



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกายูคละ อำเภอน้ำแก
จังหวัดนราธิวาส

นิภารัตน์ ศรีรักษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

พ.ศ. 2557



**The Effects of a Health Promotion Program on Health Behavior of
Elderly Club Members at Ban Namkow ,Tumbol Kayukra ,
Weang District , Narathiwat Province**

NIPARUT SRIRAK

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of
The Requirements for Master of Science
Field in Public Health
Graduate School
Yala Rajabhat University**

2014

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาบคูละ อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	The Effects of a Health Promotion Program on Health Behavior of Elderly Club Members at Ban Namkow ,Tumbol Kayukra , Weang District, Narathiwat Province
ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์	นิภารัตน์ ศรีรักษ์
สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ดร.อรรถพร สอนธิไชย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธาน

(ดร.พัฒนศักดิ์ คำณัติจันทร์)

กรรมการ

(ดร.อรรถพร สอนธิไชย)

กรรมการ

(ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช)

คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา อนุมัติให้
นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร

(รองศาสตราจารย์ ดร.อับดุลนาเซร์ ฮาบีสาเมะ)

วันที่ 84 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

“ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา”

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกายูคละ อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส
ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์	นิภารัตน์ ศรีรักษ์
ชื่อปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
ปีการศึกษา	2557

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

- | | |
|--------------------------|---------------|
| 1. ดร.อรรณพ สนั่นไชย | ประธานกรรมการ |
| 2. ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช | กรรมการ |

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกายูคละ อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค (A-I-C) การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ใช้วิธีการจับสลากชื่อจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรม สัปดาห์ที่ 1) กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) สัปดาห์ที่ 2) การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด การสาริตและฝึกปฏิบัติ และเสนอบุคคลต้นแบบ สัปดาห์ที่ 3) การติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 4) การประเมินผล เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test , Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับการรับรู้พลังอำนาจ และระดับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความรู้ การรับรู้พลังอำนาจและมี

พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนั้นควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพไปใช้กับพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ต่อไป

Abstract

Thesis title	The Effects of a Health Promotion Program on Health Behavior of Elderly Club Members at Ban Namkow ,Tumbol Kayukra , Weang District, Narathiwat Province
Researcher	Niparut Srirak
Degree Sought	Master of Science
Major	Public Health
Academic Year	2015

Thesis Advisors

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1. Aunnop Sontichai | Chairperson |
| 2. Chompunuch Supapvanich | Committee |

This quasi-experimental research aimed to evaluation of health promotion programs for Elderly club members at Ban Namkow Tumbol Kayukra ,Weang District ,Narathiwat Provice. The program designed by the researcher based applying technique (A-I-C). with the concept of Pender's Health Promoting Model and were modified to use Gibson in this study . A sample group was composed of elders 60 years old. The sample population were selected by using a random Assignment and divided into an experiment 2 groups, (28 persons) and a control group (28 persons).Experiment group received the health promotion program For 4 weeks ,incruding Week 1) Meetings constructively engaged (A-I-C). Week 2) Educating the health-promoting Nutrition , Exercise and Stress management. Demonstration and Workshop And offers people prototypes. Week 3) followed by a home visit. Week 4) evaluation activities to assess the promoting health for elders in the Elderly club. Statistics for analysis were, Chi-square , Fisher's exact test, Paired t-test, and Independent t-test.

Research of the program to promote health for elder found that the level of knowledge about health promotion was higher than pre-experimenting the level of perceiving power of elders in the experiment group after having received the program to promote health was

higher, and their behavior in promoting health was higher than pre-experimenting, and higher than the control group with statistical significance at a level $p < 0.01$

In conclusion modified the health promotion program for elders can help to increases the knowledge on health promotion in elders. Therefore the health promoting program may be used to applying in other areas or to other in promoting health for elders in other groups.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความอนุเคราะห์ ความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ดร.อรรณพ สนธิไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และ ดร.พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาแนะนำ ชัดเจน และตรวจสอบรายละเอียดตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน คุณสุคนธ์ สุวรรณบัณฑิต นักวิชาการโขนนาการเชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา คุณอารีย์ อ่องสว่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และคุณจรงฤทธิ์ สังข์ประสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตั้งแต่ต้นจนสำเร็จเรียบร้อยและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณนายแพทย์สรรพพงษ์ ฤทธิรักษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงและสาธารณสุขอำเภอเวียง ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ฝาด เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดีในการทำงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ และเพื่อนๆ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 2 ทุกคนที่ร่วมฟันฝ่าอุปสรรค เป็นกำลังใจและคอยให้ความช่วยเหลือในทุกด้านระหว่างที่ศึกษาร่วมกัน

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวศรีรักษ์และครอบครัวพันธุเสน ผู้สนับสนุนที่ดีเสมอ ให้กำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาตลอดมา

นิภารัตน์ ศรีรักษ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ซ
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	6
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา.....	6
3. ขอบเขตด้านตัวแปร.....	6
3.1 ตัวแปรต้น.....	6
3.2 ตัวแปรตาม.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
2. การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ.....	24
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	28
4. ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	39
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	40
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	45
7. แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ (Application of Health Promotion Model).....	51

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 (ต่อ)	
8. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC).....	57
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	66
สมมติฐานการวิจัย.....	70
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
1. ลักษณะเครื่องมือ.....	73
2. วิธีการสร้างเครื่องมือ.....	73
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
แผนปฏิบัติการวิจัย.....	86
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	113
อภิปรายผล.....	116
ข้อเสนอแนะ.....	121
1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	121
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	121
บรรณานุกรม.....	122

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	127
ภาคผนวก ก สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	128
ภาคผนวก ข ค่า IOC ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ง ค่าความเชื่อมั่น.....	218
ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์การวิจัย.....	220
ภาคผนวก ฉ รายชื่อหน่วยงานที่ให้การทดลองเครื่องมือ.....	226
ภาคผนวก ช รายชื่อหน่วยงานที่ทำการวิจัย.....	228
ภาคผนวก ซ รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	230
ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์.....	232

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงร้อยละของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจต่อนาทีในแต่ละอายุ.....	32
2 แบบแผนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	72
3 แผนปฏิบัติการวิจัย.....	86
4 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ....	88
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง.....	91
6 ระดับของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรม.....	95
7 ระดับของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรม.....	96
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง.....	97
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุม ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง.....	100
10 ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรม.....	102
11 ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรม.....	103
12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง.....	104
13 ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรม.....	108
14 ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรม.....	108
15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	109
16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	110

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุงของเพนเดอร์.....	57
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	69
3	แผนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ.....	84

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และสาธารณสุขไทยส่งผลให้ ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น อัตราการเกิดและอัตราการตายลดลงทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นหนึ่งเท่าตัว จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 4 ครั้งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4, 10.7 และ 12.2 ในปี 2545, 2550 และ 2554 ตามลำดับ ผลการสำรวจปี 2557 พบว่า สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ของประชากรทั้งหมด (ชายร้อยละ 13.8 และหญิงร้อยละ 16.1) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน เป็นชาย 4,514,812 และหญิง 5,499,887 คน การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทย ซึ่งส่งผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการที่นำไปสู่ความต้องการการส่งเสริมด้านสุขภาพมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ความสูงวัยนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง 4 ด้านใหญ่ๆ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมก็มีความสำคัญ ซึ่งผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้างก็ควรให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ด้วย ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มักมีปัญหากับโรคเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ และโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ (ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ชนตติ มลิ้นทางกูร , 2551 : 72)

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะเห็นได้จากการประกาศกฎบัตรออกดาวาที่ประเทศแคนาดา ปี ค.ศ. 1986 ได้บัญญัติว่า “ การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ” Health Promotion” หมายถึง “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการ ควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม” ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกและกำหนดการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2548 : 48) Pender (2006) ได้กล่าวไว้ว่า

บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปรับตัวและมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากมนุษย์มีความสามารถในการมีความรู้ด้วยตนเอง ควบคุมตนเอง การตัดสินใจ และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลได้โดยตรง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนี้ หมายถึงการมีพฤติกรรมใหม่ที่จะเป็นพลังและทักษะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือพฤติกรรมให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อยคือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ซึ่งมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพที่จะนำไปเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ จนกระทั่งบุคคลนั้นเกิดผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด และการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำ (Pender, 2006 ; อ้างถึงในกาญจนา รัตน์ ทองบุญ, 2548 : 14)

การเสริมสร้างพลังอำนาจหรือความรู้สึกมีพลังอำนาจของผู้สูงอายุนั้นจะช่วยให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิต เป็นต้น ก่อให้เกิดความสามัคคี การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถและเสริมสร้างอัตมโนทัศน์ในตนเอง ประจักษ์ในคุณค่าและพัฒนาศักยภาพของตนเอง กิบสัน ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ว่าเป็นกระบวนการ ที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการสนองตอบความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าการมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน จึงเป็นกระบวนการที่มาจากพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยเน้นให้บุคคลมีความตระหนักในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นตนเอง ให้มีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือลักษณะการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1993 อ้างถึงใน จิรชาติ ชมพู, 2550 : 31)

เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence and Control : A-I-C) จะช่วยให้สมาชิกชมรมเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานสร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชมรม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชมรมจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูง ดังนั้นกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาวิเคราะห์ พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนา(วิรัตน์ จำปาวาน, 2549: 38-39)

ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นส่วนน้อย เนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแล แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องมีการอยู่ตามลำพังก็ต้องดูแลสุขภาพของตนเองแต่อาจจะดูแลไม่ครบในทุกด้านในเรื่องของสุขภาพ บางครั้งคิดถึงแต่เรื่องการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแล เรื่องของจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลด้วย จึงทำให้ได้รับการดูแลไม่ครบทุกด้านแต่ก็มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มองเห็นเรื่องการดูแลตนเองในรอบด้านทั้งด้านร่างกายจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อที่จะให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและไม่เป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัว และสามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ขณะนี้สังคมไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และการที่ประเทศไทยมีอัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการที่อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้กล่าวคือผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีผู้สูงอายุที่ถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น (แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ, 2553 : 63)

จังหวัดนราธิวาส มีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – 2557 พบว่า มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 9.16, 12.22 และ 12.37 ตามลำดับ(กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2557) ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องช่วยเหลือตนเองในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เนื่องจาก คนวัยหนุ่มสาวต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัดและประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งบางครั้งครอบครัวก็จะไปเช่าเย็นกลับบางครั้งครอบครัวก็มีการย้ายไปอยู่ต่างอำเภอเพื่อสะดวกในการเดินทาง ทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพังหรืออาศัยอยู่กับลูกหลานกับเด็กซึ่งเป็นภาระให้กับผู้สูงอายุดูแล

อำเภอเวียง มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรมและยังคงสภาพความเป็นชนบทและอัตลักษณ์ของท้องถิ่น จากสถิติตามทะเบียนราษฎรในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.35, 12.20 และ 12.36 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูง และแสดงให้เห็นว่าอำเภอเวียงกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยและมีชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 11 แห่ง ได้จำแนกตามความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มช่วยตนเองได้ (ติดสังคม) ร้อยละ 95.49 กลุ่มช่วยตนเองได้บ้าง(ติดบ้าน) ร้อยละ 3.40 และกลุ่มช่วยตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) ร้อยละ 0.08 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียง, 2557)

ตำบลกาญจนาภิเษม มีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 – 2557 คิดเป็นร้อยละ 12.48, 12.64 และ 13.73 ตามลำดับของประชากรทั้งตำบล และข้อมูลผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว คิดเป็นร้อยละ 9.82, 10.60 และ 11.08 ตามลำดับ และมีชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว จำนวน 1 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียง, 2557) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันเป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1- 2 โรค แต่ควบคุมได้ และยังมีผู้สูงอายุบางส่วนอยู่เพียงลำพังคนในครอบครัวต้องไปทำงาน ไม่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุ เหงา ว้าเหว่ ไม่ร่าเริง และไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และมีปัญหาด้านสุขภาพ ผลจากบันทึกการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ปี 2557 พบว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 42.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

จากการสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว โดยการประชุมสนทนากลุ่ม คณะกรรมการของชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย น้อยมากเนื่องจาก มีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดหลัง ส่วนการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านยังไม่มี มีเฉพาะในระดับตำบล โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนในการทำกิจกรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปัญหาสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน สำหรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารรสเค็มและมัน สำหรับด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อยเนื่องจากต้องอยู่บ้านตามลำพัง บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน สำหรับความสัมพันธ์ในชุมชนนั้น จะมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นบางครั้ง และการสนับสนุนทางสังคม จะได้รับการสนับสนุนเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจและมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson,1993) ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) จะช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านต่างๆของผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้กลุ่มผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหามีความรู้สึที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พุฒยให้กำลังใจ และสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ บ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภอมะนัง จังหวัดนราธิวาส

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ทราบถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอมะนัง จังหวัดนราธิวาสครั้งนี้ นำไปส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ
2. เป็นแนวทางในการขยายผลการทำวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

การประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกยัคละ อำเภอบางแก้ว จังหวัดนราธิวาส มีขอบเขตการวิจัยแบ่งเป็น 3 ข้อดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว จำนวน 56 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และสุ่มเข้ากลุ่ม (Random Assignment) คือการจับสลากชื่อจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 28 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2558

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) กับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1 ตัวแปรต้น โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.2 ตัวแปรตาม

3.2.1 การรับรู้พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการตอบสนองความต้องการ และ ด้านการถ่ายทอดความรู้

3.2.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยความรู้ใน 3 ด้านคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

3.2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อดำรงรักษาการมีสุขภาพดี ให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 1) กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) 2) การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และเสนอบุคคลต้นแบบ 3) การติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน 4) การประเมินผล

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกายูคละ อำเภอเวียง จัหวัดนราธิวาส

การรับรู้พลังอำนาจการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งและร่วมกันคิดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพไปในทิศทางที่ถูกต้องและนำไปใช้ได้

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกายูคละ อำเภอเวียง จัหวัดนราธิวาสที่มีกิจกรรมร่วมกันและมีการช่วยเหลือดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน

ผู้สูงอายุติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันเป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1- 2 โรค แต่ควบคุมได้ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว-ผู้อื่น-สังคมได้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำหรือปฏิบัติด้วยตนเองจนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพ และการป้องกันโรค ทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในที่นี้จะหมายถึง 3 ด้าน เท่านั้น

1. การรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องในแต่ละวันและเหมาะสมกับวัย เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยที่อาหารนั้นต้องเป็นอาหารที่สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อนหรือเชื้อโรค เป็นอาหารที่เหมาะสมกับระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุ

2. การออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมที่ได้ใช้พลังงาน หรือการบริหารกล้ามเนื้อ อาจเป็นการประกอบอาชีพ เช่น การทำเกษตรกรรม เช่น การยัดเหยียดกล้ามเนื้อ เดิน การถีบจักรยาน การบริหารร่างกาย โดยใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายครั้งละ ประมาณ 30 นาที 3 – 5 วันต่อสัปดาห์

3. การจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันหรือเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะเศร้า โกรธ กลัว หรือกังวล อันเกิดจากวัยหรือเกิดจากความอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว หรือการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว โดยการพบปะ พูดคุยกับผู้อื่น หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ของชุมชน ตลอดจนการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา เช่น การทำงานอดิเรกต่าง ๆ เพื่อให้รู้สึกสบายทั้งร่างกายและจิตใจ

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) หมายถึง เทคนิคหรือกระบวนการประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจของสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการประชุมที่ระดมพลังสมองเพื่อวางแผนและแก้ไขปัญหา หาแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบใช้เป็นแนวทางการดำเนินไปตามจุดมุ่งหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสาระประกอบการวิจัยไว้ดังนี้

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายเกี่ยวกับสูงอายุ
2. การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
7. แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ (Application of Health Promotion Model)
8. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเทศไทยได้มีการบัญญัติคำว่าผู้สูงอายุขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุ จากวงการต่าง ๆ และเพื่อให้สอดคล้องกับการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly, On Aging) จึงกำหนดว่าผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และใช้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุข้าราชการด้วย ต่อมามีการให้ความหมายผู้สูงอายุตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้เสนอว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ(อ้างถึงในเพ็ญผกา กาญจนภาส, 2550 : 20)

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2554 : 5) กล่าวว่า วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปสภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่ว ว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียรลดลง ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก และนอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

สุรกุล เจนอบรม (2554 : 2) ได้ให้ความหมายของสูงอายุว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพ จึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2556 : 54) ได้ให้ความหมายของสูงอายุไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่สังคมได้กำหนดเกณฑ์อายุเมื่อมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Gerontologists) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ของความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ประเภทคือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การนับจำนวนอายุจริงตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นทั้งด้านสภาพ เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก เป็นต้น และกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้แนวความคิด ความจำการเรียนรู้เข้าใจปัญหาและลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคน เช่น เกิดความกลัวในการถูกทอดทิ้ง ความจำเสื่อม ใจน้อย เป็นต้น

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงานของราชการ สโมสร และอื่น ๆ เป็นต้น

บรรลุ ศิริพานิช (2555 : 24) ได้ให้ความหมายของสูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปฏิทินซึ่งเห็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล

เพ็ญผกา กาญจนภาส (2555 : 11) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับของความสูงอายุนอกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุดามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุดามวัยปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. การสูงอายุดามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุดามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำการเรียนรู้ เซวณปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุดามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์

