายลดลง ตุ่มรับรสที่ลิ้นฝ่อและรับรสได้น้อยลง ความไวการรับรส ความแข็งแรงของฟันและเหงือกจะลดลง การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด กระบวนการย่อยในปากขาดคุณภาพ การดูดซึมแคลเซียม วิตามินบี 1 และบี 2 ลดลง เนื่องจากกระเพาะอาหารหลังกรดไฮโดรคลอริกและเอนไซม์เปปซินลดลง

4.1.7 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังจะเริ่มลดขนาดและหน้าที่ลงตามอายุ ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึง ไม่ยืดหยุ่น ลักษณะแห้งเหี่ยว การแบ่งเซลล์เพื่อซ่อมแซมลดลง ทำให้แผลหายยาก

4.1.8 ระบบภูมิคุ้มกัน การทำหน้าที่และปริมาณของเม็ดเลือดขาวลดลงประกอปกับต่อมน้ำเหลืองและม้ามมีขนาดเล็กลงด้วย ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย

4.2 ปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ (2538) พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเหงา หัวใจหวั่น รongลงมาผู้สูงอายุร้อยละ 15 มีความกังวลใจในเรื่องของการขาดคนดูแล ยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว มีส่วนน้อยที่ทะเลาะกับคนในบ้าน ร้อยละ 9 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เกือบครึ่งของผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการกินอยู่ประจำวัน ร้อยละ 40 รongลงมาปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร้อยละ 20 ซึ่งปัญหานี้มักได้รับการละเลยมาก โดยที่คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่แข็งแรง ฟุ้งซ่านไปเองหรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการเหล่านี้เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่งแต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งต้องการการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจ และหากจำเป็นอาจต้องพึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาหรือการบำบัดเฉพาะ การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงานขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงเนื่องจากหมดภาวะติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาวะหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมและขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (เกษร สำเภาทอง, 2554)

4.3 ปัญหาทางด้านสังคม บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในบ้าน และมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ หมกมุ่นค่าและเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ โดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา (วันเพ็ญ วงศ์จันทร์, 2539) นอกจากนี้ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ ยังมีผลต่อเนื่องไปถึงรายได้ การขาดรายได้หรือลดรายได้ลง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงของรายได้ ก่อให้เกิดความกดดันและปัญหาสุขภาพจิตตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุบางคนอาจใช้ชีวิตในบ้านมากขึ้น ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้สูงอายุบางคนอาจเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เคยตื่นเดิน โลก โหมเป็นการดำเนินชีวิตที่สงบราบเรียบตามวัย ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวที่เคยอยู่กัน ในลักษณะครอบครัวใหญ่ ผู้สูงอายุเคยเป็นบุคคลที่คนในครอบครัวให้ความเคารพมากที่สุดแต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปแม้ไม่มากนัก แต่ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแนวคิด และแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไปด้วยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากไม่จัดการให้เหมาะสมอาจทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามอายุทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยได้ง่าย โดยโรคที่เป็นมักเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน กล่าวการรักษา ปัญหาดังกล่าวย่อมมีผลต่อการรักษาอย่างมาก สภาวะทางอารมณ์และจิตใจก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมากเช่นกัน ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ จึงเป็นปัญหาพื้นฐานการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น และถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาทางเศรษฐกิจด้วยแล้วก็จะยิ่งทำให้สุขภาพรุนแรง

การสร้างเสริมสุขภาพ

1. ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2554, หน้า 1178) ให้ความหมายว่า ทำให้เกิดมีขึ้นและเพิ่มพูนให้มากยิ่งขึ้น

WHO (1986) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจสังคมกลุ่มชุมชน และบุคคลที่ต้องเข้าใจปัญหาความยากได้ความต้องการและกรปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

เพนเดอร์ (PENDER, 1996) ได้กล่าวถึงความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพคือการจูงใจหรือการกระทำใด ๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2541) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

แคปแพลน, แฮลลิส และแพทเธอร์สัน (KAPLAN, HALIS & PATHERSON อ้างใน วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์วรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2542) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่าประชากรมีสุขภาพที่ดีต้องมีการป้องกันโรค และได้รับการสร้างเสริมการมีสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต

จะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้น เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของบุคคลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และปรับเปลี่ยนด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ รวมถึง การปรับตัวอยู่ในสังคมด้วยดีมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น มีคุณธรรม และจิตวิญญาณที่ดี ปราศจากการเป็นโรค และปราศจากความพิการ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายลง การสร้างเสริมสุขภาพซึ่งทำโดยตัวผู้สูงอายุและครอบครัวจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย และส่งเสริมการทำงานของระบบ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย, 2557)

2. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สาระของการดูแลด้านร่างกายมี 3 ประเด็นหลักที่จำเป็น ได้แก่

2.1 อาหาร สำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความต้องการพลังงานลดลงกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุมักการใช้พลังงานสำหรับการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ปริมาณกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้อัตราการเผาผลาญอาหารลดลง

ตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความต้องการสารอาหารอื่นๆ รวมทั้งวิตามินและเกลือแร่ยังเท่ากับวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหาร โดยเลือกชนิดอาหารที่ให้พลังงานต่ำ แต่มีสารอาหารครบถ้วน โดยควรเน้นที่คุณค่าอาหารกับความจำเป็นที่ร่างกายต้องได้รับ ตามลักษณะของอาหารหลัก 5 หมู่ ดังนี้คือ

2.1.1 สารอาหาร โปรตีน แหล่งอาหารที่มีโปรตีนซึ่งผู้สูงอายุควรรับประทาน ได้แก่ เนื้อสัตว์ ปลา ไก่ นม ถั่วต่างๆ และผลิตภัณฑ์จากถั่ว เพื่อช่วยสร้างกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ และสร้างภูมิคุ้มกันโรค แต่สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการย่อยอาหารและดูดซึมอาหารประเภทโปรตีนลดลง หากรับประทานโปรตีนมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย โดยจะเพิ่มภาระการทำงานของไต เพราะผู้สูงอายุการทำงานของไตจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 แต่การขาดโปรตีนในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งในการทำให้เกิดอาการบวม คัน เหนื่อย และภูมิคุ้มกันลดลง (อุรุวรรณ วลัยพัชรา, ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์และกัลยา กิจบุญชู, 2534)

2.1.2 แป้งและน้ำตาลสัดส่วนของพลังงานที่ควรได้รับจากคาร์โบไฮเดรตควรจะเป็นร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน พบได้ในข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน แต่ผู้สูงอายุควรคำนึงถึงคุณภาพของคาร์โบไฮเดรต คือ รับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) และใยอาหาร (Dietary fiber) เช่น รับประทานข้าว ข้าวกล้อง ธัญพืช มากกว่าข้าว หรือแป้งที่ผ่านกระบวนการขัดสี

2.1.3 ไขมัน ควรได้รับร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน หรือประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ มีประโยชน์คือช่วยให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายไขมัน หากบริโภคมากเกินไปอาจทำให้อ้วน จึงควรหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ เพราะอาจจะทำให้ท้องอืด แน่นท้อง และยังทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงควรรับประทานน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว (แดงด้อย ชยสิทธิ์โสภณ, 2540)

2.1.4 ผักและผลไม้ ควรได้รับวันละ 20-35 กรัม เพราะมีใยอาหาร เป็นสารอาหารที่ร่างกายของเราต้องการในปริมาณน้อย แต่ไม่สามารถขาดได้ ถ้าขาดจะทำให้ระบบร่างกายของเราผิดปกติหรือเกิดโรคต่าง ๆ ได้ ซึ่งผู้สูงอายุมักท้องผูก การป้องกันอาจทำได้โดยการให้บริโภคอาหารที่มีใยอาหารมาก ๆ ได้แก่ ถั่ว ผัก ผลไม้ต่าง ๆ ใยอาหารจะช่วยเพิ่มมวลและความนิ่มของอุจจาระทำให้การขับถ่ายสะดวกมากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิดและควรกินผลไม้ทุกวันเพื่อร่างกายได้วิตามินซีและใยอาหาร ทั้งนี้ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอสุก กล้วยสุก ส้ม เป็นต้น (สุพัตรา แสงรุจิ, 2555)

2.1.5 เกลือแร่และแร่ธาตุต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการและมักจะขาด คือ ธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัส สังกะสี แคลเซียม ซึ่งฟอสฟอรัสเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก พบมาก

ในนม ก่อนเต้าหู้ ผักผลไม้ เมล็ดงา และกระดูกสัตว์ เช่น ปลาป่นหรือปลากระป๋อง ผู้สูงอายุควรดื่มนมบ้าง แต่ควรเป็นนมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลืองเพื่อลดปริมาณไขมันที่ไม่จำเป็นออกไป ส่วนสังกะสีมีความจำเป็นต่อร่างกายหลายระบบโดยเฉพาะผิวหนัง ซึ่งมีมากในอาหารทะเล ปลา ธาตุเหล็ก มีในอาหารทุกชนิด ทั้งเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้และธัญพืช เป็นเกลือแร่อีกชนิดหนึ่งที่พบว่ามี การขาดในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ความต้านทานโรคน้อย เจ็บป่วยได้ง่าย (วิเชษฐ์ สีลามานิตย์, 2555)

1.6 น้ำ ผู้สูงอายุมักขาดน้ำได้ง่าย เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายลดลงจากร้อยละ 60 ในผู้ใหญ่ เหลือประมาณร้อยละ 40 ของน้ำหนักร่างกาย ร่วมกับความรู้สึกระหายลดลง นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจเกิดความไม่สะดวกที่จะช่วยเหลือตนเอง ภาวะทุพพลภาพ การขาดน้ำในผู้สูงอายุจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ปัสสาวะลดลง ภาวะสับสน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดื่มน้ำในแต่ละวันให้เพียงพอ โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2558)

2. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ช่วยลดโรคที่เกิดจากความชรา ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้หัวใจ หลอดเลือด และปอดแข็งแรง รวมถึงช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น ทำให้เดินเหินคล่องแคล่ว ไม่หกล้ม ทำให้กระดูกแข็งแรง ชะลอโรคกระดูกพรุน การออกกำลังกายแต่ละชนิดมีประโยชน์ต่อสุขภาพแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายและมีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแลก่อนเริ่มออกกำลังกาย การออกกำลังกายทุกครั้ง ผู้สูงอายุควรประเมินความเหมาะสม และความสามารถก่อน เช่น บางคนที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ว่าควรออกกำลังกายประเภทใด และมากน้อยเพียงใด การเริ่มออกกำลังกายนั้นควรเริ่มจากการศึกษาหลักการให้ถูกต้องก่อน แล้วค่อย ๆ เริ่ม ไม่ควรหักโหมมากในครั้งแรก ๆ เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกายก่อน การออกกำลังกายที่ดี ควรเป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องไม่ใช่หักโหมทำเป็นครั้งคราว ควรเริ่มจากการอุ่นร่างกาย (ประมาณ 5-10 นาที) ออกกำลังกาย (15-20 นาที) และจบด้วยการผ่อนคลาย (5-10 นาที) ทุกครั้ง ในการออกกำลังกายทุกครั้งไม่ควรกลั้นหายใจ หรือสูดลมหายใจอย่างแรง ควรหายใจเข้า และออกยาว ๆ เพื่อช่วยระบบการหายใจของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของแต่ละคน ตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ได้แก่

2.1 เดิน เวลาเดินออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรเดินให้เร็ว เพื่อให้หัวใจมีการเต้นเพิ่มขึ้น และควรแกว่งแขนเบา ๆ ไปมา เพื่อบริหารกล้ามเนื้อส่วนอื่น ๆ หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาในการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม และควรเดินในตอนเช้าในที่ที่อากาศบริสุทธิ์ ปลอดภัย

2.2 วิ่ง ควรวิ่งช้าๆ เฉพาะผู้ที่มีข้อเท้าดี และเลือกใส่รองเท้าที่เหมาะสมกับการวิ่ง ถ้ารู้สึกเหนื่อยมากควรหยุดหรือเปลี่ยนเป็นเดิน เมื่อหายเหนื่อยแล้วจึงวิ่งต่อ ถ้าร่างกายแข็งแรงควรวิ่งให้นานขึ้น ควรเพิ่มระยะเวลาวิ่งดีกว่าเพิ่มความเร็วในการวิ่ง

2.3 โยคะ การออกกำลังกายแบบโยคะ จะเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานไปกับการหายใจให้ออกซิเจนได้เข้าสู่ร่างกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุการทำสมาธิ และมีจิตใจที่ปลอดโปร่งแจ่มใสด้วย อย่างไรก็ตามควรฝึกกับครูผู้ชำนาญ เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

2.4 รำมวยจีน การรำมวยจีนนั้นคล้ายกับการฝึกโยคะในแง่ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกสมาธิไปในตัว จะเน้นการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ ของร่างกายทุกส่วน เหมาะกับผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีปัญหาเรื่องข้อเท้า ควรฝึกภายใต้การดูแลของครูผู้ชำนาญเช่นกัน

2.5 ว่ายน้ำพลอง จะช่วยในการรักษาความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ในร่างกาย แต่อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องกระดูกสันหลัง ควรปรึกษาแพทย์ หรือนักกายภาพก่อนเลือกทำที่เหมาะสม

กล่าวโดยสรุป การออกกำลังกายถือเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีร่างกายแข็งแรง และยังสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ได้อีกด้วย ผู้สูงอายุควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง โดยพึงระวังโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ดีควรกระทำอย่างสม่ำเสมอและไม่ควรหักโหมจนเกินไป เพื่อที่จะได้ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (อริสรา สุขวาทินี, 2553)

3. อารมณ์ ในผู้สูงอายุ เมื่อร่างกายเสื่อมถอย จะมีการเสียบทบาทของตัวเอง ทำให้ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง และจะส่งผลไปถึงกิจกรรมประจำวัน ไม่เป็นที่พอใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลกลัว และยังได้พบเห็นสภาพของผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน ยังทำให้เกิดความกลัว อารมณ์เศร้า และสิ้นหวัง โดยทั่วไปผู้สูงอายุต้องการให้คนยกย่องเอาใจใส่ เอาอกเอาใจ เห็นใจ และเห็นว่าตนมีประโยชน์ต่อสังคม ต่อลูกหลาน ต้องการให้มีคนคอยพยาบาล ความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้สูงอายุเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเองในทุก ๆ ด้าน จากการอ่านหนังสือ อบรมสัมมนา หรือพูดคุยกับผู้สูงวัยกว่า เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นแก่ตนเอง ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิด ซึ่งการดูแลสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุประกอบด้วย

3.1 ให้ความรู้ด้านอนามัยของผู้สูงอายุ แนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวของร่างกาย และผู้สูงอายุไม่ควรนั่งอยู่นิ่งๆ หรือนอนเฉยๆ ควรจะได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้เหงื่อออกบ้าง ตามความเหมาะสม เป็นการช่วยให้ร่างกายมีการไหลเวียนเลือดดี

3.2 อาหารเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง การกินอาหารที่ผิดสุขลักษณะตั้งแต่วัยหนุ่มสาว วัยกลางคน วัยสูงอายุจะเกิดอัตราเสี่ยงต่อโรค และจะมีผลทำให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง อาหารที่ดีที่สุดคือ อาหารที่ย่อยง่าย มีโปรตีนปานกลาง ไขมันน้อย และมีปริมาณที่พอดี อาหารที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา ผัก ไขมันสัตว์เป็นส่วนประกอบบ้าง ผลไม้ เป็นต้น

3.3 การพักผ่อนอารมณ์ ควรพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เคร่งเครียด หรือวิตกกังวลจนเกินเหตุ

3.4 ส่งเสริมการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ พบแพทย์ปีละครั้ง

3.5 ศาสนาเป็นที่พึ่งที่ดีของผู้สูงอายุ จะช่วยบรรเทาทุกข์ให้ความหวังและความสุขกับผู้สูงอายุ (ประไพ ยศะทัตต์, 2531)

4. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงของการใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยแผนนี้ระบุปรัชญาหลักที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุคือ “สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ” โดยเริ่มจากการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวยุให้การเกื้อหนุน ชุมชนให้ความช่วยเหลือ และสุดท้ายคือ สังคมภาครัฐให้การเกื้อหนุนตามลำดับ การดำเนินถึงศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุซึ่งสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ แผนนี้มีวิสัยทัศน์คือ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยระบุไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อหนุน หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งในสังคม สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ระบบสวัสดิการและการบริการต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล และรัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการวัตถุประสงค์ของแผน คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน เพื่อให้ประชาชน ครอบครัวยุ ชุมชน องค์กรภาครัฐ เอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 5 ด้านด้วยกันคือ

4.1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

4.2 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4.3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

4.4 ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

4.5 ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2559)

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพคือยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์การส่งเสริมผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น คือ

1. จัดบริการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ
2. จัดบริการให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการทางสุขภาพของรัฐและเอกชน
3. ดำเนินการให้มีการสื่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและ

ต่อเนื่อง

กิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตัวอย่างกิจกรรมหรือโครงการที่หน่วยงานต่าง ๆ จัดเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1. กิจกรรมวันผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยคณะกรรมการอำนวยการวันอนามัยโลกของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีมติให้ใช้ คำขวัญเป็นภาษาไทยว่า “ให้ความรัก พิทักษ์อนามัย ผู้สูงวัยอายุยืน” ในขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคำขวัญภาษาอังกฤษว่า Add life to years ในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งถือว่าเป็นปีรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งทางองค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย ส่วนในประเทศไทยสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ เพราะเห็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และคิดว่าจะทำอย่างไร จึงจะให้ลูกหลานได้กลับมารวมตัวกันในวันสำคัญเช่นนี้ ทางคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อ วันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 อนุมัติให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2525) เพราะนอกจากเป็นวันสงกรานต์ หรือปีใหม่ไทยแล้ว ยังถือเป็นเสมือนวันรวมญาติ ซึ่งรัฐบาลเองก็มองเห็นความสำคัญ และความสอดคล้องกัน ทำให้กำหนดวันสงกรานต์นี้ เป็นวันผู้สูงอายุด้วยและได้เลือก "ดอกคำฝอย" เป็นสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ ส่วนที่เลือกดอกคำฝอย นั้น เนื่องจากเป็นต้นไม้ที่ให้ความร่มเย็น ลำต้นมีอายุยืน มีใบเขียวตลอดปี ให้ร่มเงาดีและดอกมีสีนวล กลิ่นหอม กลีบแข็งไม่ร่วงง่าย เหมือนกับผู้ทรงวิญญู ที่คงคุณธรรมความดีงามไว้ให้เป็นแบบอย่างแก่ลูกหลานตลอดไป และต้นคำฝอยเป็นพืชยืนต้นที่มีอยู่มากในสวนสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบรมราชชนนี ประการสำคัญ สมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบรมราชชนนีมีพระราชดำริให้จัดสวนนี้ขึ้น เพื่อให้เป็นตัวอย่างที่ดีของผู้สูงอายุอีกด้วย แม้จะเป็นวัยที่หลายคนนิยามว่าเป็น "ไม้ใกล้ฝั่ง" แต่ "ผู้สูงอายุ" ทั้งหลายคือผู้สร้างประโยชน์ให้แก่ชาติบ้านเมืองมาแล้วนับ

ไม่ถ้วน หรืออย่างน้อยๆ ก็เป็นหนึ่งในผู้มีพระคุณของครอบครัวที่ไม่ควรจะละเลย ยังนับเป็น
 ประชากรที่มีสัดส่วนมาก ทัวโลกจึงพากันรณรงค์ให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ด้วยการกำหนด
 "วันผู้สูงอายุ" ขึ้นเพื่อเป็นเครื่องเตือนใจให้บรรดาลูกหลานทั้งหลายหันมอง และเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่
 เป็นคน ใกล้เคียงตัว

กิจกรรมวันผู้สูงอายุ ซึ่งถูกผูกรวมไว้กับวันขึ้นปีใหม่ไทย หรือวันสงกรานต์ ตรงกับวันที่
 13 เมษายนของทุกปี ทำให้ลูกหลานที่จากบ้าน ไปเป็นปีๆ เพื่อทำงาน แล้วก็กลับมาวมกันอีก
 ครั้งในวันสงกรานต์ ทำให้เป็นกลายเป็นครอบครัวใหญ่ที่มาอยู่กันพร้อมหน้า และมีกิจกรรมต่างๆ
 ร่วมกัน เช่น

1. ทำบุญตักบาตรในช่วงเช้าตามวิถีชาวพุทธ จะมีการทำบุญตักบาตร ที่ถือเป็นกิจกรรม
 สำคัญอันดับต้นๆ ของวันสงกรานต์ และวันผู้สูงอายุ ซึ่งตอนเช้าหลายๆบ้าน จะพาผู้สูงอายุไปวัด
 เพื่อทำพิธีสงฆ์ รวมถึงถวายภัตตาหาร และปัจจัย รับประทานอาหารพระพุทธรูป

2. มอบโล่ และเกียรติบัตร ให้แก่ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม
 หรือทำกิจกรรมที่สร้างความตระหนักถึงคุณค่า และความสำคัญของสังคม มอบรางวัลแก่ผู้สูงอายุ
 ดีเด่น และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นจิตอาสาดีเด่นด้วย

3. พิธีรดน้ำดำหัว ส่วนใหญ่ตามเทศบาลต่างๆ ที่จัดงานวันผู้สูงอายุ จะจัดเป็นพิธีการขึ้น
 มีแขกผู้มีเกียรติ และชาวบ้าน รวมถึงข้าราชการมาร่วมกัน รดน้ำ ดำหัว ขอพร ผู้แทนผู้สูงอายุก็คือ
 การรดน้ำดำหัวขอพรจากผู้หลักผู้ใหญ่ที่นับถือนั่นเอง

4. การแสดงของผู้สูงอายุ บางแห่งอาจมีการแสดงของชมรมผู้สูงอายุ หรืออาจจะมีการ
 แสดงของ ลูกหลาน ที่จัดควบคู่ในวันสงกรานต์ไปเลย เพื่อให้ในวันผู้สูงอายุ เป็นไปอย่างสมบูรณ์
 และทำให้วัยชราเหล่านั้นมีความสุข

5. สัมมนาและจัดนิทรรศการ แบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น นำเสนอ และสรุปผลการ
 ประชุม ซึ่งจะเป็นบางสถานที่ ที่มีบทบาทต่อราชการ เพราะกลุ่มผู้สูงวัยบางอำเภอ อาจจะมี
 ความสามารถ ทำให้มีการจัดงานขึ้นมา เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น ได้แสดงออกทางความคิดด้วย

นอกจากนี้กิจกรรมรดน้ำดำหัวและขอพรจากผู้สูงอายุตามหมู่บ้าน และชุมชนต่างๆ ทัว
 ประเทศแล้ว วันผู้สูงอายุยังได้รับของขวัญจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะมีการให้สิทธิพิเศษในการใช้
 บริการ โดยอาจมีความร่วมมือจากองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ หรือ ขสมก. ให้บริการผู้สูงอายุที่
 มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ฟรีตลอดวัน ทั้งของ ขสมก. และรถเอกชนร่วมบริการ ทุกเส้นทาง โดย
 แสดงบัตรประชาชน รวมถึงรถไฟฟ้าย่านใต้ให้บริการฟรีผู้สูงอายุช่วงสงกรานต์ 13-15 เมษายน
 เพียงแสดงบัตรประชาชนแก่พนักงาน เป็นต้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2558)

2. โครงการพาผู้สูงอายุทัศนศึกษาไว้พระ 9 วัด ณ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นโครงการขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยพาผู้สูงอายุไปไหว้พระและทัศนศึกษาที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรมสนทนาการระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน

3. โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ (ชราบาล) ตำบลห้วยม่วง อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น จัดโดยองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยม่วง โดยจัดให้โรงเรียนผู้สูงอายุนี้ เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะ และการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ โดยวิทยากรจิตอาสาจากหน่วยงานต่างๆ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ได้แสดงศักยภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

4. โครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จัดโดยศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LONG TERM CARE : LTC) การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง (หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ) มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (Independent ADL) ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ชุมชนและสังคม มีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ และหรือความพิการต่างๆ อาจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง แต่มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงสามารถดูแลตัวเองได้ ได้รับความรู้ ได้รับการคัดกรอง ADL เพื่อสามารถดูแลในแต่ละกลุ่มได้อย่างถูกต้อง และทำให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมและเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัวมากยิ่งขึ้น

5. โครงการฟันเทียมพระราชทาน จัดโดยกรมอนามัย เนื่องจากผลการสำรวจภาวะทันตสุขภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี 2544 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 92 มีการสูญเสียฟัน และผู้ที่มีฟันในช่องปากเป็นโรคฟันผุร้อยละ 96 ซึ่งมีผู้สูงอีกจำนวนมากที่ต้องการใส่ฟันเทียม รวมไปถึงการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากด้วยการใส่ฟันเทียมเพื่อการบดเคี้ยวอาหาร สำหรับโครงการดังกล่าวมีการจัดบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ การณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ ฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ซึ่งผลของโครงการคือเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพในช่องปาก ลดปัญหาการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมีฟันสำหรับการเคี้ยวอาหารเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. ชมรมผู้สูงอายุตำบลวัดหลวง อำเภอพนัสนิคม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดหลวงและองค์การบริหารส่วนตำบลวัดหลวง ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อให้ชมรมดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานของสมาชิกชมรม ทำให้ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี ได้พบปะสังสรรค์ในวัยเดียวกัน ได้มาร่วมกิจกรรม ไม่อยู่อย่างซึมเศร้า มีกิจกรรมกันทุกเดือน มีการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ ไม่ดื่ม น้ำอัดลม ไม่รับประทานอาหารหวานมันเค็ม ผลิตน้ำยาล้างจาน น้ำยาซักผ้า สืบสารงานประเพณีของท้องถิ่น สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดหลวง ได้สอดแทรกกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมของชมรม เช่น การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

7. ชมรมเพื่อนชีวิตจิตอาสา จังหวัดนครสวรรค์ เป็นชมรมรวมกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกันจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เน้นออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรค และมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้เกิดกลุ่มออกกำลังกายหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มไทเก๊ก 18 ท่า กลุ่มฤๅษีคีตดนตรี กลุ่มรำวงกลองยาว กลุ่มรำกะลา กลุ่มดนตรีไทย กลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ กลุ่มสมุนไพรไทย เป็นต้น โดยแต่ละกลุ่มมีกิจกรรมกลุ่มกันอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วัน โดยทุกกลุ่มมีเป้าหมายคือ ให้สมาชิกในกลุ่มมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ต่อมาได้ขยายเป็นท้องที่เวียงธรรมะ ช่วยโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และขยายกิจกรรมลงชุมชน ช่วยเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน กำจัดลูกน้ำยุงลาย

แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยเพนเดอร์ (PENDER, 1996) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยกล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ได้แก่

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอโมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมา

นั้น ได้กลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง ความแข็งแรงของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ การศึกษา สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.3 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) เป็นมโนทัศน์หลักเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสุขตนเอง ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อย 6 ประการดังนี้คือ

1.3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits action) เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังผลประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกแก่ตนเอง

1.3.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วยอุปสรรคภายนอกและภายใน อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ไม่มีความรู้ ไม่มีเวลา เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น เหล่านี้มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

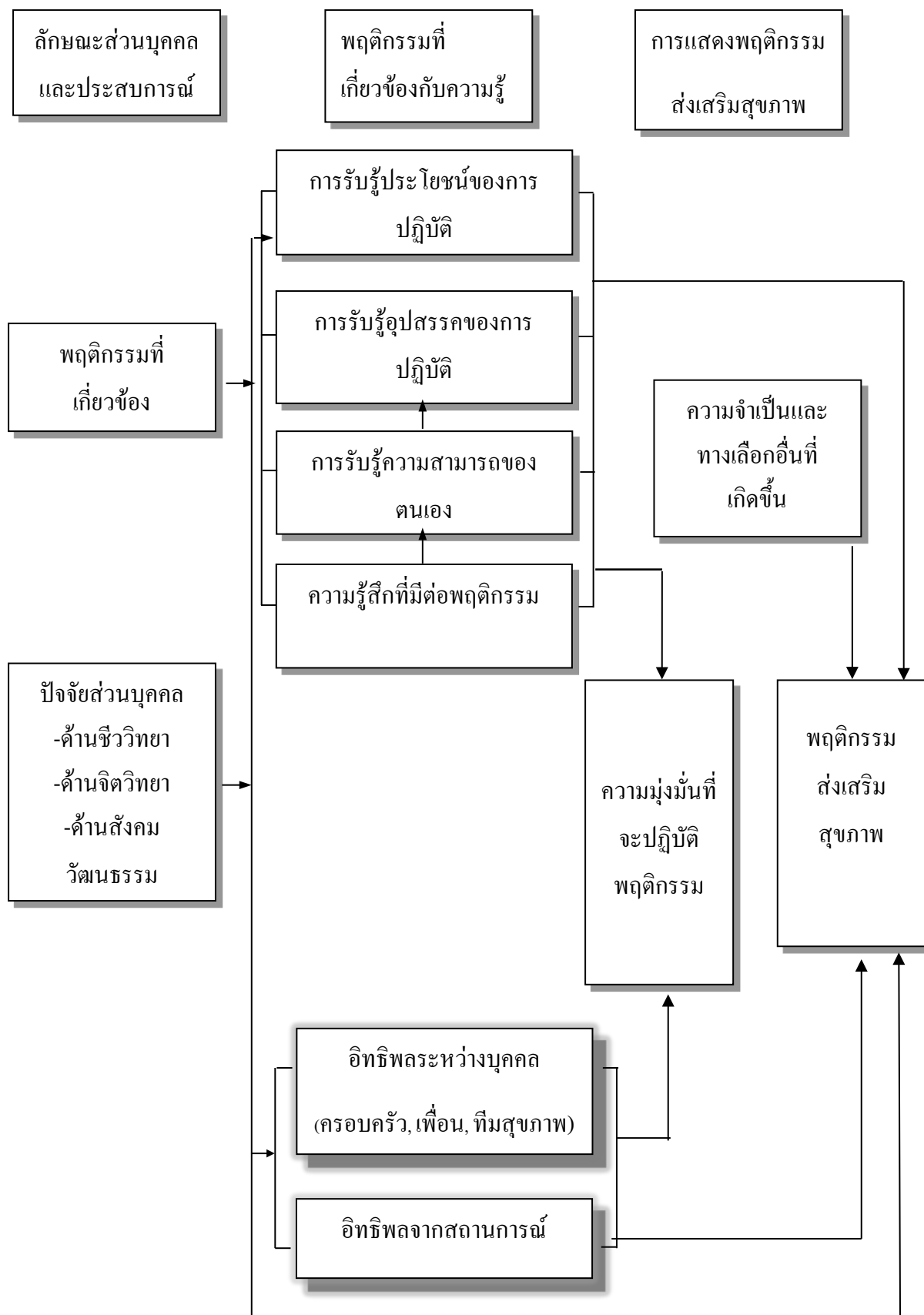
1.3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

1.3.4 ความรู้สึกต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.3.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) พฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่น ที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ

1.3.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม หรือสถานการณ์น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ สิ่งที่น่าสนใจ เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) เป็นจุดสุดท้ายจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health promotion model revised)
(PENDER, 2006)

การประเมินวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ แบบประเมินการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (Health-promoting lifestyle) ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน (PENDER, 1996 อ้างในนันทพร สุวรรณรูป และนันทพร สิริวิทยวงศ์, 2547) ได้แก่

1. ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อเสริมสร้างให้ตนเองปลอดภัยในสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่างๆของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ

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

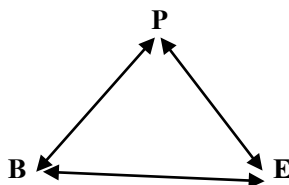
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสุขในชีวิต

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

2. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่ ALBERT BANDURA นักจิตวิทยาชาวแคนาดาได้พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ BANDURA นั้น เขามีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องมีปัจจัยส่วน