เพ็ญผกา กาญจนภาส (2556 : 10) กล่าวว่าความสูงอายุนั้นหมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุนั้นหรือความชราภาพ จึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความประพฤติที่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง ดังนั้นความสูงอายุนั้นจึงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. ความสูงอายุนั้นแบบปฐมภูมิ (Primary aging) เป็นความสูงอายุนั้นที่ต้องเกิดขึ้นกับทุกคนเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่ออวัยวะต่างๆหรือเซลล์ต่างๆในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานานก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการทำงาน ซึ่งการเสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่างๆในร่างกายนี้จะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวย่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว สายตาขาว พละกำลังเริ่มถดถอยลง เป็นต้น
2. ความสูงอายุนั้นแบบทุติยภูมิ (Secondary aging) เป็นความสูงอายุนั้นที่มนุษย์เราสามารถหลีกเลี่ยงได้ ความสูงอายุนั้นลักษณะนี้มักจะเกิดจากความปล่อยปละละเลย ไม่หวั่งกังวล หรือไม่รักษาสุขภาพร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป การรับประทานอาหารมากเกินไป การที่ร่างกายมีโรคภัยมาเบียดเบียน เป็นต้น

ในการกำหนดพิจารณาอายุเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปแล้วอาจใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศไทยที่มีความเจริญทางการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปี แล้ว

ยังแข็งแรงและมีความสามารถในการทำงานได้ดี ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพการของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น อายุ 60 – 69 ปีในวัยนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพส่วนใหญ่ที่ช่วยเหลือตัวเองได้และเปี่ยมไปด้วยประสบการณ์ชีวิต สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมโดยเฉพาะการช่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นแนวคิดหรือนโยบาย สามารถทำงานในทางสร้างสรรค์ทางวิชาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุวัยอื่น ๆ โดยผ่านกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ หรือโครงการทางสังคม และมีข้อสังเกตในแนวโน้มว่าก่อนเข้าสู่วัยนี้ควรจัดให้มีกิจกรรมเตรียมตัวสำหรับการย่างเข้าสู่วัยสูงอายุและมีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ก่อนวัยอันควร

กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70 – 79 ปีผู้สูงอายุวัยนี้กว่าครึ่งของสภาพทางสุขภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้ กิจกรรมที่ควรส่งเสริมได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับด้านอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้วยการดูแลตนเองหรือมีผู้สูงอายุ หรือมีผู้สูงวัย เริ่มต้นและบุตรหลานดูแล

กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุวัยชรา อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปผู้สูงอายุวัยนี้ส่วนใหญ่จะต้องได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุวัยอื่น และบุตรหลานทั้งกายและจิตใจ

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า วัยผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ถ้านับตามสภาพเศรษฐกิจก็จะเป็นผู้ที่เกษียณอายุการทำงานแล้ว สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอยตามธรรมชาติที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ อันส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านเป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีกระบวนการสูงอายุในแต่ละด้านหรือรูปแบบแตกต่างกัน (เพ็ญผกา กาญจนโนภาส, 2556 : 10)

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

ปรากฏการณ์ที่เกิดกับการสูงอายุมีความซับซ้อน มีความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการด้านสรีระวิทยาและจิตใจในแต่ละคน จึงเป็นการยากที่จะอธิบายกระบวนการสูงอายุด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง มีผู้รวบรวมสรุปทฤษฎีต่างๆเกี่ยวกับสาเหตุของการสูงอายุ สรุปได้ดังนี้ (เพ็ญผกา กาญจนโนภาส 2556 : 15)

1.2.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการอยู่เสมอๆเป็นไปตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด เมื่อมีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

1.2.2 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุหรือความชราของสังขารโดยมีพันธุกรรมเป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1.2.2.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen cross-linkage) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการขัดเกาะกันแน่นไม่ยอมสลายตัวทำให้เส้นใยหดสั้นเข้า เนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดการย่อยและการขับถ่ายของเสียในร่างกาย อันเป็นสภาพเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2.2.2 ทฤษฎีว่าด้วยความเสื่อมถอย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความเครียดและการได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใด ๆ ก็ตามทำให้เกิดความเสื่อมสลายของร่างกาย ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุของบุคคลนั้นทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงจนกระทั่งถึงขั้นสุดท้ายของชีวิต

1.2.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเสื่อมทำลายของเซลล์ในร่างกายเป็นผลมาจากมีการสะสมของสารอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายและรั่วไหลของผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไปทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น

1.2.2.4 ทฤษฎีการทำลายตัวเอง (Autoimmune theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยเชื่อว่า ความชราเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี เกิดความเจ็บป่วยง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต พร้อม ๆ กันนั้น ร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเอง ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการต่อต้านตัวเองทำลายเซลล์ของร่างกาย

1.2.3 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญทางจิตวิทยา ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีอายุในจิตวิทยาในเรื่องเซวี่ปัญหา พบว่า ไม่อาจสรุปได้ว่าเซวี่ปัญหาจะเสื่อมลงตามวัย ส่วนในเรื่องความจำและการเรียนรู้ ได้มีการศึกษาในเรื่องความจำและการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ต้องควบคู่กันไป จากการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องใช้เวลานานกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้คือความเครียด อันเป็นผลมาจากระบบประสาทและสรีระวิทยาของบุคคล การสูญเสียความจำและความสามารถในการเข้าใจและแรงจูงใจ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจในการทำงานมากกว่าบุคคลในวัยอื่นเลย แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีเซลล์ประสาทในสมองตายเป็นจำนวนมาก แต่ขณะเดียวกันก็สะสมประสบการณ์ที่ดีในอดีต ได้รับการยอมรับดี มีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงก็จะส่งผลต่อวัยที่สูงขึ้นทำให้มีความรอบคอบสุขุมตามขึ้นด้วย (เพ็ญผกา กาญจนภาส 2556 : 15)

1.2.4 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคลสัมพันธ์ภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต ทฤษฎีนี้พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็วก็จะทำให้สภาพของผู้สูงอายุในสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวตามสภาพของสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้รู้สึกเหงาและว้าเหว่

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ทฤษฎีการสูงอายุเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุและกระบวนการสูงอายุของบุคคลซึ่งพอสรุปแยกย่อยเป็น 4 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ อธิบายถึงขั้นตอนพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดและจัดไว้แล้วตามลำดับ
2. ทฤษฎีทางชีววิทยา อธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายโดยมีพันธุกรรมเป็นพื้นฐาน
3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา อธิบายถึงกลไกการเจริญทางด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยแนะนำ ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (เพ็ญผกา กาญจนภาส 2556:16)

1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็น 3 ด้านกล่าวคือ (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 22)

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพ (Biological change) การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้นทุกระบบหน้าที่ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ เพื่อรักษาและควบคุมระดับปกติของสารต่าง ๆ ได้น้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่

1.3.1.1 ระบบเซลล์และเนื้อเยื่อเซลล์แต่ละเซลล์จะมีอายุขัยของมันแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิดเมื่อเซลล์เก่าตายจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเพื่อซ่อมแซมหรือทดแทนอวัยวะนั้น ๆ ยกเว้นการทำงานของเซลล์ประสาท อย่างไรก็ตามเมื่อจำนวนเซลล์ที่ตายมีมากและเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าอัตราการสร้างเซลล์ใหม่ กระบวนการเจริญเติบโตหรือการดำรงรักษาเนื้อเยื่อต่าง ๆ ก็จะเปลี่ยนแปลงไป ด้วยเหตุนี้จึงเชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เซลล์ต่าง ๆ จะเหี่ยวลงตาม

อายุของมันเองและการที่บุคคลย่างเข้าสู่วัยสูงอายุแตกต่างกันนั้นเกิดจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของบุคคลที่มีผลต่อการเร่งหรือชะลอความเสื่อมหรือการสิ้นสุดอายุขัยของเซลล์ เช่น อากาศ อาหาร ความเครียด เป็นต้น

1.3.1.2 ระบบประสาทสัมผัส ซึ่งได้แก่ ตา หู ประสาทรับรส กลิ่นและผิวหนัง มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ตา แก้วตาจะขุ่นมัวและขาดความยืดหยุ่น เมื่ออายุย่างเข้า 40 ปี การมองเห็นไม่ชัดเจนไขมันรอบดวงตาจะลดลง ทำให้ตาคลิบโป้ เปลือกตาบางและไม่ยืดหยุ่น การสูญเสียความตึงตัวของเปลือกตานี้มักจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี และเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ม่านตามีสีจางลง ขนาดของรูม่านตาลีกลงขณะที่อยู่ในแสงสว่างและที่มืด ทั้งนี้เนื่องจากปฏิกิริยาของรูม่านตาอ่อนกำลังลงตาขาดความโปร่งใสและมัน เยื่อพังผืดของตาขาวจะหดมีความหนาที่บวมและการทำงานในการปรับแสงเข้าลงจอภาพมีการห่อเหี่ยว ทำให้ลดความสามารถในการแยกสีและความสว่าง โดยเฉพาะระดับสีระหว่างสีเขียวกับสีน้ำเงิน นอกจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ ต้อกระจกและต้อหิน โดยสรุปจะพบว่า ผู้สูงอายุมียาตาเสื่อม มองเห็นความชัดของภาพลดลงตามระดับความเสื่อมของจอภาพ ซึ่งจะพบได้ทั้งในที่ที่มีแสงสว่างและที่สลัว

หู การได้ยินจะเสื่อมลงในผู้สูงอายุ เนื่องจากผนังเส้นโลหิตแดงในหูจะแข็งตัวและปลายประสาทในหูจะเสื่อมลงทำให้หูตึง ต้องพูดเสียงดัง ๆ จึงจะได้ยินถ้าเสียงต่ำ ๆ จะได้ยินชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง เวลาพูดกระซิบจะได้ยินกว่าเสียงพูดธรรมดา

ประสาทรับรสและรับกลิ่น ปริมาณปุ่มรับรสของลิ้นจะลดน้อยลง ทำให้ความสามารถต่าง ๆ ในการจําแนกรสลดลง ประสิทธิภาพของการได้กลิ่นลดลงเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากอาหาร ผิดกับที่เคยเป็นมาในหนุ่มสาว

ผิวหนังจะเหี่ยวแห้งและแห้ง เนื่องจากการสูญเสียไขมันอิมตัวใต้ผิวหนัง การเสียความยืดหยุ่นของผิวและการสูญเสียน้ำ ผิวหนังจะมีตุ่มแผลเกิดขึ้น เนื่องจากการมีปริมาณเมลาโนไซท์ลดลง แสงแดด ลม ความร้อนหนาวของอากาศ มีส่วนส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมากและเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผมจะร่วงทำให้ศีรษะล้านได้ สีของผมจะเปลี่ยนเป็นสีเทาและขาว บางทีอาจพบความผิดปกติของเล็บเท้าและบ่อยครั้งที่การเปลี่ยนแปลงด้านนี้ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุ (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 23)

1.3.1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ กระดูก กล้ามเนื้อ ข้อต่อ และเยื่อข้อต่อ และฟันมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

กระดูก ร่างกายจะเริ่มสูญเสียแคลเซียมโดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยพบว่า เมื่ออายุย่างเข้า 45 ปี ขึ้นไป ข้อต่อกระดูกสันหลังจะเกิดความเสื่อมสลายทำ

ให้ส่วนสูงเปลี่ยนไป คือ โครงร่างจะสั้นลง ไส้จุกมึน แคลเซียมละลายตัวจากกระดูกร่วมกับการขาดวิตามินดี เป็นผลให้เกิดรูพรุนตามแนวกระดูกยาว เกิดเป็นโรคกระดูกพรุนได้ง่าย แคลเซียมที่ละลายออกไปจะไปเกาะที่กระดูกอ่อนหรือเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อลดความยืดหยุ่น นอกจากนั้นในรายที่แคลเซียมไปเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครง จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกลดลง อาจทำให้การหายใจเป็นไปได้ไม่เต็มที่ การหายใจจึงต้องใช้กล้ามเนื้อกระบังลมมากขึ้น (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 23)

กล้ามเนื้อเรียบจะสามารถคงสภาพได้เหมือนปกติ ส่วนกล้ามเนื้อลายจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและสมรรถภาพ จะมีพังศืดเพิ่มมากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเริ่มลดลงเมื่อมีอายุ 30 ปี ขึ้นไป ปริมาณโปรตีนและเซลล์กล้ามเนื้อลดลงหลังจากอายุ 50 ปี ทำให้กล้ามเนื้อเหี่ยว (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 23)

ข้อต่อและเนื้อเยื่อยึดข้อต่อ เนื้อเยื่อยึดข้อต่อซึ่งเป็นพวกคอลลาเจนจะมีแคลเซียมมาเกาะทำให้ข้อแข็งเคลื่อนไหวลำบากได้ในคนชราถ้าเกิดบาดเจ็บจะหายช้าเนื่องจากมีเนื้อเยื่อคอลลาเจนมาอยู่ในบริเวณแผลช้าลง มีการเสื่อมสภาพและ विकฤตของข้อต่อ โดยเฉพาะข้อต่อที่รองรับน้ำหนัก (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 23)

ฟัน มักพบว่าการเปลี่ยนแปลง แต่ก็เป็นการยากที่จะกล่าวว่ามีผลมาจากความชราโดยตรงทั้งนี้เพราะอาจเกิดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น สุขภาพฟัน อุปนิสัยในการรับประทานอาหาร การซ่อมแซมรักษา เป็นต้น อย่างไรก็ตามเงื่อนไขจากฟันมักเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ฟันของผู้สูงอายุมักจะมีแคลเซียมยึดเกาะได้ง่าย และมีการซึมผ่านของเคลือบฟัน ทำให้ฟันเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ฟันจะผุมากขึ้น เนื่องจากปริมาณน้ำ ลายลดน้อยลงทำให้ไม่ได้ชะล้างไหลผ่านตามซอกฟัน เหงือกจะหดตัวเล็กน้อยทำให้ลักษณะการพุดรวมทั้งเสียงผิดไปจากเดิม (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 23)

1.3.1.4 ระบบประสาท ถึงแม้เซลล์ประสาทจะมีอายุได้นาน แต่เมื่อเกิดการเสื่อมสลายแล้วจะไม่มี การแทนที่ใหม่ อัตราการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทโดยเฉลี่ยมีประมาณ 0.8 % ต่อปี หลังอายุเลข 30 ปี ไปแล้ว การทำงานประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดมากในการเรียนรู้ทักษะใหม่ การเรียนรู้หรือทักษะที่มีมาแต่ดั้งเดิมจะยังคงไว้ได้ตลอดยกเว้นในกรณีที่อัตราการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทสูงมาก นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุมาก ได้แก่ มีความสับสนขาดสมาธิ หลงลืมง่าย และการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เป็นอาการแสดงของสมองเริ่มทรุดโทรมและความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นหนทางนำไปสู่โรคเรื้อรังในสมอง ลดความเป็นตัวของตัวเอง ช่วยตัวเองได้น้อยลงหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น

1.3.1.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการเพิ่มคอลลาเจนและไขมันซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หัวใจของผู้สูงอายุทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจก็เพียงพอสำหรับกิจกรรมประจำวันทั่วไป แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายหนักเกินไป มีความเครียดและการเจ็บป่วยก็อาจทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม

1.3.1.6 ระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหาร ความอยากอาหารลดลง เพราะประสาทรับกลิ่นและรับรสมีความสามารถรับสัมผัสน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฟันและเหงือกทำให้รับประทานอาหารได้ลำบาก ต้องเลือกลักษณะอาหารมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหาร มีการลดการกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติ การบีบตัวของทางเดินอาหารจะช้าลงตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ใหญ่ทำให้มีอาหารตกค้างอยู่ในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารเป็นเวลานานทำให้ผู้สูงอายุอึดอัดและกระเพาะอาหารเองก็มีการหลั่งกรดน้ำย่อยอาหารลดลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์การดูดซับแคลเซียมและเหล็กลดลง ผู้สูงอายุมักเป็นโรคขาดอาหารและซึมเศร้าได้ง่าย นอกจากนี้ลักษณะอาหารที่เพิ่มแก๊สหรือกระตุ้นการทำงานของลำไส้มากเกินไป ตลอดจนอาหารที่มีกากมากเกินไปหรือไม่มีกากเลยมีผลทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก ท้องเสีย ได้ง่าย เพราะประสิทธิภาพในการทำงานระบบย่อยอาหารลดลง (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 24)

1.3.1.7 ระบบการขับถ่ายของเสีย ในผู้สูงอายุกระเพาะปัสสาวะจะมีลักษณะเป็นรูปกรวย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อที่ช่วยยึดรวมทั้งความอ่อนแอของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ในลักษณะเช่นนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะถูกกระทบกระเทือนได้ง่ายทำให้ปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ ซึ่งเป็นผลร่วมจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขยายตัวได้ นอกจากนี้มักพบว่า ต่อมลูกหมากโตหรือมดลูกหย่อนเนื่องจากมีแรงดันเพิ่มในกระเพาะปัสสาวะ ส่วนใดพบว่า ไตจะเกิดการเหี่ยวลีบและการเสื่อมของหลอดไตและส่วนของไตที่ทำหน้าที่กรองในคนอายุ 70 ปี จำนวนโกลเมอรูลัสจะลดลงถึง 30 - 50 % เมื่อเทียบกับคนรุ่นหนุ่มสาวที่มีสุขภาพปกติทำให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียของไตลดลงและปริมาณยูเรียในเลือดเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นยังพบอาการท้องผูกที่มีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการออกกำลังกายเพียงพอ (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 24)

1.3.1.8 ระบบหายใจ พบว่า มีการเสื่อมของเซลล์ชนิดอีพิทิลีเยียมซึ่งปกคลุมผนังของทางผ่านอากาศหายใจและมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดกล้ามเนื้อเยื่อของระบบการหายใจร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผนังกล้ามเนื้อ

ทรวงอกมีความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้น เพราะกระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลงทำให้ความจุลดน้อยลงมีความรู้สึกเหมือนหายใจไม่เต็มปอด ไม่เพียงพอที่จะถ่ายเทปริมาณอากาศในปอดให้เต็มที่มีความรู้สึกเหมือนหายใจช้าลงทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอหรือน้อยมีการบวมไดออกไซด์คั่ง ดังนั้น จึงมักพบว่าผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ดิ้นเชื่องช้าและรุนแรงการป้องกันการติดเชื้อระบบนี้เสื่อมสภาพลง นอกจากนั้นภาวะหลังโก่งทำให้เพิ่มข้อจำกัดในการหายใจซึ่งพบได้ถึง 86% ของคนชราที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 24)

1.3.1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ การเสื่อมของระบบต่อมไร้ท่อมียผลอย่างมากต่อร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่อมไร้ท่อที่สำคัญ คือ ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ตับอ่อน ต่อมหมวกไต และต่อมเพศ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงคือต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะมีการงอกเกินและมีคอลลอยด์เพิ่มขึ้นทำให้มีการเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว การผลิตฮอร์โมนจึงลดลง ต่อมไทรอยด์ มีขนาดเล็กลงหลังมีอายุ 50 ปี ไปแล้ว ส่งผลให้การผลิตฮอร์โมนลดลง ซึ่งอาจจะเป็นผลให้เบื่ออาหาร ตาขุ่นมัวและผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษเนื่องจากส่วนประกอบของฮอร์โมนที่ผลิตจากต่อมไทรอยด์ลดลงตับอ่อน หลังอินซูลินน้อยลงน้ำตาลไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อย ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นเบาหวานอย่างอ่อน ๆ ได้หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย ต่อมหมวกไต พบพังผืดและวัตถุสีเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานการจับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง การหย่อนสภาพของต่อมหมวกไตเป็นภาวะแทรกซ้อนของต่อมไทรอยด์หย่อนสมรรถภาพ ต่อมเพศ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเพิ่มมากขึ้นในต่อมเพศและระบบการทำงานของเนื้อต่อมแท้ ๆ ในเพศหญิง รังไข่จะหยุดผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเมื่ออายุประมาณ 45-50 ปี ผลที่ตามมาคือมีการหย่อนของกล้ามเนื้อกระดูก ช่องคลอดและทรวงอก หมดประจำเดือนและความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่วนใหญ่จะลดลง สำหรับเพศชาย เชื่อว่าการทำงานของต่อมเพศก็จะมีการเสื่อมสลายเช่นกันแต่ไม่ถึงกับหยุดการทำงานไปเหมือนรังไข่ การหลังฮอร์โมนแอนโดรเจนลดลงอวัยวะเพศเหี่ยวและความรู้สึกทางเพศลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการยืนยันว่าการผลิตฮอร์โมนของเพศชายจะหมดเมื่อไร ดังนั้น จึงอาจพบความสนใจในเรื่องเพศของผู้สูงอายุชายได้ (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 25)

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมความเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่สถานะทางสังคมประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ความจำเขาวนปัญญา การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และความเจ็บเหงาเดียวดาย ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ความจำ ความจำเสื่อมถอยลงเป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุความจำต่อสิ่งใหม่ ๆ มีน้อย กระบวนการจำ มีเพียงระยะสั้น มักลืมเหตุการณ์ปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ง่าย แต่พบว่าจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยในผู้สูงอายุ

เชาวน์ปัญญา ความรวดเร็วของการใช้ความคิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่าๆกับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นหรือใช้วิจารณญาณได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยความสุขุม จากประสบการณ์และความรู้อันได้รับการสะสมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ส่วนความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ อาจลดลง แต่ความรู้สึกรักษาไว้และที่เกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่กระทั่งในบั้นปลายของชีวิต

การเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำ ซึ่งมักจะลดน้อยลงในวัยชราการรับรู้และการเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ในบริบทของชีวิตที่มีความซับซ้อนจะเรียนรู้ได้ยาก เช่นเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทางด้านสารสนเทศ และการขาดแรงจูงใจจะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ในระยะนี้ (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 24)

บุคลิกภาพ ลักษณะและรูปแบบที่เป็นมาแต่ดั้งเดิมของคุณลักษณะทางบุคลิกภาพจะยังคงไว้แต่ลักษณะเด่นเฉพาะและจะแสดงออกมาในวัยสูงอายุตามอิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจ

ภาวะเหงา เป็นภาวะที่แสดงถึงการขาดการสนองตอบได้ทางอารมณ์ จากการศึกษาพบว่าในวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 42 เป็นหม้าย ฉะนั้นวัยนี้จะต้องพบกับการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต คือการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งจะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ รวมทั้งเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันก็ได้ล้มหายตายจากไปบ้างแล้วที่เหลืออยู่ก็อาจจะขาดการติดต่อเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเดินทาง จึงต้องอยู่อย่างเหงาหงอยก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต มีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย สิ้นหวังและอาจเป็นสาเหตุทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายยิ่งอ่อนแอลงได้อีก

ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพทางจิตใจเกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย สะเทือนใจง่าย ด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้กลายเป็นคนหยาบคาย ใจน้อย ฉุนเฉียว โกรธง่าย และวุ่นวายในกิจการของผู้อื่นเป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้ (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 25)

ความรู้สึกกลัวตาย ความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นจึงมักจะต้องพบแพทย์บ่อย ๆ เพราะความกลัวตายนี้ทำให้ผู้สูงอายุหาโรคภัยไข้เจ็บใส่ตนเองจนบางครั้งถูกหลานอาชุน์เคื่องและร่ำคาญได้

ความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง (Helplessness and Hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลาน ให้แก่สังคม อาจกระทำตนให้เป็นประโยชน์ แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ ความรู้สึกหมดหวังทำให้เกิด ความรู้สึกโกรธตนเองอาจกลายเป็นภาวะเศร้าได้ในที่สุด (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 26)

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social change) สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีปฏิริยาโต้ตอบ มีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม ในผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม ในครอบครัวและในสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการทำ กิจกรรมช้าลง ความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีอย่างจำกัดเพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและผู้สูงวัยกว่าก็ขาดความมั่นใจในหลายด้าน เช่น ในเรื่องการสนทนา ทำให้ต่างหลีกเลี่ยงที่จะสนทนากันหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกัน สภาพเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุถอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องกับสังคมนอกจากนี้ การที่มีค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ ๆ ขาดความเข้าใจระหว่างกันมากขึ้น ระบบการเคารพผู้อาวุโสก็มีน้อยลง (ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม, 2553 : 26)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทางด้านสรีรภาพพบว่า ร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบทั้งระบบประสาทและต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงและอาจเกิดโรคได้ง่าย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น เกิดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่และสถานภาพทางสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง ทำให้การร่วมกิจกรรมหรือการทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย จึงอาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายด้านจิตใจและด้านสังคม จะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลง และการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต่างก็มีการเสื่อมถอยของร่างกาย อีกทั้งผู้สูงอายุมีสิ่งแวดล้อมทั้งมีชีวิตและไม่มีชีวิต และมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

และสังคมที่แตกต่างกันไปตลอดจนการมีพฤติกรรมที่จะดำรงและรักษาซึ่งภาวะสุขภาพมากนักน้อยแตกต่างกันด้วย

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ถือว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น การดูแลสุขภาพที่ดีของผู้สูงวัยทุกท่าน ปกป้องร่างกายคนเราจะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ตั้งแต่อายุ 30 ปี ขึ้นไป การเสื่อมลงของระบบในร่างกายนี้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลายชนิด อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางสมอง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น นอกจากภาวะทางด้านร่างกายแล้ว ทางด้านจิตใจก็มีผลต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักเกิดกับผู้ที่มิโรคเรื้อรังทางกาย ทำให้ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรืออาจเกิดจากการที่ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 67)

โรคทางสมอง พบมากในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคอ้วนโรคหัวใจ เครียด ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมอง และการเสื่อมของเซลล์สมองส่วนใหญ่จะพบในคนอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป โดยโรคสมองที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อม และโรคอัมพฤกษ์อัมพาต หรือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 67)

โรคเกาต์ มักพบในชายสูงอายุมากกว่าหญิง ทำให้เกิดอาการปวดตามข้อชนิดหนึ่ง เกิดจากมีการครดยูริกสะสมในร่างกายจำนวนมากโดยเฉพาะตามข้อ ซึ่งคนแต่ละวัยมีระดับกรดยูริกในเลือดที่แตกต่างกันเช่น ผู้หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนจะมีระดับกรดในเลือดสูงกว่าคนในวัยอื่นๆ หรือการกินอาหารที่มีสารพิวรีนสูง เช่น เนื้อเป็ด เนื้อไก่ เครื่องในสัตว์ ถั่วต่างๆ ก็เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดกรดยูริกในร่างกายมากเกินไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 67)

โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน ก่อให้เกิดอาการต่างๆ เช่น ปัสสาวะและกระหายน้ำบ่อย ดื่มน้ำในปริมาณมากต่อครั้ง อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดโดยไม่มีสาเหตุ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ตาพร่ามัวหรือตาบอด ไตเสื่อม ขาดตามปลายมือปลายเท้าและอาจติดเชื้อได้ง่าย (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 67)

โรคความดันโลหิตสูง คนปกติจะมีความดันโลหิต 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท หากมีค่าความดันมากกว่านี้จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคนี้ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดง แต่บางครั้งจะมีการใจสั่น ปวดศีรษะ หน้ามืด ตาพร่า ถ้าไม่รักษาตั้งแต่เบื้องต้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น อัมพฤกษ์ ตาบอด ไตวาย หัวใจวาย เป็นต้น โรคระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ชายสูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการต่อมลูกหมากโต จนกดท่อปัสสาวะทำให้ปัสสาวะลำบาก

ปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะกลางคืน ปัสสาวะออกไม่หมดทำให้เหลือบางส่วนไว้ในกระเพาะปัสสาวะ อันเป็นสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ ในผู้หญิงสูงอายุมักจะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจเกิดจากระบบประสาท สุขภาพจิต กระเพาะหรือทางเดินปัสสาวะผิดปกติ เช่นเกิดอาการอุดตัน การติดเชื้อ หูรูดไม่ดี (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 68)

โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก พบมากในชายสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สาเหตุมาจากภาวะความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนเพศชาย ทำให้เซลล์มะเร็งของต่อมลูกหมากมีการเจริญเติบโตมากขึ้น การทานอาหารที่มีไขมันสูง รวมถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เป็นต้น โดยในระยะเริ่มแรกของมะเร็งต่อมลูกหมากมักไม่แสดงอาการใดๆ แต่เมื่อมะเร็งเริ่มลุกลามมากขึ้นอาจทำให้เกิดอาการปัสสาวะที่ผิดปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามร่างกายและกระดูก (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 68)

โรคตา ที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากคือ โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคต้อกระจก โรคต้อหิน และน้ำวุ้นตาเสื่อม ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุและมีอาการที่แตกต่างกัน แต่สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคตาเกิดจากความเสื่อมเนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้การมองเห็นลดลง ดังนั้น เมื่อเกิดอาการผิดปกติควรรีบพบจักษุแพทย์ทันทีเพื่อวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 68)

โรคไต ในช่วงแรกมักไม่แสดงอาการ แต่เมื่อไตเริ่มเสื่อมมากขึ้นจะทำหน้าที่ลดลง เกิดการกั่งของของเสียมากขึ้น ความผิดปกติและอาการจะแสดงมากขึ้น เช่น อ่อนเพลีย บวม เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูงถ้าเป็นมากใกล้เป็นไตวายเรื้อรังจะเพิ่มอาการซีด คันตามตัว เบื่ออาหาร อันจะนำไปสู่การล้างไต ฟอกเลือด และเปลี่ยนไตในที่สุด (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 68)

โรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคนี้ มาจากหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ พบมากในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ อ้วนลงพุง ขาดการออกกำลังกาย หรือคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจยิ่งทำให้โอกาสเป็นโรคสูงขึ้น อาการที่สำคัญคือ เจ็บแน่นหน้าอกระหว่างราวันม ลึนปี่ คล้ายมีอะไรมากดทับ หายใจไม่สะดวก อาจร้าวไปที่คอ กราม แขนซ้ายด้านใน และมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น เย็นศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ใจสั่น ดังนั้นเมื่อเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุด เกล็ดลบล้างและสุขภาพเบื้องต้นเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ

- ควบคุมโภชนาการให้เหมาะสมกับร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง รสเค็มจัด และอาหารรสหวาน

- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ดื่มน้ำมากๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

- ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
ครั้งละ 30 นาที

- ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับมาตรฐาน ไม่ให้อ้วนเกินไป
- ทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด พักผ่อนอย่างเพียงพอ
- หมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย เมื่อเกิดอาการผิดปกติควรรีบ

ปรึกษาแพทย์

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การซื้อยากินเอง การใช้ยาเก่าเพื่อรักษาอาการใหม่ หรือรับยาจากผู้อื่นมาใช้

- ควรพบแพทย์สม่ำเสมอ เพื่อรับคำปรึกษาในการปฏิบัติตัว และการใช้ยาอย่างถูกต้อง

- ตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ ทุก 6-12 เดือน (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 69)

1.4 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยหนุ่มสาวมีส่วนน้อยลง ทั้งที่ยังมีหน้าที่การงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าววนอกจากกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อถึงชุมชนและสังคมในภาพรวมที่ต้องให้การดูแลและให้สวัสดิการผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาล การให้สวัสดิการต่าง ๆ อีกมากมาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2554 : 5) ได้เน้นถึงความต้องการของผู้สูงอายุ โดยยึดแนวคิดของ Clark พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในสิ่งต่อไปนี้

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

2. การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์จากการสำรวจผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงที่ดำเนินการ จะให้ภาพผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งจะนำเข้ากระบวนการจำแนกกลุ่มเพื่อการจัดบริการที่ตรงเป้าหมายของกลุ่มแต่ละกลุ่ม (แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ 2553 : 60)

2.1 เกณฑ์และคุณลักษณะที่ใช้ในการจัดกลุ่ม

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการโดย รพ.สต. นั้น ใช้เกณฑ์ที่บูรณาการคุณลักษณะด้านสุขภาพและด้านสังคมร่วมกัน เพื่อการจัดบริการอย่างบูรณาการครอบคลุม เป็นองค์รวมที่สะท้อนทั้งสุขภาพและศักยภาพที่มีอยู่ของผู้สูงอายุ โดยไม่ถูกกีดกันจากความสูงอายุความเจ็บป่วยและความไม่สามารถ และในขณะเดียวกันยังนำสู่แนวทางการจัดบริการที่สอดคล้องกับสมรรถนะและต้นทุนที่มีอยู่ด้วยทั้งนี้ต้องการเพียงการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน มีการนำใช้แนวเดียวกัน และมีเป้าหมายการให้บริการร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อการคงความสามารถในการทำหน้าที่และเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นเองคุณลักษณะด้านสุขภาพที่ใช้ในการจำแนกกลุ่ม เน้นที่ ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่สำคัญ โรคและการเจ็บป่วย(disease & illness) อันเป็นสิ่งกำหนดภาวะสุขภาพตามหลักวิชาการที่สำคัญ ส่วนคุณลักษณะทางสังคม ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ คือ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการประสบปัญหา ทุกข์ยาก เดือดร้อน ในด้านครอบครัว/สังคม เช่น ขาดผู้ดูแล (ถูกทอดทิ้ง) ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ทั้งที่อาจเกิดเป็นครั้งคราวหรือระยะยาว ด้านเศรษฐกิจ เช่น ขาดเงิน ด้านสิทธิ/กฎหมาย และ ด้านความเป็นอยู่/สภาพแวดล้อม (แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ 2553 : 60)

การใช้แม่บทหลักนี้นอกจากจะทำให้เกิดความชัดเจน และต่อเนื่องนำไปสู่เป้าหมายของการบริการแล้ว ยังเป็นการบูรณาการการจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีหลากหลายแบบไว้ให้รวมเป็นหนึ่งเดียว โดยยังคงลักษณะเฉพาะของแต่ละงานบริการต้องการไว้ อันจะทำให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ไม่ยุ่งยาก และเป็นแนวทางในการเชื่อมโยงต่อเนื่องงานร่วมกัน

2.2 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยแม่บทหลัก

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นเกณฑ์ในการจัดแบ่ง จากแม่บทหลักผู้สูงอายุจะถูกจัดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ดีดสังคม) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่ปรากฏในแม่บทหลักนี้ มีความสอดคล้องเข้าได้การจัดแบ่งกลุ่มคนตามโรคที่เป็นนโยบายงานบริการสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการอยู่แล้วในปัจจุบันเพียงแค่เพิ่มมิติความสูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุเข้าไปด้วยกับโรคเท่านั้น ดังนั้น แม่บท

หลัก นี้จะช่วยให้ รพ.สต. ตระหนักในความสูงอายุก่อร่วมกับโรค และให้บริการได้เหมาะสมกับผู้สูงอายุซึ่งย่อมแตกต่างกับบุคคลวัยอื่น

แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม โดยรพ.สต. นั้น ในเบื้องต้นต้องเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและต้องตระหนักในเป้าหมายของการบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มด้วย จึงจะสามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) แสดงไว้ใน ซึ่งนอกจากจะระบุลักษณะที่ใช้ในการพิจารณาจัดกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ยังบ่งบอกเป้าหมายการบริการที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มไว้ เพื่อให้เป็นจุดมุ่งของการให้บริการเป้าหมายของการบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยภาพรวมนั้น อยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ(prevent disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระมากที่สุด(enhance independence) แต่ด้วยความที่ผู้สูงอายุแต่ละคนแต่ละกลุ่มมีลักษณะทางสุขภาพและสังคมที่ต่างกัน ดังนั้นบริการที่ รพ.สต. จัดให้จึงย่อมมีจุดเน้นที่เป็นเฉพาะของแต่ละกลุ่มการบริการให้กับผู้สูงอายุนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมความเป็นองค์รวม และเป็นบริการที่บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน (แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ 2553 : 60) ดังนั้นการจัดบริการด้านสุขภาพ จึงต้องพิจารณามิติความสามารถในการทำหน้าที่และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome)ร่วมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยเสมอและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มนั้นจะต้องครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การป้องกันภาวะทุพพลภาพ การรักษา และฟื้นฟูสภาพ เพียงแต่จุดเน้นของการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะมีความต่างกัน ได้แก่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมดี เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันทั้งโรคและภาวะทุพพลภาพ ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอยู่ในสถานะเสี่ยง และเน้นการดูแล รักษาฟื้นฟูสภาพ และชะลอหรือลดทอนภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพและพิการส่วนบริการด้านสังคมนั้น รพ.สต. มีภารกิจในการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุและภารกิจประสานการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมอื่นๆ กับองค์กรท้องถิ่น และภาคที่เกี่ยวข้องทั้งชุมชน ภาครัฐและเอกชนสำหรับคุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและเป้าหมายในการดูแลของแต่ละกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

ก) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (well elder)

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน(activity of daily living : ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง(instrumental activity of daily living: IADL) ได้ เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรค แต่ควบคุมได้

ในด้านสังคม กลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว-ผู้อื่น-สังคมได้ อาจมีปัญหา/ทุกข์ยาก/เดือดร้อนด้วยหรือไม่ก็ได้

เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด (แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ 2553 : 61)

ข) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder)

เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนมีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร หรือกลุ่มที่แม้จะรับประทานอาหารได้เองแต่อาจทำหกเลอะเทอะ/โตะเปื้อนได้ การขับถ่ายผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องสุขาช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidity/multimorbidity) โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบาก ในการเคลื่อนที่ (instability & impair mobility) ทางด้านจิตใจ เช่นมีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา-การคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้เนื่องจากติดภาระทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะช่วยเสริมสุขภาพ

และเสริมศักยภาพชุมชนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยากเดือดร้อน การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสังคมด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การดำรงการมีสุขภาพที่ดีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพแต่เริ่มต้น และป้องกันการเกิดโรค(ใหม่) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการมีส่วนร่วมในสังคมหรือใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างสรรค์สังคม (แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ 2553 : 62)

ก) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder)

ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงนี้ ข้อมูลจากพื้นที่ศึกษา ยังมีกลุ่มย่อยเป็น กลุ่มติดเตียง (bed bound elder) และกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder-end of life) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะห่อหมก/เปราะบาง

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายและ/หรือในกิจวัตรพื้นฐานประจำวันเช่น การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งได้ หรือแม้แต่ขยับตัวไม่ได้ในท่านอน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหารผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีภาวะกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้และผู้สูงอายุอาจได้รับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (จมูก กระเพาะอาหาร หรือลำไส้) การขับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา หรือต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidity/multimorbid) ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะห่อหมก/เปราะบาง ที่มีผลต่อความต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมด้วยตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องพึ่งพา ครอบครัว-ผู้อื่น-สังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้ดูแล จะช่วยเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสริมศักยภาพของ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยากเดือดร้อนด้วย ที่อาจมีผลต่อความต้องการการดูแลช่วยเหลือและปัญหาทางจิตใจ ซึ่งมักจะเป็นปัญหาด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน เช่น การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ถูกทอดทิ้งอยู่ลำพัง หรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม การเข้าไม่ถึงสิทธิหรือบริการที่พึงได้รับปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ เป็นต้น ซึ่งปัญหาทางสังคมในด้านนี้จำเป็นอย่างยั้งที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัธยาศัย โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวชุมชน สังคม ตามความต้องการ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ 2553 : 63-64)

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพของมนุษย์นั้นจะต้องพิจารณาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพราะสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับทุกชีวิตเพื่อการดำรงอยู่อย่างปกติ หากพิจารณาในแง่ของสุขภาพจิตก็คือการทำให้ชีวิตมีความสุข มีความพอใจ ความสมหวัง ทั้งของตนเองและของผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่องค์การอนามัยโลกให้ไว้ ดังนี้ สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ สุขภาพดี มิได้มีความหมายเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

นักจิตวิทยา ได้เสนอแนวคิดของการมีสุขภาพดีว่า ย่อมมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม ที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการมีสุขภาพดี สุขภาพจิตดีและปราศจากโรคของบุคคล ทำให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บรรลุ ศิริพานิช, 2555 : 42)

3.2 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2554 : 13) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมทั่วไปแต่เน้นเกี่ยวกับสุขภาพ และจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค หรือภาวะไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม ตัวเชื้อโรค และปัจจัยอื่นๆ

ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม (2555 : 79) ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำใดใดของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ธรรมา ควณเฑาะและหิรัญญา เชนอุคค (2554 : 56) ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ กิจกรรมทุกชนิดของบุคคลที่ทำตามปกติและสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันโรคได้

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพได้ 2 ประเภท คือ

3.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะ คือ

3.2.1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพ ให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3.2.1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ แบ่งเป็น

3.2.1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น

3.2.1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค

3.2.1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาด

3.2.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

3.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีผู้กล่าวไว้หลายท่าน ดังนี้

เพ็ญภา กาญจนภาส (2552 : 19) แนะนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่

2. จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น

3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัด หรือเย็นจัดป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน

4. มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง

5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

6. พักผ่อนเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ

7. หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ โยคะ และการออกกำลังกาย เป็นต้น

8. มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิชอบต่อการดูแลตนเองและมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง

9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย หรือซื้อยากินเอง

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2552 : 23) ได้กล่าวถึงหลัก 4 ประการเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพการกิน ประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุและส่วนสูงของผู้สูงอายุ

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจสิ่งแวดล้อม และท่านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแต่ละคนไปว่า 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุต้องนอนกลางวันบ้างจะช่วยให้กระปรี้กระเปร่าและร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น นอกจากจะหมายถึงการรู้จักรักษาสุขภาพที่ดีแล้ว ยังหมายถึงการรู้จักออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ศึกษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักลดความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสังคม มีการใช้เหตุผลเข้าใจการยอมรับทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับสังคมมากเกินไปถ้าไม่เป็นไปตามที่หวังแล้วจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขเลย

เพ็ญนภา กาญจนภาส (2554 : 23) ได้นำเสนอปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้ชีวิตยืนยาวและมีสมรรถภาพด้านหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ ประการที่สอง คือพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาว มีดังนี้

1. การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นเวลา 30 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2. อาหาร โดยรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ รวมทั้งผลไม้และผักสด ข้าวที่อยู่ในสภาพธรรมชาติและเส้นใยต่างๆ พร้อมทั้งโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว
3. การนอน ควรมีการนอนอย่างเพียงพอ คั่นละ 7-8 ชั่วโมง
4. มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต รื่นเริง สนุกสนาน หัวเราะบ่อย
5. ไม่อยู่เฉยๆ ทำงานให้เป็นประโยชน์
6. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่างๆ
7. มีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นไปตามต้องการ
8. มีการเรียนรู้และหาประสบการณ์กับสิ่งใหม่ๆ
9. ได้รับการดูแลสม่ำเสมอจากแพทย์
10. มีความภูมิใจในตนเอง ภูมิใจในความสำเร็จ เอาใจใส่ชีวิต มีอารมณ์ไม่ฉุนเฉียว มีความเชื่อและยึดมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ เช่น ศาสนา

จากแนวคิดสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมที่นอกจากจะเป็นการปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ แล้ว ยังเป็นการปฏิบัติเพื่อลดภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายกลับมาอยู่ในสภาวะที่สมดุลโดยเร็ว

3.4 การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนเรามากขึ้น อีกทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างมากมาย ทำให้เราใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง ประกอบกับการทำงานที่ต้องเร่งรีบในแต่ละวัน ทำให้บุคคลมองข้ามการออกกำลังกาย อีกทั้งอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ การจราจรที่ติดขัด มลภาวะเป็นพิษ การไม่มีเวลาและสถานที่ในการออกกำลังกายหรือพักผ่อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา คือ การเสื่อมสภาพของร่างกายความเครียดก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต จากการศึกษาเกี่ยวกับสรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งที่ปกติและเจ็บป่วย เพื่อหาแนวทางที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งที่จะช่วยสร้างเสริมให้สุขภาพมีความคงทนกับการใช้ชีวิตประจำวัน มีความต้านทานโรคนอนหลับได้ง่าย ท้องไม่ผูก ไม่อ้วน ลดความเครียด ช่วยพัฒนาสุขภาพจิตให้ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

3.4.1 ขั้นตอนในการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อสามารถหดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การอบอุ่นร่างกายใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ได้แก่ การเหยียด การสลับแข้งสลับขา แกว่งแขน การวิ่งเหยาะๆ

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายอย่างจริงจัง เป็นการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้ไขมันในร่างกายโดยใช้ออกซิเจนในอากาศด้วยการหายใจเข้าไป เพื่อให้ร่างกายเกิดพลังงานระดับหนึ่ง ในขณะที่ออกกำลังกายการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงใดจึงจะเกิดประโยชน์แก่ร่างกาย ขึ้นอยู่กับอายุของบุคคลนั้นคำนวณจากสูตรของ American College of Sport Medicine คือการใช้ 220 ลบด้วยอายุของบุคคลนั้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมคือ ประมาณร้อยละ 65-80 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจต่อนาทีในแต่ละอายุ (ปี)

อายุ	อัตราการเต้นสูงสุดต่อ นาที	ร้อยละ 65 ต่อนาที	ร้อยละ 70 ต่อนาที	ร้อยละ 75 ต่อนาที	ร้อยละ 80 ต่อนาที
20	200	130	140	150	160
30	190	123	130	142	152
40	180	117	126	135	144
50	170	110	119	127	136
55	165	107	116	124	132
60	160	104	112	120	128
65	155	101	109	116	124
70	150	98	105	112	120

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, การออกกำลังกายทั่วไป และเฉพาะโรคผู้สูงอายุ (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย, 2557)

ขั้นตอนที่ 3 การผ่อนให้เย็นลง เมื่อได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมตามขั้นตอนที่ 2 แล้ว ควรจะค่อย ๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายโดยทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่ค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ

3.4.2 หลักการออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

3.4.2.1 ถ้าไม่เคยออกกำลังกายควรศึกษาหลักการให้ถูกต้องและค่อย ๆ ทำอย่าหักโหมถ้ามีโรคประจำตัว ต้องปรึกษาแพทย์ก่อน

3.4.2.2 เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและอุปนิสัย

3.4.2.3 อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาแพ้เอาชนะแต่ควรออกกำลังกายของตนเอง

3.4.2.4 ระวังอุบัติเหตุ

3.4.2.5 ให้ทำโดยสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

3.4.2.6 เมื่อเกิดอาการผิดปกติอย่างใด ควรปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะถ้ามีอาการหน้ามืดหรือใจสั่นผิดปกติ ควรชะลอการออกกำลังกายลงและหยุด

3.4.2.7 ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย จะช่วยให้สนุกสนานยิ่งขึ้น (กรมการแพทย์, 2557)

3.4.3 ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

3.4.3.1 การเดิน เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความพิการของเท้าและข้อ) ต้องเดินให้เร็วเพื่อให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม มีการแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกบ้างตามสมควรขณะเดิน ควรเดินในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และปลอดภัย ควรเดินในตอนเช้าและมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนานยิ่งขึ้น

3.4.3.2 การวิ่งช้าๆ ผู้สูงอายุถ้าสามารถวิ่งได้ ก็ไม่มีข้อห้ามที่จะให้วิ่ง แต่จะต้องมีข้อเท้าที่ดีเพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ช้อมากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้ และควรมีรองเท้าที่เหมาะสม ข้อปฏิบัติต่าง ๆ เช่นเดียวกับการเดิน

3.4.3.3 การบริหารท่าต่างๆ มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ควระบริหารให้เกิดผลถึงระดับหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

3.4.3.4 การรำมวยจีน หลักการของการรำมวยจีนคือ การเคลื่อนไหวช้า ๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิด้วย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ต้องมีครูผู้ฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

3.4.3.5 โยคะเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะต้องมีครูผู้ฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะได้ประโยชน์สูง

3.4.4 ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย พอสรุปได้ดังนี้

3.4.4.1 ช่วยชะลอความชรา ในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้ดูเป็นหนุ่มเป็นสาวกระฉับกระเฉง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายลดลงและประสิทธิภาพในการทำงานเกิดช้ากว่าที่ควรเป็น ช่วยยืดอายุให้ยืนนาน

3.4.4.2 การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ดี ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

3.4.4.3 ลดน้ำหนักควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างสมส่วน

3.4.4.4 ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส

3.4.4.5 ลดความเสี่ยงการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์, 2557)

3.5 การรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

กรมอนามัย คู่มือธงโภชนาการ (2551 : 121) อาหารนับว่ามีความสำคัญยิ่งในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายทำให้แข็งแรง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างถูกหลักโภชนาการ คือการรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สามารถรักษาน้ำหนักให้อยู่ได้ในเกณฑ์เฉลี่ย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควรมีเป้าหมายและถูกต้องตามหลักโภชนาการ คือ อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่

หมู่ที่ 1 อาหารจำพวกนม ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อวัว เป็ด ไก่ ถั่วต่าง ๆ ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วแดง อาหารหมู่นี้ประกอบด้วยสารอาหารหลักคือ โปรตีนซึ่งเป็นส่วนของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ น้ำย่อยและเลือด ช่วยในการสร้างและรักษากล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อที่แข็งแรงสมบูรณ์และสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยในการเจริญเติบโตของเด็ก สำหรับผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานปลา เพราะปลาส่วนใหญ่มีไขมันต่ำ และ

ย่อยง่าย เนื้อสัตว์อื่นต้องเลือกที่ไม่ติดมัน สับละเอียดหรือต้มเปื่อย ไข่ รับประทานได้ 3-4 ฟองต่อสัปดาห์ ถ้ามีปัญหาไขมันในเลือดสูง ให้เลือกรับประทานเฉพาะไข่ขาว

หมู่ที่ 2 อาหารจำพวก ข้าวแป้ง น้ำตาล ได้แก่ ข้าวชนิดต่าง ๆ ถั่วเขียว ขนมหิน เผือก มันประกอบด้วยสารอาหารหลักคือ คาร์โบไฮเดรต มีความสำคัญต่อร่างกาย คือ ให้พลังงาน ทำให้สามารถเดิน วิ่ง ทำงานต่าง ๆ ได้ในเด็กจะช่วยให้การเจริญเติบโต ร่างกายสะสมอาหารจำพวกนี้ได้้น้อยมาก ถ้ารับประทานเกินความต้องการก็จะเปลี่ยนไปสะสมในสภาพของไขมันทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ผู้สูงอายุควรลดปริมาณการรับประทานอาหารหมู่ี้เพราะความต้องการกำลังงานในผู้สูงอายุลดลง เช่น ข้าว เคยรับประทาน 3 ถ้วย ลดเหลือ 2 ถ้วยต่อมื้อ ถ้าไม่ลดปริมาณลงจะทำให้เป็นโรคอ้วนและทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้

หมู่ที่ 3 อาหารจำพวกไขมัน ได้มาจากพืชหรือสัตว์ก็ได้ ที่มาจากพืช ได้แก่ น้ำมันพืชเช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หรืออยู่ในเมล็ดพืช ได้แก่ ถั่วลิสง งา หรืออยู่ในรูปกะทิ ที่ได้จากสัตว์ ได้แก่ น้ำมันหมู หรือไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ อาหารหมู่ี้ประกอบด้วยสารอาหารหลักคือ ไขมัน ความสำคัญต่อร่างกายคือ ช่วยให้ร่างกายเกิดความอบอุ่น ให้พลังงานเช่นเดียวกับ คาร์โบไฮเดรต แต่เป็นพลังงานที่ร่างกายสะสมไว้ด้วย สามารถนำออกมาใช้ในเวลาจำเป็น เช่น เมื่อมีอาการอดอาหาร คนที่รับประทานไขมันมากเกินไปเกินความต้องการ ร่างกายจะเก็บสะสมไว้ตามท้อง สะโพก แขน ขา ทำให้เกิดความอ้วน เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน และทำให้ท้องอืดเฟ้อ เพราะย่อยยาก ในเด็ก ไขมันช่วยในการเจริญเติบโต สำหรับผู้สูงอายุ ควรใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยงน้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว (กรมอนามัย คู่มือธงโภชนาการ, 2551 : 122)

หมู่ที่ 4 อาหารจำพวกผัก ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักบุ้ง ตะลึง คื่นห้าน้ำ ถั่วฝักยาวและผักที่มีสีเหลืองและแดง ได้แก่ มะเขือเทศ พริกทอง แครอท ซึ่งนอกจากจะทำให้อาหารมีสีสวยชวนรับประทานแล้ว ยังประกอบด้วยเกลือแร่ วิตามิน ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีใยอาหาร และน้ำช่วยทำให้ท้องไม่ผูกและไม่อ้วน

หมู่ที่ 5 อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่าง ๆ เช่น กล้วย ส้ม ฝรั่ง มะละกอ ซึ่งให้สารอาหารที่สำคัญเช่นเดียวกับผัก คือ เกลือแร่ วิตามิน ใยอาหารและน้ำ ผู้สูงอายุรับประทานได้ทุกชนิด ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า ผลไม้ที่มีทุกฤดูกาลและเหมาะแก่การบริโภคสำหรับทุกวัย ได้แก่ กล้วย ส้ม ฝรั่ง และมะละกอ น้ำสะอาด ไม่ได้จัดเป็นอาหารแต่เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อร่างกายเช่นเดียวกัน น้ำช่วยให้ผิวพรรณผ่องใส กระเพาะอาหารย่อยอาหารได้ดีขึ้น ท้องไม่ผูก จึงควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