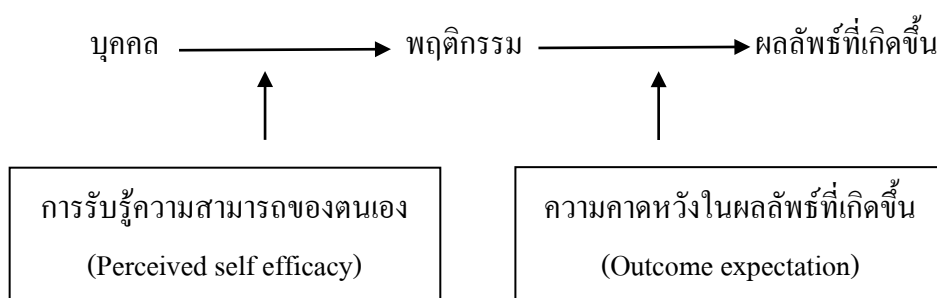
บุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การแสดงกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P) ซึ่งได้แก่ ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2550)

การที่ปัจจัยทั้งสามทำหน้าที่ซึ่งกันและกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย และปัจจัยทั้งสาม ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (BANDURA, 1989 อ้างใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2550)

ทฤษฎีความสามารถในตนเอง ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญคือ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (BANDURA, 1977 อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

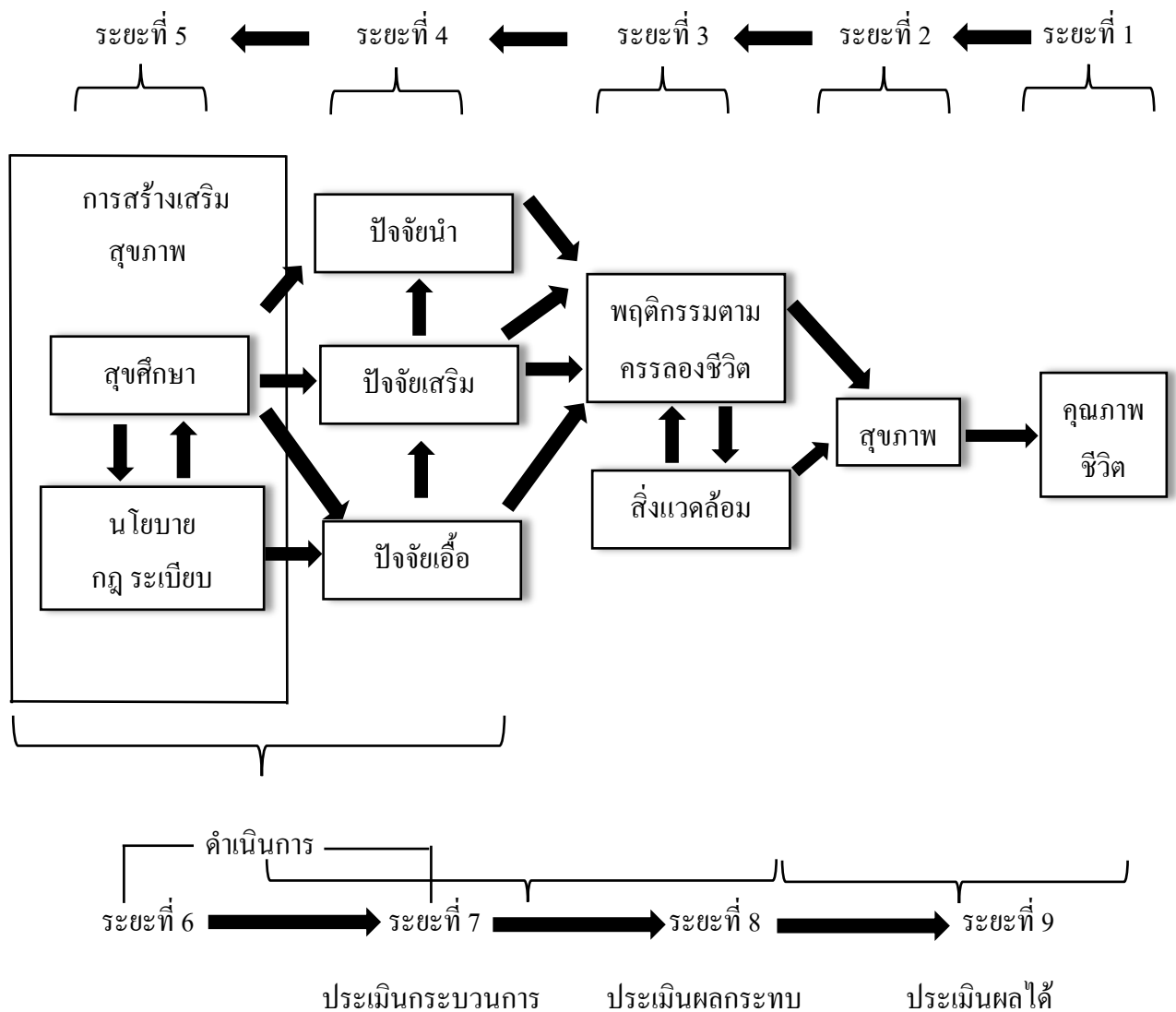
จากภาพที่ 4 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) ซึ่ง BANDURA ได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า สามารถกระทำได้สิ่งหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิต ความรู้สึกนึกคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำเป็นประจำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์นั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นกับการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มิไม่เท่ากัน ดังนั้น การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

3. ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model ทฤษฎีนี้มักจะถูกอ้างอิงเสมอในการอธิบายความหมาย และการวางแผนงานด้วยการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะตำราและงานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ PRECEDE - PROCEED MODEL ของ Lawrence W. GREEN และ MARSHALL W. KREUTER (GREEN and KREUTER, 2005) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK หรือ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple causality assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสียก่อนโดยอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่าง ๆ รวมกันเพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพคำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึงกระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สมคิด ทิมสาด, 2548) ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 PRECEDE-PROCEED Model (GREEN & KREUTER, 2005)

แบบจำลอง (Model) นี้ ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational, Environmental Diagnosis and Evaluation)

ส่วนที่ 2 เป็นระยะเวลาของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (PolicyRegulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development)

PRECEDE - PROCEED MODEL เพื่อการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (Out puts) ซึ่งตาม Model คือ คุณภาพชีวิต การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นต่างๆ โดยสรุปดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยสังคม (Social diagnosis) เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งสามารถจะทำได้โดยการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวชี้วัดของปัญหาสังคมอาจจะมีหลายตัวชี้วัด

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological diagnosis) ขั้นนี้เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ตัวอย่างของตัวชี้วัดที่สำคัญและลักษณะของตัวชี้วัด (Dimensions)

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and environment diagnosis) ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environment และ health - related behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นที่ 2

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Education and organization diagnosis) จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งให้เห็นว่ามียังมีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังในภาพที่ 5 คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ในกลุ่มปัจจัยนำจะประกอบด้วยความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ ดังนั้นปัจจัยเอื้อนี้ กล่าวโดยสรุปก็คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบสุดท้ายคือ ปัจจัยเสริม หมายถึง รางวัลที่บุคคลได้รับ หรือข้อมูลป้อนกลับที่มาจากบุคคลอื่น หลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งๆ แล้ว ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

ขั้นที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and policy diagnosis) การประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรและด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน

การดำเนินงาน และการประเมินผล จะถูกกำหนดใน Model อยู่ในขั้นที่ 6, 7, 8 และ 9 ตามลำดับ ในขั้นที่ 7, 8, 9 นั้น เกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่างๆ ตามความจำเป็นและความ

เหมาะสม ซึ่งที่จริงแล้ว การประเมินผลนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้อง และต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้น กระบวนการวางแผนของ PRECEDE - PROCEED Model นี้ สร้างขึ้น โดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ
2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นจะต้องใช้หลาย ๆ วิธีการ วิธีการต่าง ๆ เกิดขึ้นจากการผสมผสาน

4. ทฤษฎีตัวตนของโรเจอร์ (Self theory) ผู้ก่อตั้งทฤษฎีนี้ได้แก่ คาร์ล โรเจอร์ (CARL ROGERS) นักจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยมชาวอเมริกา บิดาแห่งการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non-directive) โรเจอร์มีความเชื่อมั่นในตัวตนมนุษย์อย่างมากว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง มีเหตุผลเป็นของตัวเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ เชื่อถือ ไว้วางใจได้ และมีความต้องการพัฒนาตนเองให้สูงสุดในทุก ๆ ด้าน เท่าที่ตนจะทำได้ ซึ่งรวมไปถึงการพัฒนาทางด้านบุคลิกภาพของตนเองได้ บุคลิกภาพตามแนวคิดของโรเจอร์นั้นเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อตนเอง (Self) หรือฉัน ว่าฉันเป็นใคร เป็นคนอย่างไร มีคุณค่าแค่ไหน เก่งเพียงใด ซึ่งการรับรู้ตนเองเช่นนี้จะทำให้สามารถแยกออกจากความไม่ใช่ตัวฉันได้ โรเจอร์เชื่อว่าประสบการณ์ที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็กที่บุคคลได้รับจากคนใกล้ชิดรอบข้าง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง จะมีความสำคัญต่อการสร้างตัวตนของบุคคลขึ้นมาเป็นบุคลิกภาพของคนนั้น ดังนั้น คำชม คำวิพากษ์วิจารณ์ คำตำหนิ คำยกย่อง รวมทั้งสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ตนเอง (Self-concept) ทั้งทางบวกและทางลบได้เสมอ เมื่อบุคคลใดมีการรับรู้ตนเองเช่นไร บุคลิกภาพของเขาก็จะพัฒนาไปด้วยตามที่ตนรับรู้เช่นนั้น โรเจอร์ เรียกทฤษฎีของเขาว่า ทฤษฎีตัวตน (เดิมศักดิ์ คทาวณิช, 2547) โดยจำแนกตัวตนออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

4.1 ตนที่รับรู้ (Perceived self) หมายถึง ตัวตนที่เราคิดว่าตัวเราเป็นอยู่ เช่น คิดว่าเป็นคนดี เป็นคนเก่ง เป็นคนหล่อ เป็นคนสวย เป็นต้น

4.2 ตนตามความเป็นจริง (Real self) หมายถึง ตัวตนที่แท้จริง ซึ่งบางคนอาจจะมองไม่เห็นตัวตนที่แท้จริงของตนเองก็ได้ ในบางครั้งบุคคลจึงอาจจะรับรู้ตัวตนตามความเป็นจริงของตนเองได้จากคนใกล้ชิดรอบข้าง

4.3 ตนตามอุดมคติ (Ideal self) หมายถึง ตัวตนที่ตนอยากจะเป็น อยากจะทำ หรือตั้งความคาดหวังไว้

โรเจอร์กล่าวว่า บุคคลใดก็ตามที่สามารถทำให้ตนที่ตนรับรู้กับตนตามความเป็นจริง และตนตามอุดมคติสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม บุคคลนั้นจะสามารถพัฒนาบุคลิกภาพได้

จนถึงขีดสุด เช่น ระบุว่าตนเป็นคนพูดเก่งและเข้าใจง่าย ซึ่งในความเป็นจริงก็เป็นเช่นนั้น ถ้าบุคคลนั้นใฝ่ฝันอยากจะเป็นนักพูดที่มีชื่อเสียงในอนาคต ก็จะสามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตนได้ถึงขีดสุดจนถึงเป้าหมายในอุดมคติของตนได้ แต่ถ้าตัวตนทั้งสามลักษณะไม่สอดคล้องกัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความขัดแย้งในใจ วิตกกังวลสูง และมีปมด้อย ซึ่งจะส่งผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลนั้นด้วย หรือถ้าความไม่สอดคล้องกันเป็นไปอย่างรุนแรงมากๆ อาจทำให้ผู้นั้นมีปัญหาในการปรับตัว มีปัญหาสุขภาพจิต และเกิดปัญหาบุคลิกภาพได้ (สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2553)

5. ทักษะทักษะชีวิต ทักษะชีวิต (Life skills) เริ่มต้นการนำมาเผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนรู้จักดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายอารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้คนมีสภาพการดำรงชีวิตที่มีความสุขและสามารถดำรงตนอยู่ในสังคม โดยไม่เป็นภาระของสังคมเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพโดย เน้นความสำคัญของบุคคลให้รู้จักการปรับตัวพร้อมการเผชิญในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงให้ความหมายทักษะชีวิตเป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้เจตคติและทักษะ ซึ่งสามารถจัดการกับปัญหารอบๆตัวให้อยู่รอดในสภาพสังคมและวัฒนธรรมได้อย่างมีความสุขและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต (กรมสุขภาพจิต, 2541)

5.1 ความหมายของทักษะชีวิต จากการศึกษาพบว่ามีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

WHO (1997) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการปรับตัวและมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้อง ในการที่จะเผชิญกับสิ่งท้าทายต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังเป็นสิ่งที่จรรโลงให้เกิดการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องในขณะที่เผชิญแรงกดดัน หรือกระทบกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว ความสามารถนี้ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะในการจัดการกับปัญหาที่อยู่รอบตัวภายใต้สังคมปัจจุบัน

องค์การยูนิเซฟ (2544) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการใช้ความรู้ เจตคติ และทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล ให้สามารถรับมือชอบตนเอง สำหรับการดำเนินชีวิตโดยมีการสร้างทางเลือกที่ดี การต่อต้านความกดดันจากกลุ่มเพื่อน และการจัดการกับสิ่งที่เข้ามาคุกคามชีวิต

กรมสุขภาพจิต (2540) ให้ความหมายทักษะชีวิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่ประกอบไปด้วย ความรู้ เจตคติ และทักษะ ที่สามารถจัดการปัญหารอบตัว เพื่อให้อยู่รอดในสังคมได้อย่างมีความสุข และเตรียมความพร้อมในการปรับตัวในอนาคต

ปิยะพงษ์ ไสยโสภณ (2550) ให้ความหมายว่า ความสามารถของบุคคลที่ประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ และทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ประกอบด้วยความรู้ เจตคติ

และทักษะในอันที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ตัวในสภาพสังคมปัจจุบันและการเตรียมความพร้อม สำหรับการปรับตัวในอนาคตไม่ว่าจะเป็นชีวิตครอบครัว สุขภาพ คุณธรรม จริยธรรม ให้เป็นไป อย่างถูกต้องเหมาะสม

ก่าโลร์ตัน เย็นสุจิตร์ (2540) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคล อันประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และทักษะการจัดการกับชีวิตตนเองเพื่อให้สามารถเผชิญกับ สถานการณ์ที่ท้าทายในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วนิดา ขาวมงคล เอกแสงศรี (2546) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถของมนุษย์ที่ คิดตัวมาแต่กำเนิด สามารถเรียนรู้จากตนเอง และผู้อื่น ซึ่งรวมถึงสภาพแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติ และทางสังคมมนุษย์เป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และทักษะการจัดการกับชีวิต ของตนเองกับปัญหาสภาพแวดล้อมต่างๆ เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้เข้ากับ สังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรพต แสนสุวรรณ (2550) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคล ในการปรับตัวและเลือกทางเดินชีวิตที่เหมาะสม ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่อยู่รอบตัวในสภาพ สังคมปัจจุบันและเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดวงละพา กุศลอก (2551) ให้ความหมายว่า เป็นทักษะภายในที่จะช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ เตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต

จากความหมายของทักษะชีวิตที่ได้กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความสามารถของบุคคล ในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อการดำรงชีวิต ทั้งที่มีคิดตัวมาตั้งแต่เกิด รวมกับความสามารถที่เกิดจาก การเรียนรู้ และได้รับการพัฒนาและฝึกฝนทักษะ จนเกิดเป็นความชำนาญ หรือเป็นคุณลักษณะ ประจำตัว สามารถนำเอาทักษะต่างๆ เหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตและสามารถปรับตัว ตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีความสุข

ทักษะชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ความสำคัญของทักษะชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมและสถานที่ยังไงก็ตาม มีทักษะชีวิตอยู่กลุ่มหนึ่งที่ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทุกคนควรต้องมีโดยองค์การอนามัยโลก (1997) ได้กำหนดไว้ ดังนี้