เนื่องจากอาหารต่างหมู่กัน มีองค์ประกอบหลักไม่เหมือนกัน อาหารเพียงหมู่เดียวจึงไม่สามารถเป็นแหล่งของสารอาหารทุกชนิดในปริมาณที่ร่างกายต้องการได้ จึงต้องบริโภคอาหารทั้ง 5 หมู่ รวมทั้งน้ำ สะอาดด้วย ทุกมื้อ ทุกวัน (กรมอนามัย คู่มือธงโภชนาการ, 2551 : 122)

3.6 หลักสำคัญในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

3.6.1 อาหารควรมีปริมาณและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจัดให้ครบทั้ง 5 หมู่ ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานลง คือ ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมัน ควรเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีใยอาหาร เพื่อให้ระบบขับถ่ายดี

3.6.2 แบ่งอาหารออกเป็น 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมื้อสายและมื้อบ่าย ให้มื้อกลางวันเป็นอาหารหลักเพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารเพราะจะทำให้ท้องอืด ถ้าจะมีการบริโภคก็ควรบริโภคปริมาณที่น้อย ๆ ก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มให้เคยชิน เช่นนมสด ถั่วต่าง ๆ

3.6.3 ดัดแปลงอาหารให้เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก จัดแต่งอาหารให้ดูน่ารับประทานและจัดเสิร์ฟอาหารในขณะร้อนจะช่วยกระตุ้นให้อยากอาหาร

จากแนวคิดสรุปได้ว่า อาหารสำหรับผู้สูงอายุนั้นนอกจากจะต้องเหมาะสมทั้งชนิดของอาหารและปริมาณของอาหารที่ได้รับแล้ว ผู้จัดอาหารต้องคำนึงถึงรสชาติของอาหารด้วย ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารน้อยกว่าวัยอื่น ดังนั้นถ้ารสชาติไม่อร่อยถูกใจของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ปริมาณอาหารและจำนวนอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับจะไม่เหมือนในวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีโรคประจำตัว อาหารของผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงอาหารเฉพาะโรคด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยและมีคุณค่าทางโภชนาการสูงจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและชะลอการเกิดพยาธิสภาพของร่างกายในผู้สูงอายุ (กรมอนามัย คู่มือธงโภชนาการ, 2551 : 123)

3.7 การจัดการความเครียด

บรรลุ ศิริพานิช (2547 : 68) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากเกินไปเพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยากซับซ้อนของชีวิต เช่น การสอบไล่ การถูกสอบสวนการจากไปของคนรัก การแต่งงาน การเดินทางไปต่างประเทศ การแข่งขัน การเผชิญกับสภาวะการณ์อันยุ่งยาก หรือภาวะฝืนใจต่าง ๆ สถานการณ์ดังกล่าวนี้เป็นทั้งทางบวกและทางลบที่ทำให้คนเราเครียดได้

การจัดการความเครียด หรือบางคนใช้คำว่า การรับมือกับความเครียด เป็นพฤติกรรม หรือการกระทำที่ใช้ในการเรียนรู้พุทธิภาวะ (Cognitive activity) ที่นำมาใช้จัดการกับความเครียด และไม่ว่าแต่ละคนจะรับมือกับความเครียดอย่างไรก็ล้วนแต่มีผลกระทบต่อพวกเขา ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม การจัดการความเครียดเป็นกลยุทธการปรับตัว ผู้คนจะใช้กลวิธีรับมือและจัดการกับความเครียดเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่รุนแรงที่พวกเขาไม่สามารถอยู่เหนือพฤติกรรมหรือผลอันเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 68)

กลวิธีจัดการความเครียด

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากเกินไปเพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยากซับซ้อนของชีวิต เช่น การสอบไล่ การถูกสอบสวนการจากไปของคนรัก การแต่งงาน การเดินทางไปต่างประเทศ การแข่งขัน การเผชิญกับสภาวะการณ์อันยุ่งยาก หรือภาวะฝืนใจต่าง ๆ สถานการณ์ดังกล่าวนี้เป็นทั้งทางบวกและทางลบที่ทำให้คนเราเครียดได้ (สุรกุล เจนอบรม, 2554 : 85)

การจัดการความเครียด หรือบางคนใช้คำว่า การรับมือกับความเครียด เป็นพฤติกรรม หรือการกระทำที่ใช้ในการเรียนรู้พุทธิภาวะ (Cognitive activity) ที่นำมาใช้จัดการกับความเครียด และไม่ว่าแต่ละคนจะรับมือกับความเครียดอย่างไรก็ล้วนแต่มีผลกระทบต่อพวกเขา ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม การจัดการความเครียดเป็นกลยุทธการปรับตัว ผู้คนจะใช้กลวิธีรับมือและจัดการกับความเครียดเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่รุนแรงที่พวกเขาไม่สามารถอยู่เหนือพฤติกรรมหรือผลอันเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น(สุรกุล เจนอบรม, 2554 : 85)

ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม (2555 : 43) ให้คำนิยามของคำว่า กลวิธีในการรับมือกับความเครียดหรือการจัดการความเครียดว่า เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อจะจัดการกับความต้องการจากภายในหรือภายนอกร่างกาย กลวิธีในการจัดการความเครียดเป็นกระบวนการที่ใช้จัดการกับปัญหาและปรับการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อปัญหานั้น

สุรกุล เจนอบรม (2554 : 85) ให้ความหมายของคำว่า กลไกจัดการกับความเครียดว่า เป็นความพยายามในการจัดการกับความยากลำบากต่าง ๆ โดยการใช้ความสามารถภายในตัวและการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมจากคนรอบข้าง เพื่อเอาชนะอุปสรรคนั้น ทั้งนี้ไม่จำเป็นที่การเผชิญปัญหานั้นจะต้องประสบความสำเร็จ

1. การพัฒนาทักษะในการบริหารตนเองโดยการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้ต้องให้สอดคล้องกับความสามารถ เวลาที่มีอยู่

2. ปรับปรุงการบริหารอารมณ์ของตนเอง โดยการมีสติรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองเสมอ รู้จักสังเกต ทำความเข้าใจกับสถานการณ์และสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ในทางที่เหมาะสม รู้จักระงับอารมณ์

3. การพัฒนาทักษะในการบริหารความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างจะช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ได้

4. ปรับปรุงวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

4.1 การแก้ปัญหาคนเดียว ทำได้โดย

4.1.1 ระบุปัญหาที่ชัดเจน

4.1.2 รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

4.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้

4.1.4 หาทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหานั้น ๆ

4.1.5 ประเมินทางเลือกและแก้ปัญหานั้น

4.1.6 วางแผนปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา

4.1.7 นำแผนไปปฏิบัติ

4.1.8 พิจารณาผลที่เกิดขึ้น

4.2 การแก้ปัญหาเป็นกลุ่ม โดยการระดมกำลังสมองจากหลายฝ่าย

4.2.1 เริ่มด้วยการให้บุคคลบางคนแสดงความคิดเห็นออกมาก่อน จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งบันทึกความคิดเห็นของแต่ละคนเพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้รับ

4.2.2 เมื่อได้รับความคิดที่หลากหลาย ให้กลุ่มช่วยกันประเมินความคิดเห็น พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละชนิด

5. พัฒนาความอดทนของร่างกายด้วยการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ไม่เสี่ยงกับการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

6. การมองโลกในแง่ดี อันเป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนได้ด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดีกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม การรู้จักให้ต่อตนเองและผู้อื่น มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา

7. การฝึกทำสมาธิ เป็นการทำให้จิตใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทำให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย

จากแนวคิดสรุปได้ว่า ความเครียดในผู้สูงอายุมักเกิดจากความอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดการมีลูกหลานล้อมหน้าล้อมหลังอย่างแต่ก่อน ซึ่งเป็น

ผลมาจากการอพยพย้ายถิ่นและการเปลี่ยนแปลงลักษณะของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะโดยทางกาย ทางใจ และทางสังคม วัฒนธรรมตะวันตกที่ทำให้เด็กวัยรุ่นขาดกิริยามารยาทอ่อนน้อมต่อผู้ใหญ่ ก็เป็นเหตุผลทำให้ผู้ใหญ่รู้สึกน้อยใจ ด้อยคุณค่า และรู้สึกกระทบกระเทือนทางใจ ประกอบกับวัยที่ต้องเกษียณอายุจากงานจึงทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีประโยชน์กับใคร ยิ่งในรายที่ขาดเงิน ขาดทุนสำรอง ในขณะที่สภาพร่างกายทรุดโทรม เจ็บปวด ๆ แดง ๆ ก็ยังมีความเครียดสูงมากขึ้น ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุรู้จักใช้วิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4. ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช, (2547 : 72) ให้คำจำกัดความว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การแสดงออกของสิ่งที่มีชีวิตในลักษณะต่าง ๆ ตามสถานการณ์ สภาวะแวดล้อมและสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งเร้าแล้วแต่กรณี สำหรับพฤติกรรมของคนสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

4.1 พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่มีความพร้อมที่จะแสดงออกมาให้ปรากฏได้ เช่น สัญชาตญาณ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจความเชื่อ เจตคติที่อยู่ภายในตัวของบุคคลต่าง ๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 72)

4.2 พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาให้มองเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การกระทำ การปฏิบัติ การไม่กระทำ ไม่ปฏิบัติ รวมทั้งการพูด การเขียนที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ และท่าทีในเรื่องใดเรื่องหนึ่งด้วยพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ หรือแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ พฤติกรรมสุขภาพมีทั้งพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพที่ต้องการ และพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพที่ไม่ต้องการ โดยทั่วไปแล้วสามารถจำแนกพฤติกรรมออกได้เป็น 4 ลักษณะคือลักษณะแรก ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยที่บุคคลมีการกระทำ หรือการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นคุณ หรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวหรือของชุมชนลักษณะที่สอง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยที่บุคคลงดเว้นการกระทำ หรือการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นโทษ หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวหรือของชุมชนลักษณะที่สาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการ โดยที่บุคคลมีการกระทำหรือปฏิบัติในสิ่งที่เป็นโทษ หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวหรือของชุมชนลักษณะที่สี่ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการ โดยที่บุคคลละเลยหรือไม่นำพา ต่อการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว หรือของชุมชนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ประการนี้ มีการแสดงออกได้ใน 3 สภาพด้วยกันคือการ

แสดงออกในรูปของความเข้าใจ การแสดงออกในรูปของความเชื่อ เจตคติ และค่านิยม การแสดงออกในรูปของการกระทำ (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 72)

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถจำแนกออกได้ในลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำของผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว ชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำของผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวที่เจ็บป่วยขึ้นมา ในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ หรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด
4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของผู้สูงอายุตามคำแนะนำของแพทย์หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย
5. พฤติกรรมมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน และปัญหาของส่วนรวม
6. พฤติกรรมดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัว ในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรค และในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามระดับหรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ เป็นเป้าหมายของการทำงานสาธารณสุขในปัจจุบัน (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 72)

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึง หรือใกล้เคียงกัน เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ การจัดการกับความเครียด สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 3 ด้านคือ ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ด้านโภชนาการ (Nutrition) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ดังนี้

5.1 ด้านการออกกำลังกาย (Exercise)

การออกกำลังกาย หมายถึง การที่ร่างกายมีการหดยืดกล้ามเนื้อของร่างกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 73) ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีดังนี้

5.1.1 ช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและอดทนยิ่งขึ้น กล้ามเนื้อที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะแข็งแรงยิ่งขึ้น

5.1.2 การทรงตัวดีขึ้น รูปร่างดีขึ้น ผู้ออกกำลังกายอยู่เสมอทำให้ร่างกายมีความ กระฉับกระเฉง ว่องไว ทรงตัวดี

5.1.3 ชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆของร่างกาย การออกกำลังกาย นอกจากทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้วยังซ่อมแซมส่วนสึกหรอได้ด้วย เช่น กระดูกในผู้สูงอายุจะมีสารแคลเซียม ลดลง ทำให้เนื้อกระดูกบางลงซึ่งในผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้กระดูกมีความหนา และแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม

5.1.4 การออกกำลังกายทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายทำหน้าที่ดีขึ้น เช่น ขนาด ของกล้ามเนื้อหัวใจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างหนาและหดตัวแรงขึ้น จึงทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น การออกกำลังกายทำให้ทรวงอกขยายใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการหายใจมีความแข็งแรงโดยเฉพาะกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายทำให้การเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น ช่วยให้การย่อย การดูดซึมสารอาหารดีขึ้น

5.1.5 ทำให้นอนหลับดีขึ้น จะสังเกตเห็นว่าในผู้ที่นอนหลับยากหรือนอนไม่ค่อยหลับ เมื่อมีการออกกำลังกายจะหลับสนิทมากขึ้นโดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ

5.1.6 มีส่วนช่วยในการรักษาโรคบางชนิดได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันใน เลือดสูง สามารถลดระดับไขมันและน้ำตาลลงได้จากการออกกำลังกาย การปวดตามข้อต่างๆก็จะทุเลาลงได้

5.1.7 ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ในขณะที่ออกกำลังกายในขนาดที่เหมาะสม ร่างกายจะ ขับเอ็นโดर्फิน (Endorphines) ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุมีหลายชนิดที่สามารถเลือกทำได้ โดยมีหลัก ทั่วไป คือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 – 30 นาที มีการหดยืดกล้ามเนื้อของร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เร็วหรือช้า แรงหรือค่อยเป็นไป ตามชนิดและวิธีของการออกกำลังกายชนิดนั้น ๆ ชนิดของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินเหมาะสำหรับผู้เริ่มออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่แข็งแรง หรือระยะพักฟื้น ควรเริ่มเดินช้าๆ

ระยะ ทางสั้น ๆ และเพิ่มความรวดเร็ว ระยะทางและเวลาเพิ่มขึ้นในภายหลัง การบริหารร่างกาย เช่น รำมวยไทย รำมวยจีน โยคะ การบริหารแบบมือเปล่า การทำกายบริหารด้วยอุปกรณ์ การทำงาน บ้าน และการทำสวน การทำงานอดิเรกต่างๆ (บรรลु ศิริพานิช, 2547 : 74)

ขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (warm up) ก่อนที่จะออกกำลังกายควรมีการอบอุ่นร่างกายก่อน ถ้าออกกำลังกายโดยการวิ่งก็ไม ควรวิ่งทันทีแต่ควรมีการอบอุ่นร่างกายก่อน เช่น การแกว่งแขน สะบัดแข้งสะบัดขา วิ่งเหยาะๆอยู่ กับที่ช้าๆระยะหนึ่งก่อนจึงออกวิ่งออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนออกกำลังกายอย่างจริงจัง การออกกำลังกายจะมีประโยชน์เมื่อมีการออกกำลังกายที่เพียงพอ ทำให้ร่างกายเกิด การเผาไหม้อาหารในร่างกาย การที่กล้ามเนื้อของร่างกายหดและยืดพร้อมกับข้อต่างๆของร่างกาย ในขณะที่ออกกำลังกายจำเป็นต้องใช้พลังงานจากอาหารเมื่อมีการเผาไหม้ต้องใช้ออกซิเจนซึ่งได้จาก การหายใจเข้าโดยปอด การส่งออกซิเจนออกจากหัวใจผ่านทางเลือด การออกกำลังกายที่มากขึ้นก็ จะทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้นและหายใจเร็วขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจและปอดทำงาน มากขึ้นเรียกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) การออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจ เต้นที่เหมาะสมขึ้นกับอายุของบุคคลด้วย หากคิดจากสูตรของ American College of Sports Medicine มีวิธีคิดดังนี้ อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุเป็นปีของบุคคลนั้น ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมคือ 65 – 80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (บรรลु ศิริพานิช, 2547 : 74) การออกกำลังกายที่ดีไม่ใช่ออกกำลังกายจนหัวใจเต้นตามที่คำนวณได้เท่านั้นต้อง สังเกตตัวเองด้วยถ้ารู้สึกเหนื่อยมากเกินไปแสดงว่าหนักเกินไปถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยเลยแสดงว่าน้อยเกินไป

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการผ่อนให้เย็นลง (Cool down) เมื่อออกกำลังกายได้ตามที่กำหนดแล้ว ต้องค่อยๆผ่อนการออกกำลังกายลงทีละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายโดยทันทีเพื่อให้เลือดที่คงอยู่ตามกล้ามเนื้อได้กลับสู่หัวใจ เช่น ถ้าออก กำลังกายโดยการวิ่ง เมื่อวิ่งได้ตามที่กำหนดแล้ว ก็ค่อยๆลดความเร็วของการวิ่งลงโดยวิ่งช้า เดิน เร็ว เดินช้าลงตามลำดับ

หากผู้สูงอายุออกกำลังกายแล้วมีอาการต่อไปนี้ ควรหยุดออกกำลังกาย คือเหนื่อยมาก เจ็บบริเวณหัวใจหรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย หายใจไม่เต็มอึด เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้ ตามัว เหงื่อออกมาก มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตบริเวณ แขน ขา หน้า พูดไม่ชัด ชัก กระตุก รู้สึก เหมือนหายใจไม่ทันและหัวใจเต้นแรง แม้ว่าจะหยุดพักแล้วประมาณ 10 นาที ก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมี อาการผิดปกติดังกล่าวต้องหยุดออกกำลังกาย และปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันที นอกจากนี้ ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลียหรือมีไข้ไม่ควรออกกำลังกาย หรือ

ถ้ามีโรค ประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายควรอยู่ในการดูแลแนะนำของแพทย์ ด้วย (บรรลु ศิริพานิช, 2547 : 75)

5.2 ด้านโภชนาการ (Nutrition)

อาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ในการที่จะป้องกันไม่ให้ร่างกาย เปลี่ยนแปลงถอยลงเร็วเกินไป การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและปริมาณเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีอายุยืนยาวอีกด้วย ความ ต้องการอาหารในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นผลจากกระบวนการชราหรือ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ได้แก่ การลดลงของมวลร่างกายและโปรตีน การลด ลงของปริมาณน้ำ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนไขมัน และการสูญเสียมวลกระดูก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอและระมัดระวังการได้รับสารอาหารมากเกินไปจนเกิด ภาวะอ้วน อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย (บรรลु ศิริพานิช, 2547 : 75)

5.2.1 โปรตีน อาหารหมู่นี้จำเป็นต่อร่างกายผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ มีการสลายตัวมาก ร่างกายต้องการอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อสัตว์ควร ทำให้สะดวกต่อการเคี้ยว โดยสับให้ละเอียดหรือดัมให้เปื่อย อาหารปลาจะเหมาะสมมากสำหรับผู้ สูงอายุ แต่ควรนำก้างออกให้หมด นมสด เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรดื่มประมาณวันละ 1 แก้ว ซึ่ง นอกจากจะได้รับโปรตีนแล้วยังได้สารแคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินดี อีกด้วย สำหรับไข่ผู้สูง อายุควรรับประทานสัปดาห์ละไม่เกิน 3 ฟอง ถ้าผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดสูง ควรเลือกไข่ ไข่ขาว ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

5.2.2 คาร์โบไฮเดรต ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นจะ มีความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลง ซึ่งอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนได้แก่ ข้าวซ้อมมือ เผือก มัน ข้าวโพด ลูกเดือย อาหารเหล่านี้ช่วยให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสดีขึ้น และลดอัตราการเกิดท้องผูก ผู้สูงอายุ ควรรับประทานในปริมาณพอเหมาะ เช่น ข้าวมี้อละ 1 จาน (ประมาณ 2 ทัพพี) ไม่ควร รับประทานมากเกินไป เพราะอาหารหมู่นี้ทำให้อ้วนได้ และยังทำให้น้ำตาลในเลือดสูงด้วย

5.2.3 ไขมัน ช่วยให้พลังงานแก่ร่างกายและช่วยในการดูดซึมวิตามินบางชนิด แม้จะ มีความสำคัญแต่ไม่ควรรับประทานมากเพราะจะทำให้อ้วนและเส้นโลหิตแข็ง เป็นต้นเหตุ ของโรค ความดันโลหิตสูง หัวใจ สมอขนาดเล็ก อัมพาต เป็นต้น นอกจากนี้อาหารไขมันยังทำให้มี อาการท้องอืดท้องเฟ้อหลังอาหารได้ หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์และน้ำมันมะพร้าว ลดอาหาร ชนิดทอด ผัด ไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ไข่แดง เนย นม อาหารที่ปรุงด้วย กะทิ ปรุงอาหาร

โดยการต้ม นึ่ง ลวก อบ แทน น้ำมันพืชที่ดีในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น ผู้สูงอายุควรรับประทานน้ำมันพืชวันละไม่เกิน 5 ช้อน ชาม

5.2.4 วิตามิน ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินใกล้เคียงกับหนุ่มสาว โดยวิตามิน ส่วนใหญ่อยู่ในผักสด ผลไม้ โดยผักเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุเลือกรับประทานได้ค่อนข้างมาก เพราะ ผักเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามิน และแร่ธาตุ ที่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันโรคต่าง ๆ นอกจากนี้ อาหารประเภทผักยังทำให้ไม่อ้วนอีกด้วย ควรจะรับประทานผักทุกวัน ทั้งแบบต้มสุก และแบบดิบ ๆ สำหรับผลไม้ เป็นอาหารที่มีวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ มากมาย และยังมีรสหวานหอม มี ปริมาณของน้ำอยู่มาก ทำให้ร่างกายสดชื่นเมื่อได้รับประทานผลไม้ได้ทุกชนิด ยกเว้นผู้ที่อ้วนมาก หรือเป็นโรคเบาหวาน ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน เป็นต้น

5.2.5 เกลือแร่ ผู้สูงอายุมีความต้องการเกลือแร่เท่ากับผู้ใหญ่ แคลเซียมเป็นเกลือแร่ ที่สำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลดลงของมวลกระดูกเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ป้องกันปัญหากระดูกบาง และเปราะ ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัมต่อวัน อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียวเข้ม เป็นต้น การขาดธาตุเหล็กพบได้มากในผู้สูงอายุเป็น สาเหตุทำให้โลหิตจาง ดังนั้นอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงได้แก่ ด้วง เนื้อสัตว์ เป็นต้น

5.2.6 น้ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม หรือไม่ควรน้อยกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (ประมาณวันละ 6 – 8 แก้ว) เพราะน้ำช่วยให้ระบบขับถ่ายคล่องตัว ท้องไม่ผูก และควรดื่มน้ำผลไม้บ้างระหว่างมื้อ อาหาร เช่นน้ำส้มคั้น น้ำมะนาว เป็นต้น ไม่ควรดื่มน้ำชา กาแฟ แอลกอฮอล์และน้ำอัดลม

การรับประทานอาหารในวัยสูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงนั้น ผู้สูงอายุควรจะต้องรับประทานอาหารให้ครบถ้วนทุกหมู่ ตามปริมาณที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้ความอยากอาหารลดลงนั้น การจัดเตรียมอาหารที่มีคุณค่า และมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการ โดยจัดให้อยู่ในรูปแบบที่สวยงามมีรสชาติน่ารับประทาน เป็นอาหารย่อยง่าย และการลดปริมาณอาหารในแต่ละครั้งลง เพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากขึ้น หมุนเวียนชนิดอาหารที่รับประทานเพื่อไม่ให้ซ้ำซาก จำเจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารเพียงพอมีผลส่งเสริมสุขภาพอนามัยได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 76)

5.3 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

เป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลพยายามระงับ แบ่งเบา หรือขจัดภาวะเครียด ซึ่งอาจจะ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือแอบแฝงก็ได้ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นความพยายามที่

จะเผชิญกับ ภาวะที่มาคุกคามต่อชีวิต กลวิธีเผชิญภาวะเครียดเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่บุคคลใช้เมื่อเผชิญกับสิ่ง ที่คุกคามต่อความมีสุขภาพดี เกิดขึ้นภายในบุคคล การจัดการกับภาวะเครียดของผู้สูงอายุเป็นแบบ แผนพฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุที่พยายามจัดการกับสิ่งที่คุกคามต่อ ภาวะสุขภาพ เพื่อ ลดการคุกคามนั้น และดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ภาวะเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้รับทุกคน ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเครียดเล็กน้อย เป็นสิ่งจำ เป็นสำหรับการพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ แต่ภาวะเครียดที่สูงเกินไปก็เป็น ผลเสียต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจ และสังคม มีแนวโน้มที่ จะเสื่อมลงอันเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ น้อยลงกว่าอดีต (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 77)

นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม จากครอบครัวขยายเป็นแบบ ครอบครัวเดี่ยว การอพยพเคลื่อนย้ายหางานทำในเมืองของคนวัยทำงาน ทำให้ต้องอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น ภาวะเศรษฐกิจที่เพิ่มสูงขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การขาดความเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวและสังคม ในสังคมปัจจุบันต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้ ภาวะเครียดสูงขึ้น ด้านประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับการแยกครอบครัวออกไปของลูกหลาน ทำให้ ผู้สูงอายุมีเวลาในการใช้ชีวิตร่วมกับคู่สมรสมากขึ้นและอยู่กันตามลำพังมากขึ้น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุขในชีวิตสมรสในช่วงนี้ คือ การเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการพูดคุยหรือระบายความทุกข์ใจให้บุคคลใกล้ชิดได้รับทราบ ก็ ถือเป็นการผ่อนคลายหรือระบายความเครียดหนทางหนึ่งเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำ การจัดการกับภาวะเครียดจึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ ผู้สูงอายุที่ สามารถจัดการกับภาวะเครียดหรือปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดี ก็จะรู้ว่าตนเองไม่เกิดความยุ่งยาก ใด ๆ และมีสุขภาพดีสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ดี (บรรลุ ศิริพานิช, 2547 : 77)

6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถหรือทักษะเพิ่ม มากขึ้นดังที่ได้มีนักวิชาการศึกษาหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ ดังต่อไปนี้กิ๊บสัน (Gibson,1991: 354 อ้างถึงใน ยุวดี รอดจากภัย รัชนี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัณ, 2548) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการให้อำนาจหรือ เป็นผลลัพธ์ของการให้อำนาจ พบว่าเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเพิ่มทักษะตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดนามธรรมซึ่งขึ้นกับเวลาสถานที่ที่ใช้ขณะนั้น(Reynolds cited in Gibson, 1993) เป็นการให้อำนาจหรือการเพิ่มความสามารถของบุคคลนั้นให้มีอำนาจในการ ควบคุมจัดการและการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ความสามารถของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใน

มุมมองของผลลัพธ์ของการให้อำนาจ (Guralnik, 1970 อ้างถึงใน ยูติ รอดจากภัย รัชนี้ สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัง, 2548 : 24) เป็นกระบวนการการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการพัฒนาทรัพยากร เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม และเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถ และความสามารถมีประสิทธิภาพในการจะไปให้ถึงเป้าหมายสำหรับบุคคลและไปให้ถึงเป้าหมายสุดท้ายของสังคม (Simson & Pearsons, 1983 อ้างถึงใน ยูติ รอดจากภัย รัชนี้ สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัง, 2548 : 24)

กิบสัน (Gibson, 1993) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดการเสริมสร้างพลังและพัฒนาศักยภาพความสามารถของตนเองในการที่จะควบคุมและจัดสถานการณ์ได้ เกิดความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตตนเอง สามารถใช้ความรู้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดหลายมิติที่มีความสลับซับซ้อนและกว้างขวางยากลำบากในการให้คำจำกัดความเนื่องจากความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะแตกต่างกันไป เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคลและบริบทที่แตกต่างกัน (Gibson, 1991:356 อ้างถึงใน ยูติ รอดจากภัย รัชนี้ สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัง, 2548 : 24)

6.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการหรือการกระทำในรูปแบบที่หลากหลายโดยอาจมุ่งเน้นในการเสริมสร้างความสามารถหรือศักยภาพแก่บุคคลให้มีมากยิ่งขึ้น ดังที่ได้มีนักวิชาการกล่าวไว้ดังนี้ (สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์, 2549 : 10)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามความหมายทั่วไปคือ การกระทำในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถความแกร่งในการทำกิจกรรมหรือดำรงชีวิต เป็นการใช้ในเชิงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การงาน ความสำเร็จ และความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมอำนาจที่ทำให้เกิดความร่วมมือหรือมีพลังอำนาจมากขึ้น (สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์, 2549 : 10) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

6.1.1 เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง

6.1.2 เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน

6.1.3 การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง การสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการจัดกิจกรรมต่างๆหรือการเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย

6.1.4 การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลที่มีอยู่ภายในบุคคล

6.1.5 กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกัน ที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น

6.1.6 กระบวนการเป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่งสิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล

6.1.7 กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวข้องกับอำนาจบุคคลมีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกันมิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจแต่รวมถึงผู้มีอำนาจถ่ายโอนอำนาจ

6.1.8 กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีความเจริญเติบโต การพัฒนาของบุคคล ครอบครั หรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้ง

6.1.9 กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและหรือกำหนดทิศทางชีวิตตนเองได้

6.1.10 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงออกการยอมรับชื่นชม(Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตตนเองได้ดังนั้นจากข้อมูลข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการในการเพิ่มศักยภาพส่วนบุคคลให้เกิดความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และทำให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์, 2549 : 10)

6.2 ลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson,1991 : อ้างถึงในสิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์, 2549 : 11) ได้กล่าวถึงลักษณะการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

6.2.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) เป็นกระบวนการที่ต้องทราบขั้นตอนการดำเนินการ การประเมินผลแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และเป็นผลลัพธ์ของการให้พลังอำนาจกับบุคคล กลุ่มคน องค์กร และมีการประเมินผลหลังการให้พลังอำนาจแล้วว่าบุคคลสามารถควบคุมเหนือชีวิตตนเองได้หรือไม่

6.2.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการจัดการ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional concept) เพราะเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกันและมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆมากมาย

6.2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มควมมีศักยภาพในการดูแลตนเองนอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกในการดูแลตนเอง

6.2.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเชิงบวก (Positives concept) เป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่มีแต่ประโยชน์ต่อทุกฝ่ายเป็นการเพิ่มศักยภาพและเป็นผลลัพธ์ที่ดี

6.2.5 เป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงในการแก้ปัญหา มากกว่าที่ตัวปัญหา เป็นความแข็งแกร่งและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดและความต้องการของบุคคล (Dialectical Concept) เป็นแนวคิดที่มีเหตุผลในการกระทำ เป็นแนวคิดที่พัฒนาให้ได้ผลยิ่งขึ้น

6.2.6 เป็นกระบวนการที่ผสมผสานระหว่างหลายแนวคิด (Multidimensional concept) เป็นแนวคิดที่สลับซับซ้อน หลายมิติ

6.2.7 เป็นกระบวนการที่มีอิสระในการเลือก เป็นแนวคิดที่มีความยืดหยุ่นได้ สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Dynamic Concept) เป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม เป็นอิสระ เหมาะสมกับช่วงเวลาสถานที่ใดก็ได้ เป็นแนวคิดที่เพิ่มศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นแนวคิดที่เป็นประชาธิปไตย สามารถมีสิทธิเลือกปฏิบัติได้ (Democracy concept)

6.2.8 เป็นกระบวนการที่มีความเป็นหุ้นส่วนกับบุคคล ต้องมีส่วนร่วมในการกระทำสรุปได้ว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมจัดการ การตัดสินใจเลือก สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิต เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมีพลัง ความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองได้ตลอดจนการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเองได้เช่นกัน (Gibson, 1993 ; อ้างถึงในสิริกาญจน์ กระจำโพธิ์, 2549 : 11)

6.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามคำกล่าวของ (Chandler,1992 ; อ้างถึงในสิริกาญจน์ กระจำโพธิ์, 2549 : 12) ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆเหล่านี้

6.3.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

6.3.1.1 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะจัดการกับปัญหา อุปสรรคและความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกรู้สึกเกิดพลังที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้

6.3.1.2 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง นับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

6.3.1.3 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการควบคุมสถานการณ์

6.3.1.4 เป้าหมายชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายโดยที่จะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีอุปสรรคนอกจากนี้ยังหมายถึงการยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติร่วมกันตลอดจนคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

6.3.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุคคลทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำให้กำลังใจให้ความเชื่อมั่นในการที่จะดูแลตนเอง

6.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษาของกิบสัน(Gibson,1993 ; อ้างถึงในสิริกาญจน์ กระจำโพธิ์, 2549 : 12)พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นกระบวนการที่จะเสริมพลังอำนาจให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ ด้านพฤติกรรมการตอบสนอง

ด้านอารมณ์ เมื่อแต่ละบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิพากษ์วิจารณ์ กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเหล่านี้เกิดจากที่บุคคลไม่สามารถที่จะยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ในสภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ผู้ให้การดูแลจะรู้สึกดีขึ้นหาเปลี่ยนวิธีคิดและมีความหวังว่าผู้ป่วยมีโอกาสมันจะมีโอกาสที่จะมีอาการจะดีขึ้นซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่ดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ เมื่อแต่ละบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ก็จะมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้างโดยการหาข้อมูลรู้ให้ได้มากที่สุดที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นจากการอ่านหนังสือ การซักถามข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มิประสบการณที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

การตอบสนองทางพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาและเกิดความคับข้องใจมากขึ้น ก็จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์และสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้ทำให้คนเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง เป็นกระบวนการที่เริ่มต้นของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอันจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ก่อนนั้นบุคคลมีความตระหนักในความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความรู้ของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีเงื่อนไข คือ ส่งเสริมการเรียนรู้ปัญหา การเรียนรู้ในการลงพฤติกรรม การเจรจาต่อรองในการรักษาในโรงพยาบาล การสร้างความรู้สึกการ

มีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการรับรู้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจในการรักษาและ
ทราบผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีความ
ความสามารถในตนเองมีความเชื่อมั่น รู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการสิ่งต่างๆที่เปลี่ยนไปตาม
สถานการณ์และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาไว้ใช้ครั้งต่อไป(Gibson,1993 ; อ้างถึงในสิริ
กาญจน์ กระจำโพธิ์, 2549 : 13)

7. แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ (Application of Health Promotion Model)