1.1 ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีระบบ เช่น ถ้าบุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตนเองที่เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ หรือความปลอดภัยในชีวิต โดยประเมินทางเลือกและผลที่ได้จากการตัดสินใจเลือกทางที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะมีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

1.2 ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving) เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีระบบ ไม่เกิดความเครียดทางกายและจิตใจ จนอาจลุกลามเป็นปัญหาใหญ่โตเกินแก้ไข

1.3 ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) เป็นความสามารถในการคิดที่จะเป็นส่วนช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาโดยการคิดสร้างสรรค์ เพื่อค้นหาทางเลือกต่าง ๆ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก และสามารถนำประสบการณ์มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

1.4 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ และประเมินปัญหาหรือสถานการณ์ที่อยู่รอบตัวเราที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

1.5 ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Communication) เป็นความสามารถในการใช้คำพูดและท่าทางเพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมและสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น การแสดงความต้องการ การแสดงความชื่นชม การขออภัย การเจรจาต่อรอง การตัดเตือน การช่วยเหลือ การปฏิเสธ ฯลฯ

1.6 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันและกัน และสามารถรักษาสัมพันธภาพไว้ได้ยืนยาว

1.7 ทักษะการตระหนักรู้ในตน (Self awareness) เป็นความสามารถในการค้นหา รู้จัก และเข้าใจตนเอง เช่น รู้ข้อดี ข้อเสียของตนเอง รู้ความต้องการและสิ่งที่ไม่ต้องการของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เรารู้ตัวเองเวลาเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ต่าง ๆ และทักษะนี้ยังเป็นพื้นฐานของ

การพัฒนาทักษะอื่น ๆ เช่น การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

1.8 ทักษะการเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจความเหมือนหรือความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา ความเชื่อ สีผิว อาชีพ ฯลฯ ช่วยให้สามารถยอมรับบุคคลอื่นที่ต่างจากเรา เกิดการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า หรือได้รับความเดือดร้อน เช่น ผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.9 ทักษะการจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotion) เป็นความสามารถในการรับรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รู้ว่าอารมณ์มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างไร รู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ โกรธและความเศร้า โศกที่ส่งผลทางลบต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

1.10 ทักษะการจัดการกับความเครียด (Coping with stress) เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เพื่อให้เกิดการเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพ

2. การวัดทักษะชีวิต องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) เป็นผู้บัญญัติคำว่า “ทักษะชีวิต” ขึ้นมา และได้กำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิตไว้ 10 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking skills) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นความสามารถในการใช้เหตุผลและผลประเมิณผลกระทบจากการกระทำที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต ทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์อิทธิพลของค่านิยมและเจตคติของตนเองและบุคคลรอบข้างได้

2.2 ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking skills) การคิดสร้างสรรค์ เป็นความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยการตรวจสอบข้อมูลทางเลือกและผลกระทบต่าง ๆ ของการกระทำและไม่กระทำของบุคคล โดยใช้วิธีการตอบสนอง ที่มีความยืดหยุ่น มีการปรับเปลี่ยน และแปลกใหม่ต่อสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

2.3 ทักษะการตระหนักรู้ในตน (Self awareness building skills) การตระหนักรู้ในตน เป็นความสามารถในการค้นหาเพื่อรู้จักและเข้าใจตนเอง เช่น รู้ข้อดี ข้อเสียของตนเอง รู้ความต้องการ และสิ่งที่ไม่ต้องการของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เราใช้เวลาเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ต่าง ๆ และทักษะนี้ยังเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทักษะอื่น ๆ เช่น การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

2.4 ทักษะการเข้าใจผู้อื่น (Empathy skills) การเข้าใจผู้อื่น เป็นความสามารถในการเข้าใจความเหมือน หรือความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา

ศาสนา ความเชื่อ สิว อาชีพ ฯลฯ เพื่อช่วยให้สามารถยอมรับบุคคลอื่นที่ต่างจากเรา เกิดการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า หรือได้รับความเดือดร้อน

2.5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision making skills) การตัดสินใจ เป็นความสามารถในการจัดการอย่างสร้างสรรค์ โดยอาศัยกระบวนการของการประเมินปัญหา และการพิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด รวมถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดจากการตัดสินใจนั้น ๆ

2.6 ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างสร้างสรรค์ โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่ได้เกิดจากทางเลือกเพียงทางเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ใช้ทางเลือกอีกทางหนึ่งซ้ำ จนได้รับผลทางบวกของการแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดความเครียดทางกายและจิตใจ จนอาจลุกลามเป็นปัญหาใหญ่โตที่ยากเกินการแก้ไข

2.7 ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication skills) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความสามารถในการใช้คำพูดและท่าทางเพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรม และสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น การแสดงความต้องการ การแสดงความชื่นชม การขอร้อง การเจรจาต่อรอง การตักเตือน การช่วยเหลือ การปฏิเสธ ฯลฯ

2.8 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship skills) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันและกัน เป็นการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกัน รวมถึงการจบความสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์

2.9 ทักษะการจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotion skill) การจัดการกับอารมณ์ เป็นความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นและตนเอง รวมถึงการตระหนักรู้ว่าอารมณ์มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างไร รู้วิธีการจัดการกับอารมณ์รุนแรง เช่น ความโกรธ และความเศร้าโศก เพื่อไม่ให้ส่งผลทางลบต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

2.10 ทักษะการจัดการกับความเครียด (Coping with stress skills) การจัดการกับความเครียด เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เพื่อให้เกิดการเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพ

กรมสุขภาพจิต (2554) ได้แบ่งองค์ประกอบของทักษะชีวิต จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยแบ่งตามพฤติกรรมการเรียนรู้ 3 ประการ คือ ทักษะชีวิตเชิงพุทธิพิสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย และทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย โดยเพิ่มด้านเจตคติเข้าไปอีก 1 คู่ คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม ดังนี้

1. ทักษะชีวิตเชิงพุทธิพิสัย 1 คู่ ได้แก่
 - 1.1 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 - 1.2 ทักษะการคิดสร้างสรรค์
2. ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย 1 คู่ ได้แก่
 - 2.1 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเองและการเห็นใจผู้อื่น
 - 2.2 ทักษะความภาคภูมิใจในตนเองและการรับผิดชอบต่อสังคม
3. ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย 3 คู่ ได้แก่
 - 3.1 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการสื่อสาร
 - 3.2 ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการแก้ปัญหา
 - 3.3 ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และทักษะการจัดการกับความเครียด

ในประเทศไทยมีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยจัดความคิดสร้างสรรค์ ความคิดวิเคราะห์ห้วิจารณ์ เป็นองค์ประกอบร่วม และเป็นพื้นฐานของทุกองค์ประกอบ จัดความตระหนักรู้ในตนและความเห็นใจผู้อื่นเป็นทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย โดยเพิ่มเจตคติอีก 1 คู่ คือ ความภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม ส่วนที่เหลืออีก 3 คู่ เป็นทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย ทั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านและสับสนในด้านเจตคติและค่านิยม ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2542)

1. องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบของทักษะชีวิตเชิงพุทธิพิสัย (Cognitive domain) หรือความรู้ (knowledge) ที่เป็นองค์ประกอบร่วม ได้แก่

1.1 ความคิดวิเคราะห์ห้วิจารณ์ (Critical thinking) หมายถึง ความสามารถที่จะวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ปัญหา และสถานการณ์ต่างๆ รอบตัว

1.2 ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) หมายถึง ความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวาง โดยไม่ยึดติดอยู่ในกรอบ

2. องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบของทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย (Effective domain) หรือเจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 คู่ คือ

คู่ที่ 1 ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเอง และความเห็นใจผู้อื่น

คู่ที่ 2 ได้แก่ ความภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม

2.1 ความตระหนักรู้ในตน (Self-awareness) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและเข้าใจในจุดดีจุดด้อยของตนเอง และความแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะในแง่ความสามารถ เพศวัย ระดับการศึกษา ศาสนา สีผิว ท้องถิ่น สุขภาพ

2.2 ความเห็นใจผู้อื่น (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึก และเห็นอกเห็นใจบุคคลที่แตกต่างกับเรา ไม่ว่าจะในด้านเพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา สีผิว ท้องถิ่น วัย สุขภาพ

2.3 ความภูมิใจในตนเอง (Self esteem) หมายถึง ความรู้สึกว่าคุณค่า เช่น ความมีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักรับ ค้นพบและภูมิใจในความสามารถด้านต่างๆ ของตน เช่น ความสามารถ ด้านสังคม คนตรี กีฬา ศิลปะ โดยมีได้มุ่งสนใจอยู่แต่ในเรื่องรูปร่าง หน้าตา เสน่ห์ หรือ ความสามารถทางเพศ การเรียนเก่ง

2.4 ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) หมายถึง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อความเจริญหรือเสื่อมของสังคม ความรับผิดชอบต่อสังคมมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความภูมิใจในตน เพราะหากคนเรามีความภูมิใจในตน คนเหล่านี้ก็มีแรงจูงใจที่จะทำดีกับผู้อื่นและสังคม

3. องค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบของทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย (Psychomotor domain) หรือ ทักษะ (Skill) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 คู่ คือ

คู่ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร

คู่ที่ 2 การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา

คู่ที่ 3 การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด

3.1 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และสื่อสาร (Interpersonal relationship and communication skill) หมายถึง ความสามารถในการใช้คำพูด และภาษาท่าทางเพื่อการสื่อสาร ความรู้สึกนึกคิดของตน และความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่าย ไม่ว่าจะในการ แสดงความต้องการ ความชื่นชม การปฏิเสธ การสร้างสัมพันธภาพ

3.2 ทักษะการตัดสินใจ และการแก้ปัญหา (Decision making and problem solving skill) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา หาทางเลือกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก ประเมินทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางแก้ที่เหมาะสม และลงมือแก้ปัญหาได้อย่าง ถูกต้อง เหมาะสม

3.3 ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด (Coping with emotion and stress skill) หมายถึง ความสามารถในการประเมินอารมณ์ รู้เท่าทันอารมณ์ ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคน เลือกใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม และเป็นความสามารถที่จะรู้สาเหตุของ ความเครียด เรียนรู้วิธีการควบคุมระดับความเครียด รู้วิธีผ่อนคลาย และหลีกเลี่ยงสาเหตุ พร้อมทั้งเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้แนวคิดทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยทักษะชีวิต 3 ประการคือ ทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย และทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กิตติมาพร โลกาวิทย์ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($x = 3.41$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี ($x = 3.40$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($x = 3.11$) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดีที่สุด ส่วนด้านการออกกำลังกายส่วนมากอยู่ในระดับไม่ดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.65$) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.19$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.09$) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($r = 0.31$) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จารี ศรีปาน (2556) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยปรากฏว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 ($X = 18.96 + 2.80$) รับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.2 รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.3 รับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.7 และรับรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับความเข้าใจของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.8 ($X = 186.88$)

ชีพสุมน รังสิยาธร อภิญญา หิรัญวงษ์ และสภาพ ฉัตรภรณ์ (2554) ศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิตที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเกษียณในกรุงเทพมหานคร พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับที่ดีมาก ทักษะชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้านอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก จากทักษะชีวิตทั้ง 9 ด้าน ผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตที่อยู่ในระดับดีมากถึง 7 ด้าน คือ ด้านการคิดวิเคราะห์ ด้านการตระหนักรู้ในตน ด้านความเห็นใจผู้อื่น ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร และด้านการ

ตัดสินใจแก้ไขปัญหา ส่วนอีก 2 ด้าน ผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตที่อยู่ในระดับดี คือ ด้านการคิดสร้างสรรค์ และด้านการจัดการกับอารมณ์ ทักษะชีวิตทั้ง 9 ด้านมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วริศา จันทรงสีวรกุล (2553) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านเขาบ่อแก้ว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับต่ำ รองลงมา คือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านเขาบ่อแก้ว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านมิติสุขภาพจิตใจ อยู่ในระดับสูงรองลงมา คือ ด้านมิติสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านมิติสุขภาพสังคมอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0. ($r = 0.53$)

วิไลวรรณ คมขำ, กฤษณา หงส์ทอง และคมสัน แก้วระยะ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลชงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.3 โดยภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดี รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ด้ายสังคม และด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.3 พิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับดีมากที่สุดได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ ตามลำดับ และในระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .256$)

อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน, วาริน แนวกลาง, วีรยา ย่อยกระโทก, สมพิศ คำมณี, อรุมา เดชทุ่งคา, และจรรยา สิมมา. (2558) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในหมู่ 1 2 3 4 5 และ 6 ตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 260 คนซึ่งมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยคำถามด้านโภชนาการ การจัดการ ความเครียด และการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 224 คน คิด

เป็นร้อยละ 86.2 มีคะแนนเฉลี่ย 71.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.88 คะแนน และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพด้าน โภชนาการ มีคะแนนสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียดและด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับ

อิสราศักดิ์ สีหา (2555) ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. ของผู้สูงอายุ พบว่าระดับความรู้ของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 รองลงมา คือ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 45.4 ระดับทัศนคติของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 ระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.3 รองลงมาคือ พฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 14.7 จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุยังมีทัศนคติ และพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายในลักษณะหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
ทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ใน
เขต อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุแยกรายตำบล (สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งมีจำนวน 11 ตำบล โดยมี
คุณสมบัติคือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคะแนนดัชนีบาร์เคลอดีแอล ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
รวมทั้งสิ้น 8,060 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุอำเภอพานทอง แยกรายตำบล

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
หนองตำลึง	1,134
มาบโป่ง	1,129
หนองกะขะ	599
หนองหงษ์	765
โคกจี่หนอน	569
บ้านเก่า	501
หน้าประคู้	417
บางนาง	921

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
เกาะลอย	428
บางหัก	216
พานทอง	1,381
รวม	8,060

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง นำประชากรเป้าหมาย จำนวน 8,060 คน มาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995, p. 180) โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรเป้าหมาย (8,060 คน)

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.88 มาจากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL มีอัตราเท่ากับร้อยละ 88 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง, 2559)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ 0.05