จากกฎบัตรออกตาวาให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่ม
ความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพ
จึงเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนด
สุขภาพเพื่อช่วยให้สุขภาพดีขึ้น การมีส่วนร่วมมีความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ ตัวกำหนดสุขภาพ คือ ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) ของปัจเจกบุคคล หรือประชากร ขยายได้ว่าปัจจัย
ต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพมีหลากหลายและต่างมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยพื้นฐานแล้วการส่งเสริม
สุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม และการชี้นำเพื่อมุ่งไปสู่การปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ ที่
เป็นตัวกำหนดสุขภาพทั้งหมด เท่าที่มีศักยภาพจะเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับ
พฤติกรรมของปัจเจกบุคคล เช่น พฤติกรรมสุขภาพ และครองชีวิต เท่านั้น หากหมายรวมถึง
ปัจจัยอื่น ๆ เช่น รายได้ และสภาพทางสังคม การศึกษา การจ้างงานและสถานะต่าง ๆ ในการ
ทำงาน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม ในภาพรวมปัจจัย
เหล่านี้จะเสริมสร้างสภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ สำหรับความหมาย
ของการส่งเสริมสุขภาพให้อีกทัศนะหนึ่ง ซึ่งพัฒนามาจากความหมายที่กว้างขวางขึ้นของคำว่า
“สุขภาพ” ซึ่งมีให้หมายถึงเพียงความปราศจากโรคหรือความพิการ เท่านั้น ตามความหมายของ
องค์การอนามัยโลก “สุขภาพ” ยังหมายถึงการที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างมีความสุข การ
ส่งเสริมสุขภาพในแนวทางที่จะตอบสนองการดำรงชีวิตที่มีความสุขจะมุ่ง เน้นไปที่การปรับปรุง
มาตรฐานการดำเนินชีวิตในแนวทางนี้ จะให้ความสำคัญของการยกระดับ มาตรฐานชีวิตของบุคคล
มิได้มุ่งเฉพาะการที่จะทำให้บุคคลปราศจากโรค การส่งเสริมสุขภาพตาม แนวทางนี้ มุ่งที่จะพัฒนา
และส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่สันติสุข มีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มี อาหารเพียงพอ มีรายได้ มี
ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความยุติธรรมในสังคม และมีความ
เสมอภาค ซึ่งกระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพในแนวนี้ จึงมุ่งไปที่ การจัดการทางสังคมที่บุคคล

เป็นสมาชิกอยู่และกลวิธีที่ต้องมีการบูรณาการจากแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่ประกอบกันเป็นโครงสร้างทางสังคมทั้งระบบ กล่าวโดยสรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ของตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีพบกับความสุขและบรรลุความต้องการ สูงสุดของชีวิต ดังนั้นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ก็จะเป็นการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ทำให้บุคคลนั้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ (ปาณิสรา ตีใหม่, 2551 : 9)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์ เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบ จำลองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006 ; อ้างถึงในปาณิสรา ตีใหม่, 2551 : 10) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้าน การคิดรู้อย่างประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบ จำลอง การส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบ แบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุง ใน ปี ค.ศ. 2006 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่ สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสิทธิภาพและคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้อย่างเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006) (ปาณิสรา ตีใหม่, 2551 : 10) ดังนี้

7.1 ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ใน มโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอ มโนทัศน์ย่อย คือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดย มโนทัศน์ ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากร เท่านั้น โดย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องอาจเป็นความบ่อยในการปฏิบัติพฤติกรรมคล้ายกับพฤติกรรมที่พึง ประสงค์ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัยและบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ โดย อัตโนมิติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ส่วนปัจจัย ส่วน บุคคลเพนเดอร์ได้แยกออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย ความ จุพอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิต วิทยา ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และ ปัจจัย ด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทาง สังคม เศรษฐกิจ (ปาณิสรา ตีใหม่, 2551 : 11)

7.2 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)

เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยายาม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการ พัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์นี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อย 6 มโนทัศน์ ดังนี้

7.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ซึ่งการรับ รู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวัง ประโยชน์ที่จะได้รับ ภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจาก ทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ พฤติกรรมเป็นแรงเสริม ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติ พฤติกรรมตามประสบการณ์ ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จาก การปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะ เป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ประโยชน์จากภายใน เช่น การ เพิ่มความตื่นตัว หรือการลด ความรู้สึกเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัล เงินทอง หรือความเป็นไป ได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์ จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและ

ความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อใน ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่า อาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง (ปาณิสาคีใหม่, 2551 : 11)

7.2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรค ดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ พฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคใน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่ง มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปาณิสาคีใหม่, 2551 : 12)

7.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับ ความ สามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะ ต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการ ปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิ พลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความมุ่งมั่นต่อแผนการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้ (ปาณิสาคีใหม่, 2551 : 12)

7.2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมหรือ

สภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางลบก็มีผลต่อแรงจูงใจ ของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษา จำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ (ปาณิสรา ตีใหม่, 2551 : 13)

7.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่นที่มี อิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายความว่า รวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชน ซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทาง สังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และ การเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมี อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย ผ่านแรงผลักดันทางสังคม หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

7.2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถาน การณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถาน การณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่ารวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความ ต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำ กิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและ มั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่ง สภาพแวดล้อมหรือสถาน การณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปาณิสรา ตีใหม่, 2551 : 13)

7.3 พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

7.3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions)

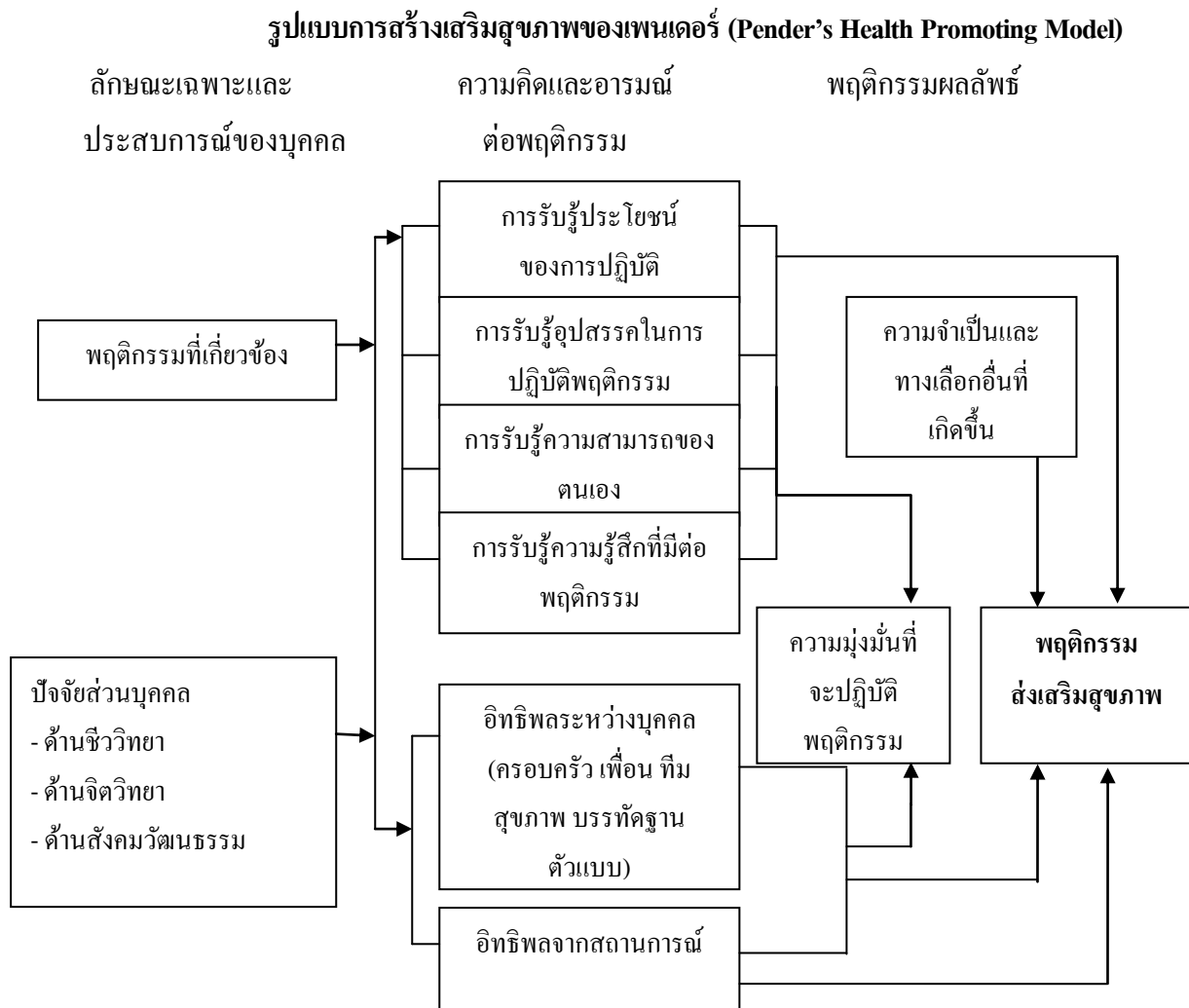
ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปาณิสรา ดิใหม่, 2551 : 14)

7.3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences)

ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันที ทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองจากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่ บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและ ทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมา อ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

7.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบ จำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการ เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ (ปาณิสรา ดิใหม่, 2551 : 14)



ภาพที่ 1 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา: (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006 : 50 ; อ้างถึงใน ปาณิสรา ดิใหม่, 2551 : 9)

8. แนวคิดเกี่ยวกับเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบ A-I-C (Appreciation - Influence - Control) มีผู้กล่าวถึงไว้ดังนี้

กระบวนการ(A-I-C) (Appreciation Influence Control) เป็นวิธีการที่พัฒนาขึ้นมาโดย สถาบัน ODIIสหรัฐอเมริกา โดย William E. Smithและ Turid Sato (ชนัญธวีร์ ฐิตวัฒนานนท์, 2552 : 31) ประเทศไทย กระบวนการ(A-I-C) ถูกนำมาดัดแปลงใช้โดยสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) จากหลักการ (A-I-C) ได้มีการประยุกต์เป็นกระบวนการ (A-I-C) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการวางแผนการพัฒนา การสร้างทีมงาน การแก้ปัญหา การสร้างความร่วมมือหรือแก้ความขัดแย้ง

นอกจากนี้กระบวนการ (A-I-C) ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางโดยหน่วยงานต่างๆ ในการประชุมระดมความคิดเห็นทางวิชาการ หรือทางการบริหาร ระดมสมองเพื่อหาทิศทางงานวิจัย เป็นต้น

กระบวนการ (A-I-C) เป็นจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมประมาณ 30-40 คน ผู้ที่เข้าร่วมจะสามารถแสดงความคิดเห็น ความต้องการได้อย่างอิสระ ในขณะเดียวกันก็จะได้รับทราบถึงศักยภาพ เงื่อนไข และข้อจำกัดต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำเอาข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนร่วมกัน

8.1 ความหมายของกระบวนการ(A-I-C)

A-Appreciation คือขั้นตอนการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทุกคนจะได้เข้าถึงความคิด ความต้องการของตนเอง โดยไม่มีการโต้แย้งจากนั้นจึงจะเป็นการหาข้อสรุปร่วมกัน ในขั้นตอนนี้จะวิเคราะห์หาคือสิ่งที่ผ่านมาและความต้องการในอนาคตข้างหน้า ซึ่งเป็นภาพฝันที่ต้องการเห็นความเป็นอยู่ที่ดี เน้นการเปิดใจ รับฟังเพื่อเรียนรู้ และทำความเข้าใจ โดยใช้การศึกษาสภาพความต้องการ ทรัพยากรและศักยภาพองค์กรชุมชน (ชนัญธวีร์ จิตพัฒนานนท์, 2552 : 31)

I-Influence เป็นขั้นตอนของการแสวงหาทางออกหรือการกำหนดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา การวางแผนในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยกำหนดกิจกรรม การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมซึ่งต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ระบุ รวมถึงต้องให้บรรลุกับวัตถุประสงค์ตามที่สร้างภาพฝันไว้ในขั้นตอนแรก และเมื่อสิ้นสุดในขั้นตอนนี้จะทำให้ได้แผนกลยุทธ์ โครงการและกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา (ชนัญธวีร์ จิตพัฒนานนท์, 2552 : 31)

C-Control ในขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นของการดำเนินการตามแผน ดังนั้นจึงต้องมีการมอบหมายงาน แบ่งความรับผิดชอบและวางแผนการติดตามเพื่อให้งานสำเร็จตามแผนที่ร่วมกันวางไว้ ดังนั้นภายหลังสิ้นสุดในขั้นตอนนี้จึงจะทำให้ได้แผนปฏิบัติการที่พร้อมจะนำไปปฏิบัติได้ (ชนัญธวีร์ จิตพัฒนานนท์, 2552 : 31)

8.2 แนวคิดหลักของกระบวนการ(A-I-C)

กระบวนการ AIC มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนมีส่วนร่วมในการชี้ชัดปัญหา และศักยภาพของตนเอง ตลอดจนคิดวิเคราะห์ จัดลำดับสำคัญของความต้องการ การระดมความคิดของกลุ่มทำกันอย่างเป็นระบบและขั้นตอนโดยอาศัยแนวคิด หลักการ และความเชื่อพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ (ชนัญธวีร์ จิตพัฒนานนท์, 2552 : 32)

1. เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพมีพลัง มีความดี และสามารถสร้างโอกาสให้ชุมชนได้อย่างเหมาะสม
2. เชื่อเรื่องความเท่าเทียม ความเสมอภาค และศักดิ์ศรีในความเป็นคน

3. เชื่อว่าทุกคนมีความคิดสร้างสรรค์ และคิดในสิ่งที่จะทำให้เกิดประโยชน์
4. เชื่อว่าทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ (Active learning) ด้วยตนเอง และเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ตนเองสัมผัสจากสถานการณ์ที่เป็นจริง
5. เปิดโอกาสให้ทุกคนมีความเสมอภาคในการใช้เหตุผลในการตัดสินใจ
6. เป็นกระบวนการที่สร้างความมีส่วนร่วมตั้งแต่
 - 6.1 ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มด้วยตนเอง
 - 6.2 ทุกคนช่วยกันกำหนดทิศทางในการแก้ปัญหาของกลุ่มร่วมกัน
 - 6.3 ทุกคนร่วมกันดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหากลุ่มด้วยตนเอง
 - 6.4 ทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมิน ปรับปรุงและแก้ไข หากผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (ชนัญวิริ์ ฐิตพัฒนานนท์, 2552 : 32)

กระบวนการ (A-I-C) เป็นกระบวนการทำงานกลุ่มร่วมกัน โดยที่บุคคล กลุ่มบุคคลในชุมชน องค์กร และสังคม มีพลังงานและพลังปัญญาในการที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรค และสร้างสรรค์ชีวิตให้ดีกว่าได้ โดยอาศัยหลักคิดดังนี้

1. การที่พลังนั้นอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถ้าถูกใช้ในทางลบ ก็กลายเป็นพลังที่ทำลาย เอารัดเอาเปรียบ และมุ่งเอาชนะ แต่หากถูกใช้ในทางบวก จะกลายเป็นพลังแห่งความรัก ความปรารถนาดี ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน
2. การพัฒนาจึงจำเป็นต้องมีการจัดการ และการระดมพลังดังกล่าวเพื่อให้กลายเป็นพลังแห่งการสร้างสรรค์เพื่อสังคมส่วนรวมให้อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน

8.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของกระบวนการ

8.3.1 ก่อนการดำเนินการ มีแนวทางดังนี้

8.3.1.1 การคัดเลือกชุมชน/องค์กรที่มีความพร้อม แคนนำที่มีความตั้งใจในการทำงาน และเห็นความสำคัญของการทำงานเพื่อชุมชน/องค์กร

8.3.1.2 ทีมวิทยากรต้องเข้าใจกระบวนการ AIC เป็นอย่างดี และสามารถดำเนินการตามกระบวนการ (A-I-C) ได้ในทุกขั้นตอน สามารถประสานงานร่วมกันได้อย่างไหลลื่นและมีการประชุมเตรียมการและซักซ้อมกิจกรรมก่อนที่จะเริ่มเข้าสู่กระบวนการจริง (ชนัญวิริ์ ฐิตพัฒนานนท์, 2552 : 33)

8.3.2 ระหว่างดำเนินการ มีแนวทางดังนี้

8.3.2.1 เน้นการสร้างควมมีส่วนร่วม ความเสมอภาค ให้อิสระทางความคิดในการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง

8.3.2.2 ทีมวิทยากรต้องการพลความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม ไม่ชี้นำ ไม่ครอบงำหรือตัดสินความถูกต้อง พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเมื่อเห็นว่ากลุ่มไม่มีความก้าวหน้า โดยใช้คำถามเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในแต่ละขั้นตอนในกลุ่ม

8.3.2.3 สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ทำความตกลงกับผู้เข้าร่วม กระบวนการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน และควรรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน

8.3.2.4 เน้นการใช้เหตุผลในการตัดสินใจ มากกว่าการโหวต

8.3.2.5 ต้องทำกระบวนการ AIC ให้ครบทั้ง 3 ขั้นตอน ไม่สามารถตัดขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งออกได้

8.3.2.6 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดทำกระบวนการ AIC ไม่ควรเกิน 3 วัน

8.3.3 ภายหลังดำเนินการ

8.3.3.1 มีการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน โดยทีมวิทยากรอาจมีการประชุมกลุ่มย่อยภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละวัน เพื่อประเมินหาข้อบกพร่องในการทำกิจกรรมและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดจากกระบวนการ

8.3.3.2 ควรฝึกผู้เข้ารับการอบรมให้เป็นผู้จัดบันทึกในชุมชน/องค์กร ให้เป็นผู้ที่สามารถบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชน/องค์กรได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง (ชนัญญวีร์ จิตวัฒนานนท์, 2552 : 33)

8.4 ข้อดีของกระบวนการ (A-I-C)

8.4.1 เปิดโอกาสให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจและลงมือกระทำอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

8.4.2 สร้างการยอมรับและความรู้สึกเป็นเจ้าของต่องานที่ทำร่วมกัน

8.4.3 การทำกระบวนการใช้ระยะเวลาสั้น ได้ข้อมูลเร็ว สามารถวางแผนงานได้ทันที

8.4.4 ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจริง เพราะเป็นมุมมองของกลุ่มเป้าหมายโดยตรง