แทนค่าต่างๆ จากสูตรข้างต้น ได้ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{(8,060)(1.96)^2(0.88)(1-0.88)}{(8,061)(0.88)^2 + (1.96)^2(0.88)(1-0.88)}$$

$$n = \frac{3,268.36}{13.05}$$

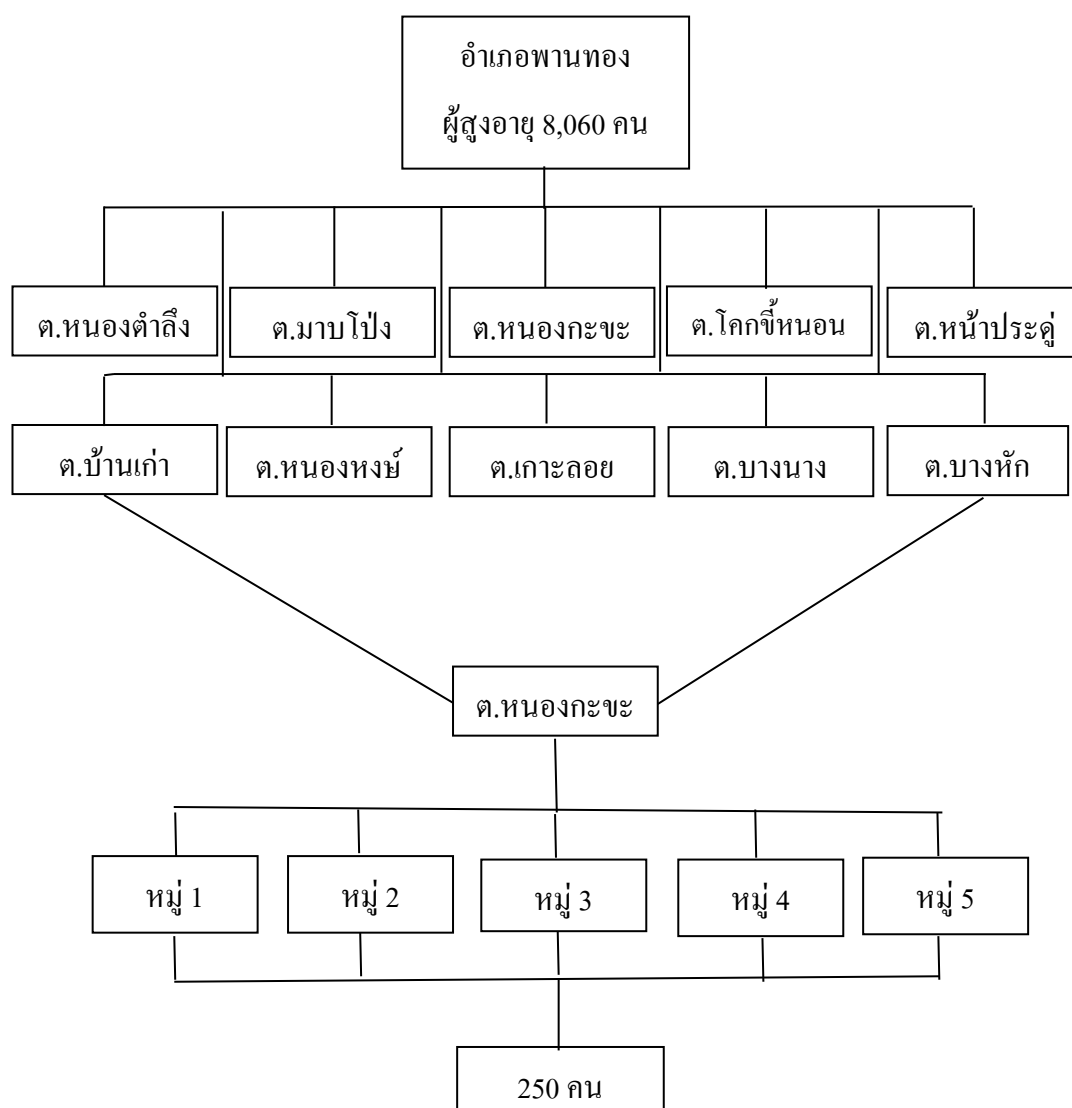
$$n = 250$$

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ใช้วิธีการสุ่มแบบยักกลุ่ม (Cluster sampling) โดยนำประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มแยกรายตำบล อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 11 ตำบล

3.2 จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากรายชื่อ โดยเขียนรายชื่อ 11 ตำบลใส่ถ้วย แล้วจับขึ้นมา 1 ชื่อ ปรากฏว่าจับสลากได้ตำบลหนองกะขะ ซึ่งมีผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 599 คน จากนั้นทำการจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนผู้สูงอายุ จนครบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน



ภาพที่ 4 กระบวนการในการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะของเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ถาม เพศ อายุ บุคคลที่ดูแล โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และรอบเอว มีลักษณะเป็นคำถามแบบเปิดและแบบปิด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทักษะชีวิต ถามแบ่งเป็น 3 ประการ ได้แก่ ทักษะชีวิตเชิงพุทธิพิสัย จำนวน 5 ข้อ ถามเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย ถามเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด จำนวน 10 ข้อ และทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย ถามเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 คำตอบ จำนวน 30 ข้อ คะแนนเต็ม 150 คะแนน โดยลักษณะข้อคำถามด้านบวกทุกข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ถาม 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย ถาม 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด ถาม 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน มีลักษณะเป็นคำถามแบบต่อเนื่อง (Contingency Question) แบบ 2 คำถามต่อกัน 5 คำตอบ และมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อคำถามด้านบวก	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 1 คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 5 คะแนน

2. การสร้างเครื่องมือ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี ตำรา เอกสารคู่มือการทำวิจัย และงานวิจัยต่างๆ ที่

เกี่ยวข้องกับทักษะชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 กำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการศึกษาเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมติฐานการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้

2.3 สร้างข้อคำถามและกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ

2.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและการใช้ถ้อยคำ และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก) ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือเพื่อให้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2-3 ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ นิยามศัพท์ และแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งให้ตรวจสอบการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ โดยผู้ศึกษาจัดทำแบบประเมินสำหรับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการศึกษา พร้อมทั้งแนบวัตถุประสงค์ นิยามศัพท์ แนวคิด ทฤษฎีและคำชี้แจงให้ผู้เชี่ยวชาญเลือกใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความคิดเห็น โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา คือ
เห็นด้วย = แน่ใจว่าคำถามมีความตรงตามเนื้อหา, ไม่แน่ใจ = ไม่แน่ใจว่าคำถามมีความตรงตามเนื้อหาหรือไม่ และไม่เห็นด้วย = แน่ใจว่าคำถามไม่มีความตรงตามเนื้อหา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

นำผลการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาให้คะแนน (1 = เห็นด้วย, 0 = ไม่แน่ใจ, -1 = ไม่เห็นด้วย) และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ด้วยสูตร

ส่วนที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพรวม มีค่าความเที่ยง 0.72

ด้านการบริโภคอาหาร มีค่าความเที่ยง 0.77

ด้านการออกกำลังกาย มีค่าความเที่ยง 0.72

ด้านการจัดการความเครียด มีค่าความเที่ยง 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บข้อมูลหลังจากที่สุ่มตัวอย่างแล้ว ได้ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะขะ ซึ่งเป็นตำบลที่สุ่มตัวอย่างได้ เพื่อให้แจ้งให้ทราบและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ จากนั้นขอหนังสือที่ฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา และนำหนังสือไปให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะขะ พร้อมชี้แจงให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และวิธีการเก็บข้อมูล ชี้แจงให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และแบบสอบถาม เมื่อเข้าใจตรงกันแล้วผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดไว้จนครบจำนวนที่ต้องการ โดยผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์เองทั้งหมด ระหว่างวันที่ 3 – 31 มีนาคม 2560 โดยผู้ศึกษาทำการตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อตรวจสอบแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว นำไปวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เพศ บุคคลที่ดูแลเป็นประจำ โรคประจำตัว หางานและร้อยละของคำตอบ ส่วนอายุ หายอายุต่ำสุด อายุสูงสุด อายุเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นแบ่งกลุ่มเป็น 5 กลุ่มต่างกันกลุ่มละ 5 ปี หางานและร้อยละของกลุ่ม นำนักส่วนสูง นำมาแยกเพศหญิง เพศชาย แล้วคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำแยกดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขนาดรอบเอว นำมาแยกเพศหญิง ชาย แล้วนำมาคำนวณหาร้อยละ และภาวะอ้วนลงพุงตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. ทักษะชีวิต รายชื่อ หาจำนวน ร้อยละ และให้คะแนนตามที่กำหนด รวมคะแนนทักษะชีวิต หาคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นนำคะแนนที่ได้แบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (Benjamin Bloom, 1975)

3. การสร้างเสริมสุขภาพ รายชื่อ นำมาหาจำนวนและร้อยละ ให้คะแนนคำตอบตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมคะแนนการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน หาคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Benjamin Bloom, 1975) ดังนี้

มีการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม

มีการสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม

มีการสร้างเสริมสุขภาพระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทราบ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งว่าข้อมูลทุกอย่างเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม โดยผลการศึกษาไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 250 คน ระหว่างวันที่ 3-31 มีนาคม 2560 นำเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทักษะชีวิต
3. การสร้างเสริมสุขภาพ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากผลการศึกษา ผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์จำนวน 250 คนพบว่าร้อยละ 60.8 เป็นหญิง ส่วนมาร้อยละ 28.8 มีอายุระหว่าง 65-69 ปี รองลงมาร้อยละ 26.8 อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 22.8 มีอายุ 70-74 ปี มีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 68.9 ปี (S.D. = 5.7) ผู้สูงอายุส่วนมาร้อยละ 64.4 มีบุตรเป็นผู้ดูแลประจำ รองลงมาร้อยละ 24.8 เป็นคู่สมรส และร้อยละ 5.2 มีญาติเป็นผู้ดูแลประจำ ส่วนมาร้อยละ 39.6 มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาร้อยละ 26.4 โรคเบาหวาน และร้อยละ 12.0 โรคข้อและกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายต่ำสุด 15.1 สูงสุด 38.2 (S.D.=3.8) ส่วนมาร้อยละ 38.4 มีดัชนีมวลกายต่ำสุด 28.8 อ้วน และร้อยละ 21.6 ปกติ ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 38.8 มีภาวะอ้วนลงพุง และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 34.9 มีภาวะอ้วนลงพุง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	39.2
หญิง	152	60.8
อายุ		
60 – 64 ปี	67	26.8
65 - 69 ปี	72	28.8
70 - 74 ปี	57	22.8
75- 79 ปี	50	20.0
80 ปี ขึ้นไป	4	1.6
อายุต่ำสุด 60 ปี มากสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 68.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.70		
บุคคลที่ดูแล		
คู่สมรส	62	24.8
บุตร	161	64.4
ญาติ	13	5.2
เพื่อนบ้าน	1	0.4
ไม่มีผู้ดูแล	13	5.2
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	66	26.4
โรคความดันโลหิตสูง	99	39.6
โรคหัวใจ	12	4.8
โรคข้อและกล้ามเนื้อ	30	12.0
โรคผิวหนัง	6	2.4
โรคตา	13	5.2
โรคไต	5	2.0
โรคเก๊าท์	9	3.6

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
โรคอื่นๆ (โรคปอด 1 คน, มะเร็ง 1 คน, โรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง 7 คน, ไทรอยด์ 1 คน)	10	4.0
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)		
ผอม (< 18.5)	11	4.4
ปกติ (18.5 – 22.9)	54	21.6
ท้วม (23.0 – 24.9)	96	38.4
อ้วน (25.0 – 29.9)	72	28.8
โรคอ้วน (> 30)	17	6.8
ดัชนีมวลกาย ต่ำสุด 15.1 มากสุด 38.2 เฉลี่ย 24.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.8		
ขนาดรอบเอว (นิ้ว)		
เพศชาย		
ลงพุง (>36)	38	38.8
ปกติ (<36)	60	61.2
เพศหญิง		
ลงพุง (>32)	53	34.9
ปกติ (<32)	99	65.1

ทักษะชีวิต

ทักษะชีวิต ซึ่งนำมาศึกษาเป็นปัจจัยในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 ประการคือ

1. ทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 51-62 (คน) มีทักษะชีวิตเชิงความรู้ โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเคยกินไข่วันละ 1 ฟอง แล้วทำให้ร่างกายแข็งแรง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (62.0) ออกกำลังกายทุกวัน แล้วร่างกายแข็งแรง จึงเสริมสร้างสุขภาพ (54.0) ไม่กินปลาท้องโก๋ เพราะทำให้อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (51.6) เคยกินน้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล แล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (53.2) ไม่กินผักกาดทอง เพราะเค็มและทำให้เป็นโรคไต จึงสร้างเสริมสุขภาพ (54.0) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย

ทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. เคยกินไข่วันละ 1 ฟอง แล้วทำให้ร่างกายแข็งแรง	97 (38.8)	58 (23.2)	69 (27.6)	22 (8.8)	4 (1.6)
2. เคยออกกำลังกายทุกวัน แล้วทำให้ร่างกายแข็งแรง	65 (26.0)	70 (28.0)	62 (24.8)	33 (13.2)	20 (8.0)
3. เคยกินปลาท้องโก๋ แล้วทำให้อ้วน	47 (18.8)	82 (32.8)	60 (24.0)	45 (18.0)	16 (6.4)
4. เคยกินน้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล แล้วไม่อ้วน	44 (17.6)	89 (35.6)	69 (27.6)	34 (13.6)	14 (5.6)
5. ไม่กินผักกาดทอง เพราะเค็มและทำให้เป็นโรคไต	59 (23.6)	76 (30.4)	70 (28.0)	36 (14.4)	9 (3.9)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 25 คะแนนพบว่า คะแนนเฉลี่ย 17.81 คะแนน (ร้อยละ 71.24) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตเชิงความรู้โดยรวม ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 42.0 มีทักษะชีวิตเชิงความรู้ระดับมาก ระดับปานกลางร้อยละ 32.8 และระดับน้อยร้อยละ 25.2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย รายด้าน

ทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย	จำนวน (n=250)	ร้อยละ	
ระดับมาก	20-25 คะแนน	105	42.0
ระดับปานกลาง	15-19 คะแนน	82	32.8
ระดับน้อย	น้อยกว่า 15 คะแนน	63	25.2

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 25 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน, คะแนนสูงสุด 25 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 17.81 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.71 คะแนน

2. ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50-71 (คน) มีทักษะชีวิตเชิงความรู้สึก โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเคยกินมะละกอสุกแล้วรู้สึกว้าท้องไม่ผูก จึงสร้างเสริมสุขภาพ (70.4) เดินแกว่งแขนเบาๆ เป็นประจำแล้วรู้สึกว้าทำให้ร่างกายแข็งแรง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (53.8) กินผลไม้กระป๋องแล้วรู้สึกว้าทำให้อ้วน (53.6) เมื่อเกิดความเครียดพูดคุยหรือเล่าให้คนที่ไว้ใจฟัง แล้วรู้สึกว้าสบายใจจึงสร้างเสริมสุขภาพ (66.0) ดื่มนมทุกวันวันละ 1 แก้วแล้วรู้สึกว้าร่างกายแข็งแรง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (56.8) กินปลาทับทิมหนึ่ง แล้วท้องไม่อืด จึงสร้างเสริมสุขภาพ (61.2) กินข้าวหลามแล้วรู้สึกว้าทำให้อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (53.2) ดื่มนมอุ่นๆ ก่อนนอนแล้วรู้สึกว้าทำให้ออนหลับสบาย จึงสร้างเสริมสุขภาพ (50.4) กินผักต้มแล้วรู้สึกว้าท้องไม่ผูก จึงสร้างเสริมสุขภาพ (65.6) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย

ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1. เคยกินมะละกอสุก แล้วรู้สึกว่าท้องไม่ผูก	104 (41.6)	72 (28.8)	60 (24.0)	9 (93.6)	5 (2.0)
2. เดินแกว่งแขนเบาๆ เป็นประจำแล้วรู้สึกว่่าทำให้ร่างกายแข็งแรง	82 (32.8)	79 (31.6)	61 (24.4)	24 (9.6)	4 (1.6)
3. เคยกินผลไม้กระป๋อง แล้วรู้สึกว่่าทำให้อ้วน	53 (21.2)	81 (32.4)	76 (30.4)	28 (11.2)	12 (4.8)
4. เมื่อเกิดความเครียด เคยพูดคุยหรือเล่าให้คนที่ไว้ใจฟัง แล้วรู้สึกว่่าสบายใจ	100 (40.0)	65 (26.0)	58 (23.2)	17 (6.8)	10 (4.0)
5. เคยดื่มนมทุกวัน วันละ 1 แก้ว แล้วรู้สึกว่่าทำให้ร่างกายแข็งแรง	42 (16.8)	100 (40.0)	51 (20.4)	38 (15.2)	19 (7.6)
6. เคยกินปลาทึบทีมนึง แล้วรู้สึกว่่าท้องไม่อืด	65 (26.0)	88 (35.2)	62 (24.8)	23 (9.2)	12 (4.8)
7. เคยกินข้าวหลาม แล้วรู้สึกว่่าทำให้อ้วน	48 (19.2)	93 (37.2)	65 (26.0)	37 (14.8)	7 (2.8)
8. เคยกินกะหล่ำปลีดิบ แล้วรู้สึกว่่าท้องอืด	55 (22.0)	78 (31.2)	82 (32.8)	25 (10.0)	10 (4.0)
9. เคยดื่มนมอุ่น ๆ ก่อนนอน แล้วรู้สึกว่่าทำให้นอนหลับสบาย	34 (13.6)	92 (36.8)	63 (25.2)	40 (16.0)	21 (8.4)
10. เคยกินผักต้ม แล้วรู้สึกว่่าท้องไม่ผูก	82 (32.8)	82 (32.8)	59 (23.6)	22 (8.8)	5 (2.0)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 36.75 คะแนน (73.5) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตเชิงความรู้สึกรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 41.6 มีทักษะชีวิตเชิงความรู้สึกระดับปานกลาง ระดับมากร้อยละ 40.4 และระดับน้อยร้อยละ 18 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย รายด้าน

ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย	จำนวน (n=250)	ร้อยละ	
ระดับมาก	40-50 คะแนน	101	40.4
ระดับปานกลาง	30-39 คะแนน	104	41.6
ระดับน้อย	น้อยกว่า 30 คะแนน	45	18.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 50 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน, คะแนนสูงสุด 50 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 36.75 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.16 คะแนน

3. ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 46-80 (คน) มีทักษะชีวิตเชิงความสามารถ โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า เคยกินไข่วันละ 1 ฟองมาตลอด จึงสร้างเสริมสุขภาพ (66.4) กินส้มเป็นประจำแล้วขับถ่ายสะดวกจึงสร้างเสริมสุขภาพ (54.4) ดื่มน้ำผลไม้ไม่เติมน้ำตาลแล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (46.0) ไม่กินกากหมูเพราะอ้วน (50.4) กินข้าววันละไม่เกิน 2ทัพพีแล้วไม่อ้วน (62.8) กินผลไม้เนื้อนุ่มย่อยง่ายแล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (60.0) ไม่ดื่มสุราแล้วไม่เป็นโรคตับแข็ง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (71.6) ไม่เอะอะโวยวายเมื่อโกรธ หรือไม่พอใจจึงสร้างเสริมสุขภาพ (66.8) ผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูโทรทัศน์จึงสร้างเสริมสุขภาพ (79.6) ไม่ดื่มน้ำอัดลมแล้วท้องไม่อืด และไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (60.0) ไม่เครียดเพราะไม่คิดเรื่องที่ผ่านมาแล้วในอดีต จึงสร้างเสริมสุขภาพ (61.2) กินข้าวกล้องแล้วขับถ่ายสะดวก จึงสร้างเสริมสุขภาพ (56.0) ไม่อ้วนเพราะไม่กินกล้วยบวชชี จึงสร้างเสริมสุขภาพ (55.2) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว แล้วไม่เป็นโรคนิว จึงสร้างเสริมสุขภาพ (69.2) ดื่มน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำหวาน แล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (71.6) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุ จำแนกตามทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย

ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1. เคยกินไข่วันละ 1 ฟอง เพราะกินมาตลอด	104 (41.6)	62 (24.8)	56 (22.4)	62 (24.8)	104 (41.6)
2. เคยกินส้มเป็นประจำ เพราะจับถ่ายสะดวก	74 (29.6)	62 (24.8)	76 (30.4)	31 (12.4)	7 (2.8)
3. เคยดื่มน้ำผลไม้ไม่เติมน้ำตาลเป็นประจำแล้ว ไม่อ้วน	44 (17.6)	71 (28.4)	64 (25.6)	45 (18.0)	26 (10.4)
4. ไม่กินกากหมู เพราะทำให้อ้วน	68 (27.2)	58 (23.2)	60 (24.0)	35 (14.0)	29 (11.6)
5. เคยกินข้าวทุกวันๆ ละไม่เกิน 2 ทัพพี แล้ว ไม่อ้วน	98 (39.2)	59 (23.6)	62 (24.8)	26 (10.4)	5 (2.0)
6. เคยกินผลไม้เนื้อนุ่มย่อยง่าย เช่น กล้วยสุก แล้วไม่อ้วน	79 (31.6)	86 (34.4)	58 (23.2)	21 (8.4)	6 (2.4)
7. ไม่ดื่มสุราแล้วไม่เป็นโรคตับแข็ง	121 (50.0)	54 (21.6)	35 (14.0)	23 (9.2)	17 (6.8)
8. ไม่อะอะโววาย เมื่อโกรธหรือไม่พอใจ	67 (34.8)	80 (32.0)	58 (23.2)	16 (6.4)	9 (3.6)
9. เคยผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูโทรทัศน์	125 (50.0)	74 (29.6)	36 (14.4)	12 (4.8)	3 (1.2)
10. ไม่ดื่มน้ำอัดลม แล้วท้องไม่อืดและไม่อ้วน	96 (38.4)	54 (21.6)	60 (24.0)	32 (12.8)	8 (3.2)
11. ไม่คิดเรื่องที่ผ่านมาแล้วในอดีต แล้วไม่ เครียด	85 (34.0)	68 (27.2)	67 (26.8)	25 (10.0)	5 (2.0)
12. เคยกินข้าวกล้อง แล้วจับถ่ายสะดวก	64 (25.6)	76 (30.4)	66 (26.4)	32 (12.8)	12 (4.8)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
13. ไม่กินกล้วยบวชชี แล้วไม่อ้วน	56 (22.4)	82 (32.8)	74 (29.6)	35 (14.0)	3 (1.2)
14. เคยดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว แล้วไม่ เป็นโรคนี้อ	104 (41.6)	69 (27.6)	55 (22.0)	21 (8.4)	1 (0.4)
15. เคยดื่มน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำหวาน แล้วไม่ อ้วน	99 (39.6)	80 (32.0)	46 (18.4)	16 (6.4)	9 (3.6)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 75 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 56.84 คะแนน (75.79) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตเชิงความสามารถโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 45.6 มีทักษะชีวิตเชิงความสามารถระดับมาก ระดับปานกลางร้อยละ 33.2 และระดับน้อย ร้อยละ 21.2 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย รายด้าน

ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย	จำนวน (n=250)	ร้อยละ	
ระดับมาก	60-75 คะแนน	114	45.6
ระดับปานกลาง	45-59 คะแนน	83	33.2
ระดับน้อย	45 คะแนน	53	21.2

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 75 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 59 คะแนน, คะแนนสูงสุด 75 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 56.84 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.27 คะแนน

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตในภาพรวมโดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 150 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 111.40 คะแนน (74.27) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตภาพรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 42.4 มีทักษะชีวิตภาพรวมระดับมาก รองลงมาร้อยละ 35.2 ระดับปานกลาง และร้อยละ 22.4 ระดับน้อย ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทักษะชีวิต ภาพรวม

ทักษะชีวิตภาพรวม		จำนวน (n=250)	ร้อยละ
ระดับมาก	120-150 คะแนน	106	42.4
ระดับปานกลาง	90-119 คะแนน	88	35.2
ระดับน้อย	90 คะแนน	56	22.4

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 150 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 59 คะแนน, คะแนนสูงสุด 150 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 111.40 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.90 คะแนน

การสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งนำมาศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ประการคือ

1. การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 31-80 (คน) มีการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าไม่รับประทานข้าวขาหมู (60.8) ไม่รับประทานข้าวหลาม ข้าวเหนียวมะม่วง ขนมบัวลอย (31.6) รับประทานข้าวซ้อมมือ ผักและผลไม้ต่างๆ (70.0) รับประทานผักนึ่ง หรือผักต้มสุก (54.0) ไม่ดื่มกาแฟ (50.0) ไม่ดื่มสุรา (80.8) ไม่รับประทานกากหมู (67.6) รับประทานปลาช่อน ปลาทะเลนึ่ง (23.2) รับประทานผลไม้ที่เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย (61.2) รับประทานขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว ผัดไท เผือก มัน (27.6) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภค
อาหาร

การบริโภคอาหาร	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เลย
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. รับประทานข้าวขาหมู	2 (0.8)	11 (4.4)	85 (34.0)	54 (21.6)	98 (39.2)
2. รับประทานข้าวหลาม ข้าวเหนียวมะม่วง ขนมบัวลอย	2 (0.8)	24 (9.6)	145 (58.0)	34 (13.6)	45 (18.0)
3. รับประทานข้าวซ้อมมือ ผัก และผลไม้ ต่างๆ	101 (40.4)	74 (29.6)	59 (23.6)	6 (2.4)	10 (4.0)
4. รับประทานผักนึ่งหรือต้มสุก	46 (18.4)	89 (35.6)	76 (30.4)	3 (1.2)	36 (14.4)
5. ดื่มน้ำกาแฟ	31 (12.4)	32 (12.8)	62 (24.8)	12 (4.8)	113 (45.2)
6. ดื่มน้ำสุรา	3 (1.2)	14 (5.6)	31 (12.4)	32 (12.8)	170 (68.0)
7. รับประทานกากหมู	3 (1.2)	12 (4.8)	66 (26.4)	46 (18.4)	123 (49.2)
8. รับประทานปลาช่อน ปลาทะเลนึ่ง	9 (3.6)	49 (19.6)	135 (54.0)	26 (10.4)	31 (12.4)
9. รับประทานผลไม้ที่เนื้อนุ่มเคี้ยวง่าย	71 (28.4)	82 (32.8)	87 (34.8)	6 (2.4)	4 (1.6)
10. รับประทานขนมปัง ก๋วยเตี๋ยวผัดไทย เผือก มัน	10 (4.0)	59 (23.6)	152 (60.8)	13 (5.2)	16 (6.4)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร โดยการให้คะแนน ตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 32.08 (64.16) ของ คะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารโดยรวมในระดับปาน กลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4 รองลงมาระดับน้อย ร้อยละ 32.0 และระดับมาก ร้อยละ 5.6 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ บริโภคอาหาร รายด้าน

การบริโภคอาหาร		จำนวน (n=250)	ร้อยละ
ระดับมาก	40-50 คะแนน	14	5.6
ระดับปานกลาง	30-39 คะแนน	156	62.4
ระดับน้อย	น้อยกว่า 30 คะแนน	80	32.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 50 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน, คะแนนสูงสุด 42 คะแนน, คะแนน เฉลี่ย 32.08 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.86 คะแนน

2. การสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 13-76 (คน) มีการ สร้างเสริมสุขภาพ โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (60.8) ออกกำลังกายต่อเนื่องทุกวัน (40.0) หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ (76.0) ออกกำลัง ภายพร้อมเพื่อน หรือคนในครอบครัว (13.6) เดินเร็วเพื่อออกกำลังกาย (40.8) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ
ออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เลย
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา	134 (53.6)	18 (7.2)	59 (23.6)	26 (10.4)	13 (5.2)
2. ออกกำลังกายต่อเนื่องทุกวัน	87 (34.8)	13 (5.2)	69 (27.6)	66 (26.4)	15 (6.0)
3. หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ	173 (67.2)	22 (8.8)	40 (16.0)	11 (4.4)	4 (1.6)
4. ออกกำลังกายพร้อมเพื่อน หรือคนใน ครอบครัว	7 (2.8)	27 (10.8)	50 (20.0)	32 (12.8)	134 (53.6)
5. เดินเร็วเพื่อออกกำลังกาย	90 (36.0)	12 (4.8)	81 (32.4)	48 (19.2)	19 (7.6)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 19.16 คะแนน (70.64) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 50.4 สร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 31.6 ระดับปานกลางและร้อยละ 18.0 ระดับน้อย ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ
ออกกำลังกาย รายด้าน

การออกกำลังกาย		จำนวน (n=250)	ร้อยละ
ระดับมาก	20-25 คะแนน	126	50.4
ระดับปานกลาง	15-19 คะแนน	79	31.6
ระดับน้อย	น้อยกว่า 15 คะแนน	45	18.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 25 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน, คะแนนสูงสุด 25 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 19.16 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.59 คะแนน

3. การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 42-84 มีการสร้างเสริมสุขภาพโดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าจัดการกับความเครียด โดยการพักผ่อน นอนหลับ ดูโทรทัศน์ (78.8) ออกไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เมื่อมีความเครียด (60.8) ไปวัดฟังเทศน์ ทำบุญ เมื่อมีความเครียด (42.0) ไม่คลายเครียดด้วยการดื่มสุรา (84.0) พุดคุยให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฟัง เมื่อมีความเครียด วิตกกังวล (80.8) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียด	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เลย
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1. ผ่อนคลายความเครียดด้วยการพักผ่อน นอนหลับ ดูโทรทัศน์	112 (44.8)	85 (34.0)	35 (14.0)	6 (2.4)	12 (4.8)
2. ออกไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านเมื่อมี ความเครียด	46 (18.4)	106 (42.4)	45 (18.0)	21 (8.4)	32 (12.8)
3. ไปวัดฟังเทศน์ ทำบุญ เมื่อมีความเครียด	34 (13.6)	71 (28.4)	45 (18.0)	30 (12.0)	70 (28.0)
4. คลายเครียดด้วยการดื่มสุรา	4 (1.6)	12 (4.8)	22 (8.8)	22 (8.8)	190 (76.0)
5. พุดคุยให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฟังเมื่อมีความเครียด วิตกกังวล	161 (64.4)	41 (16.4)	35 (14.0)	9 (3.6)	4 (1.6)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียด โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 16.47 คะแนน (65.88) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียด โดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก และมีผู้สูงอายุร้อยละ 56.8 สร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียดในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 25.2 ระดับน้อยและร้อยละ 15.0 ระดับมาก ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการ
จัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียด		จำนวน (n=250)	ร้อยละ
ระดับมาก	20-25 คะแนน	45	18.0
ระดับปานกลาง	15-19 คะแนน	142	56.8
ระดับน้อย	น้อยกว่า 15 คะแนน	63	25.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 25 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน, คะแนนสูงสุด 25 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 16.47 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.04 คะแนน

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 45) โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 63.82 คะแนน ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพภาพรวมในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 21.2 ระดับน้อย และ ไม่มีการสร้างเสริมสุขภาพระดับดีเลย ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสร้างเสริมสุขภาพ ภาพรวม

การสร้างเสริมสุขภาพ		จำนวน (n=250)	ร้อยละ
ระดับมาก	80-100 คะแนน	0	0.0
ระดับปานกลาง	60-79 คะแนน	197	78.8
ระดับน้อย	น้อยกว่า 60 คะแนน	53	21.2

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 100 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 45 คะแนน, คะแนนสูงสุด 78 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 63.82 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.98 คะแนน

ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย และทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย มีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกที่ 0.01 โดยทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .376, p = 0.000$) รองลงมาเป็นทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .350, p = 0.000$) และทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .184, p = 0.000$) ส่วนทักษะชีวิตมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .349, p = 0.000$) ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	การสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p-vale
ทักษะชีวิตรวม	.349	0.000
ทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย	.184	0.000
ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย	.350	0.000
ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย	.376	0.000

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะชีวิตของผู้สูงอายุ 3 ประการคือ ทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย และการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง เป็นการศึกษาเชิงบรรยายในลักษณะหาความสัมพันธ์ ประชากรคือผู้สูงอายุจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุแยกรายตำบล สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้ตำบลหนองกะขะ แล้วทำการเก็บข้อมูลตามทะเบียนรายชื่อจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นตามตัวแปรและวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ถามเกี่ยวกับเพศ อายุ บุคคลที่ดูแลเป็นประจำ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ส่วนที่ 2 ทักษะชีวิต ถามเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด แบ่งเป็น 3 ประการคือ เชิงพุทธพิสัย เชิงจิตพิสัย และเชิงทักษะพิสัย ส่วนที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพ ถามเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน ตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ บุคคลที่ดูแลเป็นประจำ โรคประจำตัว หาจำนวนและร้อยละของคำตอบ ส่วนอายุ หาจำนวนและร้อยละ อายุต่ำสุด อายุสูงสุด อายุเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน น้ำหนักและส่วนสูงนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย แล้วแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รอบเอว นำมาหาจำนวน และร้อยละ แยกตามเพศ แล้วนำมาคำนวณหาภาวะอ้วนลงพุง แยกตามเพศ แล้วแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทักษะชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของคะแนนเต็ม แบ่งกลุ่ม

เป็นระดับตามเกณฑ์ของบลูม และหาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการศึกษา ผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์จำนวน 250 คนพบว่าร้อยละ 60.8 เป็นหญิง ส่วนมาร้อยละ 28.8 มีอายุระหว่าง 65-69 ปี รองลงมาร้อยละ 26.8 อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 22.8 มีอายุ 70-74 ปี มีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 68.9 ปี (S.D. = 5.7) ผู้สูงอายุส่วนมาร้อยละ 64.4 มีบุตรเป็นผู้ดูแลประจำ รองลงมาร้อยละ 24.8 เป็นกลุ่มสมรส และร้อยละ 5.2 มีญาติเป็นผู้ดูแลประจำ ส่วนมาร้อยละ 39.6 มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาร้อยละ 26.4 โรคเบาหวาน และร้อยละ 12.0 โรคข้อและกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายต่ำสุด 15.1 สูงสุด 38.2 (S.D.3.8) ส่วนมาร้อยละ 38.4 มีดัชนีมวลกายต่ำ รองลงมาร้อยละ 28.8 อ้วน และร้อยละ 21.6 ปกติ ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 38.8 มีภาวะอ้วนลงพุง และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 34.9 มีภาวะอ้วนลงพุง

2. ทักษะชีวิต

2.1 ทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 51-62 (คน) มีทักษะชีวิตเชิงความรู้ โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเคยว่ากินไข่วันละ 1 ฟอง แล้วทำให้ร่างกายแข็งแรง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (62.0) ออกกำลังกายทุกวัน แล้วร่างกายแข็งแรง จึงเสริมสร้างสุขภาพ (54.0) ไม่กินปาตองโก เพราะทำให้อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (51.6) เคยกินน้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาลแล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (53.2) ไม่กินผักกาดดองเพราะเค็มและทำให้เป็นโรคไต จึงสร้างเสริมสุขภาพ (54.0)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด โดยมีคะแนนเต็ม 25 คะแนนพบว่า คะแนนเฉลี่ย 17.81 คะแนน (ร้อยละ 71.24) ของคะแนนเต็ม แสดงว่า ผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตเชิงความรู้โดยรวม ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายुर้อยละ 42.0 มีทักษะชีวิตเชิงความรู้ระดับมาก ระดับปานกลางร้อยละ 32.8 และระดับน้อยร้อยละ 25.2

2.2 ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 50-71 (คน) มีทักษะชีวิตเชิงความรู้สึก โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเคยกินมะละกอสุกแล้วรู้สึกท้องไม่ผูก จึงสร้างเสริมสุขภาพ (70.4) เดินแกว่งแขนเบา ๆ เป็นประจำแล้วรู้สึกทำให้ร่างกายแข็งแรง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (53.8) กินผลไม้กระป๋องแล้วรู้สึกทำให้อ้วน (53.6) เมื่อเกิดความเครียดพูดคุยหรือเล่าให้คนที่ไว้ใจฟัง แล้วรู้สึกสบายใจจึงสร้างเสริมสุขภาพ (66.0) ดื่มนมทุกวันวันละ 1 แก้ว แล้วรู้สึกทำให้ร่างกายแข็งแรง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (56.8) กินปลาหีบต้มหนึ่ง แล้วท้องไม่อืด จึงสร้างเสริมสุขภาพ (61.2)

กินข้าวหลามแล้วรู้สึกทำให้อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (53.2) ดื่มนมอุ่นๆก่อนนอนแล้วรู้สึกทำให้
นอนหลับสบาย จึงสร้างเสริมสุขภาพ (50.4) กินผักคัมแล้วรู้สึกท้องไม่ผูก จึงสร้างเสริมสุขภาพ
(65.6)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า
49) โดยมีคะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 36.75 คะแนน (73.5) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุ
มีทักษะชีวิตเชิงความรู้สึกโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 41.6 มีทักษะ
ชีวิตเชิงความรู้สึกระดับปานกลาง ระดับมากร้อยละ 40.4 และระดับน้อยร้อยละ 18

2.3 ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 46-80 (คน) มีทักษะชีวิตเชิง
ความสามารถโดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า เคยกินไข่วันละ 1 ฟองมาตลอด จึง
สร้างเสริมสุขภาพ (66.4) กินส้มเป็นประจำแล้วขับถ่ายสะดวกจึงสร้างเสริมสุขภาพ (54.4) ดื่มน้ำผลไม้
ไม่เติมน้ำตาลแล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (46.0) ไม่กินกากหมูเพราะอ้วน (50.4) กินข้าววันละไม่
เกิน 2 ทัพพีแล้วไม่อ้วน (62.8) กินผลไม้เนื้อนุ่มย่อยง่ายแล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (60.0) ไม่ดื่ม
สุราแล้วไม่เป็นโรคตับแข็ง จึงสร้างเสริมสุขภาพ (71.6) ไม่เอะอะโวยวายเมื่อโกรธ หรือไม่พอใจจึง
สร้างเสริมสุขภาพ (66.8) ฟ่อนคลายความเครียดด้วยการดูโทรทัศน์จึงสร้างเสริมสุขภาพ (79.6) ไม่ดื่ม
น้ำอัดลมแล้วท้องไม่อืด และไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ (60.0) ไม่เครียดเพราะไม่คิดเรื่องที่ผ่านมา
มาแล้วในอดีต จึงสร้างเสริมสุขภาพ (61.2) กินข้าวกล้องแล้วขับถ่ายสะดวก จึงสร้างเสริมสุขภาพ (56.0)
ไม่อ้วนเพราะไม่กินกล้วยบวชชี จึงสร้างเสริมสุขภาพ (55.2) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว แล้วไม่เป็น
โรคนี้ จึงสร้างเสริมสุขภาพ (69.2) ดื่มน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำหวาน แล้วไม่อ้วน จึงสร้างเสริมสุขภาพ
(71.6)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด
(บทที่ 3 หน้า 49) โดยมีคะแนนเต็ม 75 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 56.84 คะแนน (75.79) ของคะแนนเต็ม
แสดงว่าผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตเชิงความสามารถโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุ
ร้อยละ 45.6 มีทักษะชีวิตเชิงความสามารถระดับมาก ระดับปานกลางร้อยละ 33.2 และระดับน้อย ร้อย
ละ 21.2

เมื่อวิเคราะห์หาระดับทักษะชีวิตในภาพรวมโดยการให้คะแนนตามที่กำหนด โดยมีคะแนน
เต็ม 150 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 111.40 คะแนน หรือร้อยละ 74.27 ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมี
ทักษะชีวิตภาพรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 42.4 มีทักษะชีวิตภาพรวม
ระดับมาก รองลงมาร้อยละ 35.2 ระดับปานกลาง และร้อยละ 22.4 ระดับน้อย

3. การสร้างเสริมสุขภาพ

3.1 การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 31-80 (คน) มีการสร้างเสริมสุขภาพโดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าไม่รับประทานข้าวขาหมู (60.8) ไม่รับประทานข้าวหลาม ข้าวเหนียวมะม่วง ขนมบัวลอย (31.6) รับประทานข้าวซ้อมมือ ผักและผลไม้ต่าง ๆ (70.0) รับประทานผักนึ่ง หรือผักต้มสุก (54.0) ไม่ดื่มกาแฟ (50.0) ไม่ดื่มสุรา (80.8) ไม่รับประทานกากหมู (67.6) รับประทานปลาช่อน ปลาทะเลหนึ่ง (23.2) รับประทานผลไม้ที่เนื้อนุ่ม เลี้ยวง่าย (61.2) รับประทานขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว ผัดไท เผือก มัน (27.6)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 49) โดยมีคะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 32.08 (64.16) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารระดับปานกลางร้อยละ 62.4 รองลงมาระดับน้อยร้อยละ 32.0 และระดับมากร้อยละ 5.6

3.2 การสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 13-76 (คน) มีการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (60.8) ออกกำลังกายต่อเนื่องทุกวัน (40.0) หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ (76.0) ออกกำลังกายพร้อมเพื่อน หรือคนในครอบครัว (13.6) เดินเร็วเพื่อออกกำลังกาย (40.8)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 50) โดยมีคะแนนเต็ม 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 19.16 คะแนน (70.64) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 50.4 สร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 31.6 ระดับปานกลางและร้อยละ 18.0 ระดับน้อย

3.3 การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 42-84 มีการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าจัดการกับความเครียด โดยการพักผ่อน นอนหลับ ดูโทรทัศน์ (78.8) ออกไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เมื่อมีความเครียด (60.8) ไปวัด ฟังเทศน์ ทำบุญ เมื่อมีความเครียด (42.0) ไม่คลายเครียดด้วยการดื่มสุรา (84.0) พุดคุยให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฟัง เมื่อมีความเครียด วิตกกังวล (80.8)

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียด โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 50) โดยมีคะแนนเต็ม 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 16.4

คะแนน(65.88) ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด โดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก และมีผู้สูงอายुर้อยละ 56.8 สร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียดในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 25.2 ระดับน้อยและร้อยละ 15.0 ระดับมาก

เมื่อวิเคราะห์หาระดับการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม โดยการให้คะแนนตามที่กำหนด (บทที่ 3 หน้า 50) โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 63.82 คะแนน ของคะแนนเต็ม แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพภาพรวมในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 21.2 ระดับน้อย และไม่มี การสร้างเสริมสุขภาพระดับดีเลย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผล การศึกษาพบว่า ทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย และทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย มีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวกที่ 0.01 โดยทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัยให้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .376, p = 0.000$) รองลงมาเป็นทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัยให้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .350, p = 0.000$) และทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัยให้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .184, p = 0.000$) ส่วนทักษะชีวิตมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .349, p = 0.000$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

1. ทักษะชีวิตเชิงพุทธรพัสัย ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย และทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะชีวิตจากประสบการณ์เชิงความรู้ว่า การรับประทานไข่ ผักผลไม้ นม เนื้อสัตว์ ประเภทปลา ไม่ทานของมัน ขนมหวาน ของหมักดอง และออกกำลังเบา ๆ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง รับประทานผลไม้เนื้อนุ่มย่อยง่ายไม่เกิดอาการท้องผูก ตุ่มนมอ่อนๆ ก่อนนอนทำให้ออนหลับง่าย ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กฤติน ชุมแก้วและชีพสุมน รังสิยาธร (2557) พบว่า ตัวแปรความรู้ เกี่ยวกับการบริโภค อาหารที่มีอิทธิพลต่อการทำนายนพคุณกรรมกร บริโภคอาหารมี 6 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก คือ ไม่กินอาหารเค็มจัด กินข้าวกล้อง ถั่วเมล็ดแห้งกินแทนเนื้อสัตว์ได้ ไม่ควรกิน

เนื้อสัตว์ติดมัน กินข้าว เป็นอาหารหลัก และกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ และมี เพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ คือ ไม่ควรกินอาหารทะเล และ ตัวแปรที่สอดคล้องต่อการบริโภคอาหารที่มีอิทธิพลต่อ การทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มี 6 ตัวแปรที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวก คือ ไม่ควรกินเนื้อสัตว์ติดมัน ควรกินข้าวกล้อง ดื่มนมพร่องมันเนย กินข้าวเป็น อาหารหลัก ไม่ดื่มสุรา และไม่กินอาหารเค็มจัด หวานจัด

2. การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับอารมณ์ความเครียด ในภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 78.8 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพด้วยการลดการบริโภคอาหาร ประเภท หวาน มัน เค็ม โดยการบริโภคผักผลไม้ เนื้อปลาที่ปรุงด้วยการต้มหรือนึ่ง ไม่รับประทานขนมหวาน และยังออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว หุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ ผ่อนคลายความเครียดด้วยการพักผ่อน ดูโทรทัศน์ นอนหลับ และปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความเครียด สอดคล้องกับ การศึกษาของวิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม (2550) ซึ่งพบว่า

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58

2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58

2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43

2.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด หวานจัด อาหารมัน ค่าเฉลี่ย 3.80

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุนำความรู้เชิงประสบการณ์มาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ด้วยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ สามารถลด ละ เลิก การบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอและเหมาะสมกับวัย พร้อมทั้งสามารถจัดการกับอารมณ์ความเครียดโดยพักผ่อน การปฏิบัติตามหลักศาสนา พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีความเครียด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำเสนอผลการวิจัยไปใช้

1.1 ใช้ในการให้ความรู้ หรือจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

1.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

1.3 สามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบททางสังคมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

1.4 บุคลากรสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มวัยทำงาน เพื่อทราบถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไข รวมถึงจุดอ่อนและจุดแข็งต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเมืองกับเขตชนบท

2.3 ควรมีศึกษาตัวแปรอื่นๆที่คาดว่าจะมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะการเจ็บป่วย การสูญเสีย การวิตกกังวล หรือการทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคม

บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง. (2559). รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านรายจังหวัด รายอำเภอ.
กรุงเทพมหานคร: กรมการปกครอง.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2558). คู่มือการดำเนินงานสร้างภูมิคุ้มกันภัยทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). คู่มือการบริหารทักษะชีวิตในโรงเรียน (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี :
กรมสุขภาพจิต
- กรมสุขภาพจิต. (2541). คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำหรับครู. นนทบุรี :
กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2542). คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดใน โรงเรียน ระดับ
มัธยมศึกษาตอนปลาย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมอนามัย. (2548). โครงการฟื้นฟูพระราชนิเวศน์เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่
ผู้สูงอายุ เณริณพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา.
นนทบุรี: กรมอนามัย.
- กรมอนามัย. (2557). สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: แก้วเจ้าจอม.
- กรมอนามัย. (2558). สูงวัย สูงค่า พึ่งพาตนเอง. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
กิตติ ตระกูลรัตนาวาส. (2560). ความแก่นั่นเป็นไฉน สาระนั้นรู้เรื่องสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร:
โรงพยาบาลวิภาวดี
- กิตติมาพร โลกาวิทย์. (2556). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 5(1); 194-210.
- กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์. (2540). การพัฒนาทักษะชีวิต. วารสารสุขภาพ, 20(76), 69
- เกษร ลำเกาทอง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและการมี
ส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- กฤติน ชุมแก้วและชีพสมุน รังสิยาธร. (2557). ความรู้ ทักษะชีวิต และพฤติกรรมบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา. วารสารวิทยาสารเกษตรศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์,
35(1), 16-29
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). แผน
ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.

- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). *ปัญหาผู้สูงอายุ และแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพมหานคร: รัฐสภา.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพมหานคร : อูษาการพิมพ์.
- จารี ศรีปาน. (2546). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- จุฬารณ์ โสตะ. (2546). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอยแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชูศรี วงษ์เครือวัลย์. (2533). การเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ. *พยาบาลสาร*, 17(4); 46-51.
- ชีพสมน รังสิยาธร, อภิญญา หิรัญวงษ์และสภาพ นัตรารณณ์.(2554). *รูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิตที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเกษียณในกรุงเทพมหานคร*. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ดวงละพา กุณนอก. (2551). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาค่ายเยาวชนเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของนักเรียน ตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- แดงด้อย ชยสิทธิ์ โสภณ. (2540). *การดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.
- เต็มศักดิ์ คทวนิช. (2547). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด.
- นันทวรรณ สุวรรณรูป และอัจฉราพร สีหิรัญวงษ์. (2547). การวิเคราะห์ความตรง และความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. II ฉบับภาษาไทย, *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(4); 44-63
- บรรพต แสนสุวรรณ. (2550). *การพัฒนากิจกรรมการสอน โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนหนองผือเทพนิมิต สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสกลนครเขต 1*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*.

กรุงเทพมหานคร : ศรีอนันต์การพิมพ์.

ประภาพร สุวรรณ. (2538). *ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย*.

กรุงเทพมหานคร : วรุฒิกการพิมพ์.

ประไพ ยศะทัตต์. *สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. หมอชาวบ้าน*, 3(4); 108-110.

ปิยะนุช แก้วเรือง และอันฟาร์ม ศิริโต. (2550). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมดอก*

ลำควน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

ปิยะพงษ์ ไสยโสภณ. (2550). *การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมหมวดวิชาพัฒนา*

ทักษะชีวิต 1 ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนนอกโรงเรียนในทัศนสถานวัยหนุ่มกลาง. คุยฎิพนธ์ศึกษาศาสตร คุยฎิบัณฑิต, สาขาการศึกษาผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2558). *รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556*. กรุงเทพมหานคร:

กรมอนามัย.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546. (2546, 31 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1-8.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553. (2553, 15 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*.

หน้า 1-3

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550, 19 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1-18.

พิสมัย จันทวิมล. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์

ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554* (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน.

รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, วนิดา ศรีวรกุล, พรชัย จุลเมตต์และอำนาจ ยุ่นประยงค์ (2556).

ประสบการณ์การปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทอลิก. พยาบาลสาร, 41(1); 169-179.

ลัดดา คำการเลิศ. (2555). *วิจัยด้านสุขภาพช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างไร*.

กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

วนิดา ขาวมงคล เอกแสงศรี. (2546). *หลักสูตรการสอนพัฒนาทักษะชีวิต*. กรุงเทพมหานคร :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วริศรา จันทรังสีวรกุล. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถาน
สงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2); 12-20.
- วลัยพร นันท์ศุกวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2542). *การวางแผนและประเมินผล
โครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : เจริญดี
การพิมพ์.
- วิภาภรณ์ สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัด
พิษณุโลก*. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพทศชินราช.
- วิษณุ ลีลามานิตย์. (2555). *ผักและผลไม้ป้องกันมะเร็ง*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
เอกสารประกอบการบรรยาย.
- วิไลวรรณ คมขำ, กฤษณา หงส์ทอง และคมสัน แก้วระยะ. (2556). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี*. เพชรบุรี:
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
- วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. (2539). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่*. ปรินญาณินพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2538). การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. ในเอกสาร
การประชุมวิชาการ ครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขและ
สาธารณสุข เรื่องสังคมศาสตร์ผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร ภาควิชา
สังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์. (2555). 3 ประสานการสร้างสุขภาพยั่งยืน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 35(4); 21-26.
- สมพร พิกแก้ว. (2550). *สุขภาพองค์การของโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสระแก้ว
เขต 1*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สมคิด ทิมสาด. (2548). คู่มือการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สุขศึกษาและ
พฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: กรมแพทยทหารเรือ.
- สมบูรณ์ ศาลชีวิน. (2541). *จริยธรรมในการดำเนินธุรกิจของนักธุรกิจในประเทศไทยเปรียบเทียบกับนักธุรกิจในประเทศสหรัฐอเมริกา*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 10).
กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*.
กรุงเทพมหานคร : นิชินแอคเวอริ์ไท้ชิ่งกรุ๊ป.
- สุวดี เบญจวงศ์. (2541). *ผู้สูงอายุ คนแก่และคนชรา: มิติทางสังคมและวัฒนธรรม*. *มนุษยสังคมสาร*,
5(2); 54-60.
- แสงเดือน มุสิกรมณี. (2545). *ความต้องการด้านกิจกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ*.
วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการ โครงการสวัสดิการ
สังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). *ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต*. *วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์*
ผู้สูงอายุ, 1(2); 3-4.
- สุพัตรา แสงรุจี. (2555). *อาหารผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล. แผ่นพับ.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2553). *จิตวิทยาการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2541). *วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ*. กรุงเทพมหานคร :
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *สรุปสาระสำคัญ*
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564.
กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *รายงานการสำรวจประชากรไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
สถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2559). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2559*.
ม.ป.ท.

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง. (2559). รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2559. ม.ป.ท.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2559). รายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาลและข้อสั่งการของ นายกรัฐมนตรี. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2525). มติคณะรัฐมนตรี ปี 2525. กรุงเทพมหานคร: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2558). โครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย.
- องค์การบริหารส่วนตำบลคลองปูน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2560). โครงการพาผู้สูงอายุ ทัศนศึกษาไว้พระ 9 วัด ณ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ระยอง: องค์การบริหารส่วนตำบลคลองปูน.
- องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยม่วง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2560). โครงการ โรงเรียน ผู้สูงอายุ (ชราบาล) ตำบลห้วยม่วง อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยม่วง.
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2544). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.
- อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน, วาริน แนวกลาง, วีรยา ช้อยกระโทก, สมพิศ คำมณี, อรุณา เดชทุ่งคา, และ จรรยา สิมมา. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. ในรายงาน การประชุมมหาดใหญ่วิชาการการระดับชาติ ครั้งที่ 6. ณ มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ สงขลา, หน้า 1339-1349.
- อริสรา สุขวัจนี. (2553). การดำเนินงานปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาตำบลมหาพราหมณ์ อำเภอบางบาล จังหวัด พระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย.
- อิสราศักดิ์ สีหา. (2555). พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. ของผู้สูงอายุตำบลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- อุรุวรรณ วลัยพัชรา, ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และกัลยา กิจบุญชู. (2553). โภชนาการในผู้สูงอายุ. *รามาศิขิเวชสาร*, 14(1), 37-43.
- Bloom, Benjamin S.J. (ed). (1975). *Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1 : Cognitive Domain*. New York : David Mckay Pyschological Theory. *Health Education Monography*, 2 winter : 336-385
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York : Wiley & Sons.
- Green, L.W., Krueter , M.W. (2005). *Health Promotion Planning An Education and Ecological Approach*. (4th ed). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk : Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Heath promotion in nursing Practice* (4th ed). New Jersey : Prentice-Hall.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5ed). New Jersey : Upper Saddle River.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, 21 November 1986.
- WHO. (1994). *Life Skill Education for Childern and Adolescents in School*. London : Regional Office for South-East Asia.
- WHO. (1997). *Life Skill Education in School*. Geneva : World Health Organization.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossy*. Geneva : World Health Organization.
- WHO. (2007). "*WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*," retrieved on January 30, 2011: World Health Organization.
- UNESCO. (2001). *Life Skills in Non-Formal Education : A Review*. New Delhi : Indian National Commission for Co-operation with UNESCO.
- UNICEF. (2001). What is the Life Skills Approach ?. *Explore Ideas Articles, Opinions, and Research about Teaching and Learning*. Retrieved July 17, 2005, with UNICEF.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

ทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. บุคคลที่ดูแลเป็นประจำ

() 1. คู่สมรส () 2. บุตร () 3. ญาติ

() 4. เพื่อนบ้าน () 5. ไม่มีผู้ดูแล

4. โรคประจำตัว

() 1. โรคเบาหวาน () 2. โรคความดันโลหิตสูง () 3. โรคหัวใจ

() 4. โรคข้อและกล้ามเนื้อ () 5. โรคผิวหนัง () 6. โรคตา

() 7. โรคไต () 8. โรคเก๊าต์

() 9. โรคอื่นๆ ระบุ.....

5. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

6. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

7. รอบเอว.....นิ้ว

ส่วนที่ 2 ทักษะชีวิตผู้สูงอายุ

ทักษะชีวิต	เห็นตัวอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ทักษะชีวิตเชิงพุทธพิสัย					
1. ท่านต้องกินไข่วันละ 1 ฟอง เพราะทำให้ร่างกายแข็งแรง					
2. ท่านออกกำลังกายทุกวัน เพราะทำให้ร่างกายแข็งแรง					
3. ท่านไม่กินปาตองโก้ เพราะทำให้อ้วน					
4. ท่านกินน้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาล เพราะทำให้ไม่อ้วน					
5. ท่านไม่กินผักกาดทอง เพราะทำให้เป็นโรคไต					
ทักษะชีวิตเชิงจิตพิสัย					
6. ท่านต้องกินมะละกอสุก เพราะรู้สึกว่าจะท้องไม่ผูก					
7. ท่านต้องเดินแกว่งแขนเบาๆ ทุกวัน เพราะรู้สึกว่าจะทำให้ร่างกายแข็งแรง					
8. ท่านไม่กินผลไม้กระป๋อง เพราะรู้สึกว่าจะทำให้อ้วน					
9. เมื่อเกิดความเครียด ท่านต้องพูดคุยหรือเล่าให้คนที่ไว้ใจฟัง เพราะรู้สึกว่าจะทำให้สบายใจ					
10. ท่านดื่มนมทุกวัน วันละ 1 แก้ว เพราะดื่มาแล้วรู้สึกว่าจะทำให้ร่างกายแข็งแรง					
11. ท่านต้องกินปลาต้มหนึ่ง เพราะกินแล้วรู้สึกท้องไม่อืด					
12. ท่านไม่กินข้าวหลาม เพราะรู้สึกว่าจะทำให้อ้วน					
13. ท่านไม่กินกะหล่ำปลีดิบ เพราะกินแล้วรู้สึกว่าจะท้องอืด					
14. ท่านดื่มนมอุ่น ๆ ก่อนนอน เพราะรู้สึกว่าจะทำให้นอนหลับสบาย					
15. ท่านกินผักต้ม เพราะกินแล้วรู้สึกว่าจะท้องไม่ผูก					

ทักษะชีวิต	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ทักษะชีวิตเชิงทักษะพิสัย (ต่อ)					
16. ท่านกินไข่วันละ 1 ฟอง เพราะกินอยู่เป็นประจำ					
17. ท่านกินส้มเป็นประจำ เพราะช่วยในการขับถ่าย สะดวก					
18. ท่านดื่มน้ำผลไม้ที่ไม่เติมน้ำตาลเป็นประจำ เพราะลด น้ำตาล					
19. ท่านไม่กินกากหมู เพราะลดไขมัน					
20. ท่านกินข้าวทุกวันๆ ละไม่เกิน 2 ทัพพี เพื่อไม่ให้ อ้วน					
21. ท่านกินผลไม้เนื้อนุ่มย่อยง่าย เช่น กัวยาสุก เพื่อ ไม่ให้อ้วน					
22. ท่านไม่ดื่มสุราโดยเด็ดขาด เพื่อไม่ให้เป็นโรคตับ แข็ง					
23. ท่านไม่เอะอะโวยวาย เมื่อโกรธหรือไม่พอใจ เพื่อ ไม่ให้เครียด					
24. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูโทรทัศน์					
25. ท่านไม่ดื่มน้ำอัดลม เพื่อไม่ให้ท้องอืด และอ้วน					
26. ท่านไม่คิดเรื่องที่ผ่านมาแล้วในอดีต เพื่อไม่ให้ เครียดและฟุ้งซ่าน					
27. ท่านกินข้าวกล้อง เพื่อช่วยในการขับถ่าย					
28. ท่านไม่กินกล้วยบวชชี เพราะทำให้อ้วน					
29. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว เพื่อไม่ให้เป็นโรค นี้่ว					
30. ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำหวาน เพื่อไม่ให้อ้วน					

ส่วนที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ

ด้านการบริโภคอาหาร

1. ท่านรับประทานข้าวขาหมูหรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

2. ท่านรับประทานข้าวหลาม ข้าวเหนียวมะม่วง ขนมบัวลอย หรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

3. ท่านรับประทานข้าวซ้อมมือ ผัก และผลไม้ต่างๆ หรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

4. ท่านรับประทานผักนึ่งหรือต้มสุกหรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

5. ท่านดื่มน้ำกาแฟ หรือไม่

ดื่ม ไม่ดื่ม

ถ้าดื่ม ท่านดื่มน้ำกาแฟบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

6. ท่านดื่มเครื่องดื่มสุรา หรือไม่

ดื่ม ไม่ดื่ม

ถ้าดื่ม ท่านดื่มบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

7. ท่านรับประทานกากหมู หรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

8. ท่านรับประทานปลาช่อน หรือปลาทะเลหนึ่งหรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

9. ท่านรับประทานผลไม้ที่เนื้อนุ่มเคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กัวยสุก ส้ม หรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

10. ท่านรับประทานขนมปัง ก๋วยเตี๋ยวผัดไทย เผือก มัน หรือไม่

รับประทาน ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน ท่านรับประทานบ่อยครั้งเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

ด้านการออกกำลังกาย

11. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาหรือไม่

เล่น ไม่เล่น

ถ้าเล่น ท่านเล่นบ่อยเพียงใด

ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

12. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทุกวันๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 15 นาที หรือไม่
 ทำ ไม่ทำ
 ถ้าทำ ท่านทำบ่อยเพียงใด
 ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง
13. ขณะออกกำลังกาย หากท่านมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย ใจสั่น ท่านจะยังออกกำลังกายไปเรื่อยๆหรือไม่
 ออกกำลังกายต่อ หยุดออกกำลังกาย
 ถ้าออกกำลังกายต่อ ท่านทำบ่อยเพียงใด
 ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง
14. ท่านการออกกำลังกายพร้อมเพื่อน หรือคนในครอบครัว หรือไม่
 ใช่ ไม่ใช่
 ถ้าใช่ ท่านออกกำลังกายกับบุคคลดังกล่าวบ่อยเพียงใด
 ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง นานๆ ครั้ง
15. ท่านเดินเร็วเพื่อออกกำลังกาย ครั้งละ 20–30 นาที สัปดาห์ละ 3–4 วันหรือไม่
 ทำ ไม่ทำ
 ถ้าทำ ท่านทำบ่อยเพียงใด
 ทุกวัน เกือบทุกวัน หลายวันครั้ง หลายเดือนครั้ง

ด้านการจัดการกับความเครียด

16. เมื่อมีความเครียด ท่านผ่อนคลายด้วยการพักผ่อนนอนหลับ ดูโทรทัศน์หรือไม่
 ทำ ไม่ทำ
 ถ้าทำ ท่านทำบ่อยเพียงใด
 ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง นานๆ ครั้ง
17. เมื่อมีความเครียด ท่านออกไปพบปะเพื่อนบ้าน หรือพูดคุยกับคนที่รู้จักหรือไม่
 ทำ ไม่ทำ
 ถ้าทำ ทำบ่อยเพียงใด
 ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง นานๆ ครั้ง

18. เมื่อมีความเครียด ท่านไปวัดฟังเทศน์ ทำบุญหรือไม่

ทำ ไม่ทำ

ถ้าทำ ท่านทำบ่อยเพียงใด

ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง นานๆ ครั้ง

19. เมื่อมีความเครียด ท่านคลายเครียดด้วยการดื่มสุรา หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

ถ้าใช่ ท่านดื่มสุราบ่อยเพียงใด

ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง นานๆ ครั้ง

20. เมื่อท่านมีความเครียด วิตกกังวล ท่านพูดคุยให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฟังหรือไม่

ทำ ไม่ทำ

ถ้าทำ ท่านทำบ่อยเพียงใด

ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง นานๆ ครั้ง

ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.เขวาลักษณ์ โปษิตารา

ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2. อาจารย์ ดร.อุทัยวรรณ เจริญสุข

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

3. อาจารย์กัมปนาท ฉายชวงษ์

ตำแหน่ง วิทยาจารย์ชำนาญการ (ด้านการสอน)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ค

1. ผลตรวจความตรงเชิงเนื้อหา
2. ผลความยากง่ายและอำนาจจำแนก

ผลตรวจความยากง่ายและอำนาจจำแนก

ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

ข้อที่	ความยากง่าย	อำนาจจำแนก	แปลผล
ส่วนที่ 2 ทักษะชีวิต			
1.	.27	.792	ดี
2.	.23	.777	ดี
3.	.11	.785	ดี
4.	.47	.764	ดี
5.	.38	.770	ดี
6.	.23	.777	ดี
7.	.11	.782	ดี
8.	.57	.758	ดี
9.	.21	.777	ดี
10.	.43	.768	ดี
11.	.40	.769	ดี
12.	.64	.759	ดี
13.	.59	.760	ดี
14.	.44	.766	ดี
15.	.16	.781	ดี
16.	.31	.774	ดี
17.	.21	.779	ดี
18.	.16	.780	ดี
19.	.10	.782	ดี
20.	.28	.774	ดี
21.	.05	.782	ดี
22.	.27	.775	ดี
23.	.30	.774	ดี
24.	.13	.780	ดี

ข้อที่	ความยากง่าย	อำนาจจำแนก	แปลผล
ส่วนที่ 2 ทักษะชีวิต (ต่อ)			
25.	.23	.778	ดี
26.	.47	.764	ดี
27.	.32	.779	ดี
28.	.17	.779	ดี
29.	.30	.775	ดี
30.	.25	.777	ดี
ส่วนที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพ			
1.	.40	.678	ดี
2.	.32	.685	ดี
3.	.18	.699	ดี
4.	.28	.694	ดี
5.	.09	.703	ดี
6.	.44	.676	ดี
7.	.09	.704	ดี
8.	.10	.703	ดี
9.	.32	.694	ดี
10.	.22	.696	ดี
11.	.19	.699	ดี
12.	.35	.682	ดี
13.	.39	.677	ดี
14.	.67	.642	ดี
15.	.14	.701	ดี
16.	.17	.700	ดี
17.	.09	.705	ดี
18.	.33	.693	ดี
19.	.44	.675	ดี