8.4.5 ได้ข้อมูลรอบด้าน ครอบคลุมเกือบทุกปัญหา

8.4.6 เป็นกระบวนการที่ครบทุกวงจร ตั้งแต่ศึกษาปัญหาไปจนถึงกำหนดโครงการแก้ไขปรับปรุง

8.4.7 เป็นกระบวนการที่สร้างพลังให้กลุ่มเป้าหมายเพราะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมคิดร่วมทำของกลุ่มเป้าหมายโดยตรง (ชนัญญวีร์ จิตวัฒนานนท์, 2552 : 34)

กล่าวโดยสรุป การนำเทคนิค (A-I-C) มาใช้ในงานพัฒนาสุขภาพประชาชน จะช่วยให้เกิดการระดมความคิดในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนจะช่วยให้สามารถระดมพลังปัญญาและพลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในตัวบุคคลมาเป็นพลังในการพัฒนาชุมชน ซึ่งเกิดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมอง ความคิด-เห็น เปิดโอกาสในการคิด แสวงหาทางพัฒนาและนำสิ่งที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนและทิศทางการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการง่าย ๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการวางแผนและกำหนดวิธีปฏิบัติในการพัฒนางานด้านสุขภาพและด้านอื่นๆในชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิตย์ ทศนิยม และคณะ(2546)ได้ศึกษาการพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการนำเสนอตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของกระบวนการสร้างพลังอำนาจโดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการนำแนวคิดส่งเสริมสุขภาพในความหมายของการสร้างพลังอำนาจว่าจะนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ และการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติจะทำได้อย่างไร โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมวิจัย 3 แห่ง โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาล 1 ใน 3 ที่เข้าร่วมโครงการ และเลือกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีจุดเน้นสำคัญ 2 ประเด็น คือ การตีความแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)ในการพัฒนาสุขภาพของตนเองและพบว่าแนวคิดลงสู่การปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ซึ่งถือว่าเป็นการวิจัยที่ช่วยทำให้เกิดพลังอำนาจหลังดำเนินการที่มวินัยได้สรุปขั้นตอนในการทำงานกับชุมชนไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ต้องวิเคราะห์ชุมชน เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน 2) ค้นหาผู้นำที่แท้จริงของชุมชนเพื่อประเมินปัญหาและเพื่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม 3) การทำกิจกรรมใดๆในชุมชนต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบ 4) ต้องการประเมินผลและปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจ ไม่ควรนำสูตรสำเร็จจากที่อื่นมาใช้ ผลของการศึกษาของโรงพยาบาลปลาปาก พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมมากขึ้นตามลำดับ เช่น การร่วมสาธิตการออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมในวันเตรียมงานบุญเดือน 4 เป็นต้น ส่วนการทำกิจกรรมใดๆในชุมชนหากสามารถทำให้ชุมชนเห็นถึงประโยชน์ที่ทางกลุ่มจะได้รับจะทำให้กลุ่มหรือชุมชนยอมรับ และทำให้ประสบความสำเร็จได้

กาญจนารัตน์ ทองบุญ (2548) แนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชนรัตนาวรี อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนรัตนวาริ อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้จำนวน 41 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 28 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานใช้จำนวนและร้อยละ ผลการวิจัย เมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือออกหน่วยให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก เจ้าหน้าที่มีเวลาให้บริการน้อยแนวทางการปฏิบัติควรมีเนื้อหาสั้น กระชับ ใช้เวลาน้อย ได้ใจความ ผู้สูงอายุรับฟังแล้วเข้าใจง่ายเข้าใจตามปัญหาและความต้องการที่ประเมินได้ การนำไปใช้ในการเยี่ยมบ้านผลที่ได้ คือ สามารถให้รายละเอียดได้มาก เนื่องจากเห็นถึงสภาพแวดล้อมของบ้านความเป็นอยู่ทั้งของผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล เจ้าหน้าที่มีเวลาในการให้บริการ แนวปฏิบัติที่ได้ความมีเนื้อหาที่ละเอียดครบถ้วนแต่ต้องได้ใจความ ผู้สูงอายุและญาติ ผู้ดูแลฟังแล้วเข้าใจง่าย

พิเชษฐ์ สุธรรมรักษ์ (2548) ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยสถานีอนามัย ตำบลบ้านยาง อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ถึง 59 ปี จำนวน 70 คน ได้รับการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ

ยุวดี รอดจากภัย รัชนิ สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ (2548) การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยดำเนินการที่อำเภอศรีราชาผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้สรุปผลได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน การวิจัยครั้งนี้มีการใช้การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับในความคิดเห็นสามารถควบคุมหรือจัดการปัญหาได้ มีภูมิคุณค่าในตนเอง และมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังดีขึ้น

นรเศรษฐ์ เรืองพยุหศักดิ์ (2549) ได้ศึกษาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค (A-I-C) ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ปี 2549 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาบริบทชุมชนพฤติกรรมความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค (A-I-C) ในการจัดทำแผน

ด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 80 คนจาก 16 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3 แห่ง คือชมรมผู้สูงอายุบ้านทุ่งหลวง ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองไร่ และชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองวัวคำ ทำการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและแบบบันทึก กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 ผลการศึกษาแบ่งเป็นสามส่วน คือบริบทชุมชน พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค (A-I-C) และแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุพบว่า บริบทชุมชน ความพร้อมของผู้สูงอายุทางด้าน สังคม ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง มีผลต่อการประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค (A-I-C) ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้นั้น พบว่ากิจกรรมเป็นลักษณะ ที่ชมรมผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการได้เอง พึ่งงบประมาณยึดติด กับโครงการรัฐ ขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐหรือแหล่งอื่น เช่น จากองค์กรปกครองท้องถิ่น สถานีนามัย หรือหน่วยงานที่เป็น ภาคีในชุมชนท้องถิ่นเป็นหลัก เมื่อพิจารณาแผนพบว่าองค์ประกอบหลักด้านงบประมาณไม่ครบถ้วน และ พบปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ในขั้นตอนควบคุม ซึ่งเป็นการเขียนแผน ปฏิบัติการ อาจเนื่องจากระยะเวลาในการจัดทำกระบวนการ (A-I-C) ในหนึ่งวันมีรายละเอียดมากเกินไปและ ผู้สูงอายุต้องใช้เวลามากใน การทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ประกอบกับควรมีการให้ความรู้เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยเทคนิค (A-I-C) มาใช้ควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายและปรับ ประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์

สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์ (2549) ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Zimmerman (2000) และการใช้โทรศัพท์เยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานกลุ่มต่อการเกิดแผลที่เท้าจำนวน 40 คน จัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 7 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ ประสพการณ์ ระบุประสพการณ์ วิเคราะห์ วางแผน ปฏิบัติ และการติดตามผล โดยใช้แบบบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลเท้าและสมุดประจำตัวผู้ป่วยเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

เจตวัชร พาดา (2550) ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการของชมรมผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการของ Henri Fayol ร่วมกับเทคนิคการวางแผนแบบมี

ส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิจัยเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลอากาศอำนวย อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 784 คน โดยทำการสุ่มแบบกลุ่มเพื่อเลือกหมู่บ้าน ทดลองและเปรียบเทียบ ได้กลุ่มทดลองจำนวน 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 54 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการชมรม ผู้สูงอายุโดยรวมและทุก ๆ ด้าน คือ การวางแผน การจัดองค์กร การสื่อสาร การประสานงานและการควบคุมกำกับ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วรารักษ์ ทินเกิด (2550) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองใน ผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมและ 2 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อ เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Mann – Whitney U-test เปรียบเทียบความแตกต่างของลำดับคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และ 2 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ผลการวิจัย คะแนนความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนน ความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพิมพ์ อุ่นพรม (2550) ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ ก่อนและหลังการ ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30คนโดยการให้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การสอน โดยบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่มและการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด หลัง ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อรพิน เทิดอุดมธรรม (2550) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยกึ่งการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบ

สาเหตุและเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย จัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ผลการวิจัยสรุปว่า พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปานิศา ตีใหม่ (2551) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยอิทธิพลด้านสถานการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 45 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยอิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงประชาชนมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ชนัญชวีร์ จิตวัฒนานนท์ (2552) ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ (A-I-C) : กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กระบวนการ (A-I-C) ส่งผลให้กลุ่มสามารถร่วมกันวางแผนได้โดยการสะท้อนภาพในอดีตและปัจจุบันเกิดความต้องการที่จะแก้ไขและพัฒนา สามารถกำหนดวิสัยทัศน์สุขภาพของตำบลได้ กลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา/พัฒนาสุขภาพของตำบล ตัดสินใจร่วมกันในการจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการและสามารถกำหนดผู้รับผิดชอบ กิจกรรมที่จะปฏิบัติ โดยเขียนรายละเอียดในแผนปฏิบัติการได้ ซึ่งการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (A-I-C) เป็นวิธีที่เหมาะสมทำให้มีการรวมกลุ่มจากหลายฝ่ายได้ร่วมสะท้อนมุมมองของชุมชน เห็นปัญหาของชุมชนและสร้างความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพทั้งต่อครอบครัวและชุมชน เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

วันเพ็ญ ปันราช (2552) กลุ่มระลึกความหลังในผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนาแห้ว พบว่า ความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกลุ่ม จากบันทึกความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกลุ่มระลึก ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งหมด 48 คน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นตรงกันว่า การได้เข้าร่วมกลุ่ม ระลึกความหลังทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การระลึกความหลังทำให้ได้ฝึกฝนความจำ มีความจำที่ดีขึ้น และจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการเข้าร่วมกลุ่มระลึกความหลังทำให้เกิดความคิด ความจำ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ โดยเฉพาะญาติให้ข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสและทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่นมากขึ้น และเสนอแนะว่าควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มระลึกความหลังในชมรมผู้สูงอายุต่อไป

ศักรินทร์ ทองภูธรณ์ (2553) ซึ่งดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมโดยการนำเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้ามาประยุกต์ใช้ทำให้ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินผลมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการศึกษาเพื่อหาข้อมูลชุมชน ในด้านสภาพทั่วไป ด้านบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยการประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) คณะกรรมการชมรมผู้วิจัยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมให้เกิดการเรียนรู้ และร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร โดยนำเทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ประกอบด้วยการการสร้างความรู้ความเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Influence) การกำหนดแนวทางปฏิบัติ (Control)

จากทฤษฎีของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(2006) การรับรู้ความสามารถตนเอง อธิบายได้ว่า พฤติกรรมที่มีมาก่อน จะเป็นตัวกำหนดอิทธิพลทางอ้อมแก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล นั้นโดยผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้ รับรู้ อุปสรรค และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ก็จะช่วยให้ บุคคลนั้นมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆได้ จะช่วยอธิบายถึงความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและช่วยอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพจะมีความสำคัญในการจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ อาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุประกอบด้วยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไร โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพ ใน 3 ด้านคือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด

1. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด

2. การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด

3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด

4. ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด

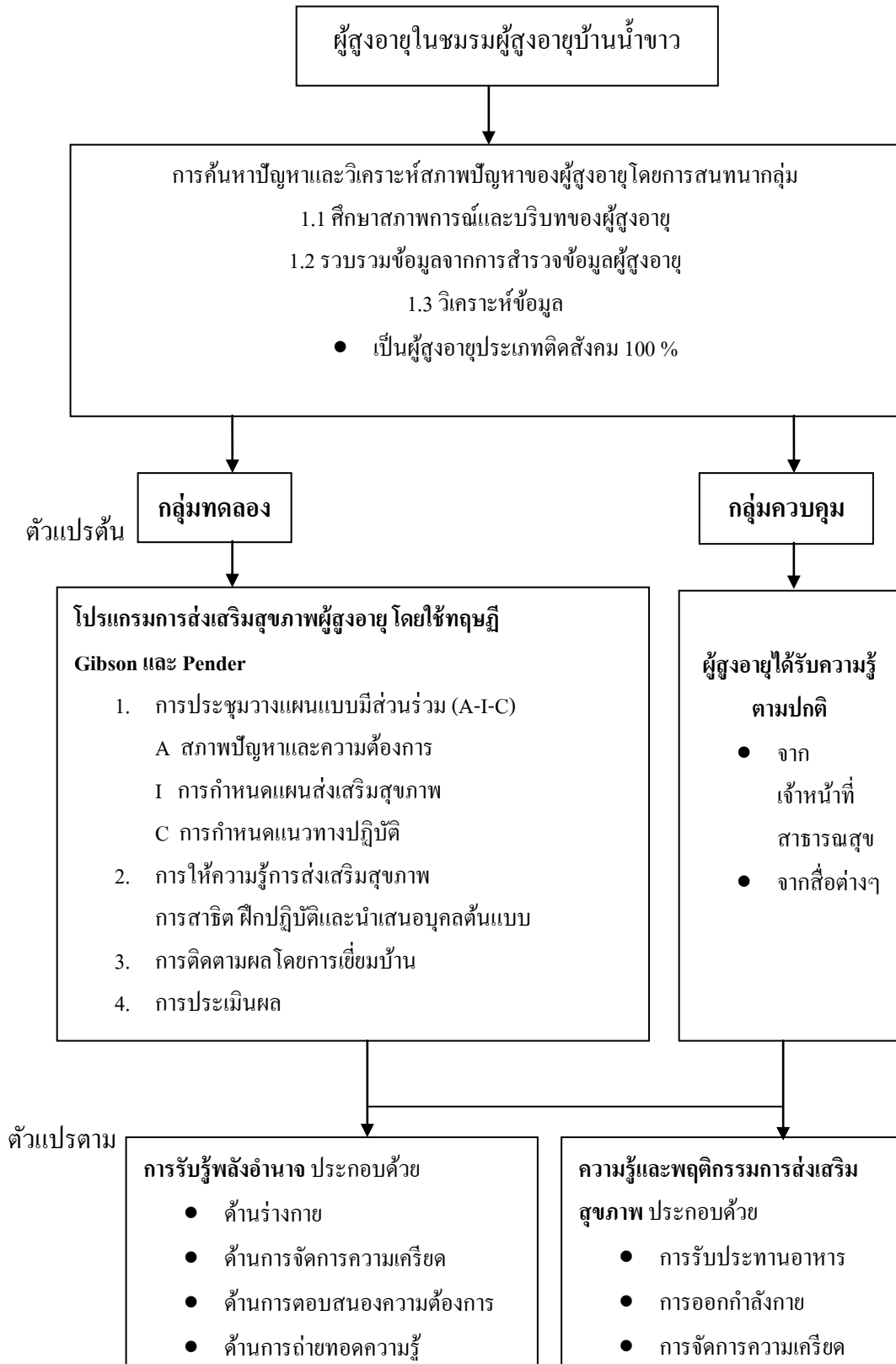
และผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Gibson, 1993)ในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยมีรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อดำรงรักษาการมีสุขภาพดี ตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1. การค้นพบสถานการณ์จริง (การบอกในสิ่งที่ตนเองทำอยู่) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติอยู่มาแลกเปลี่ยนกันระหว่างกลุ่ม

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ร่วมคิดวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและการบอกถึงข้อดีและไม่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ

3. การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม (ตัดสินใจเลือกวิถีส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการเลือกวิถีการปฏิบัติตนสำหรับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีวิธีการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับตนเอง โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด สูงวก่อก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด สูงวก่อกผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson,1993) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกายูคละ อำเภอมะนัง จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คนเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pretest - Posttest Design) โดยเนื้อหาที่จะนำเสนอในบทนี้ประกอบด้วยหัวข้อ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และแผนปฏิบัติการการวิจัย ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกายูคละ ในเขตอำเภอมะนัง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 56 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ฝาด, 2557) โดยมีเกณฑ์เลือกผู้มีความสมบัติ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ
2. รับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ
3. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ
4. มีความเต็มใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมและเลือกผู้สูงอายุที่สมัครใจ เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 56 คน

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Random Assignment) คือการจับสลากชื่อจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คนเพื่อให้มีการกระจายของผู้สูงอายุเท่ากันทั้งสองกลุ่ม

โดยมีแบบแผนการทดลองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีลักษณะดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบแผนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการทดสอบก่อนและหลัง

R Experimental Group	Wk1	Wk2	Wk3	Wk4	
O1	X1- X2		X3	X4	O2 SS
R Control Group					
O3					O4
เมื่อ					
R	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาแบบสุ่ม			
O1	X O2	กลุ่มทดลอง			
O3	O4	กลุ่มควบคุม			
O1, O3	หมายถึง	การประเมินก่อนการทดลอง			
O2, O4	หมายถึง	การประเมินหลังการทดลอง			
X	หมายถึง	โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			
————	หมายถึง	ได้รับความรู้ตามปกติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือจากสื่อ ต่างๆ			
SS	หมายถึง	สิ้นสุดการทดลอง			
X1	หมายถึง	การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ใช้ระยะเวลา ดำเนินการ 5 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 โดยการจัด กิจกรรมตามขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอน A (Appreciation) ขั้นตอน I (Influence) ขั้นตอน C (Control)			
X2	หมายถึง	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการให้ความรู้การส่งเสริม สุขภาพ การสาธิต ฝึกปฏิบัติและเสนอบุคคลต้นแบบ			

X3	หมายถึง	ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 5 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 3 การติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้านใน สัปดาห์ที่ 2 และ 3
X4	หมายถึง	กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมงในสัปดาห์ที่ 4

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ลักษณะเครื่องมือ และวิธีการสร้างเครื่องมือ

1. ลักษณะเครื่องมือ ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดกิจกรรมทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ (A-I-C) ใช้ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) สัปดาห์ที่ 2) การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด การสาริตและฝึกปฏิบัติ และเสนอบุคคลต้นแบบ สัปดาห์ที่ 3) การติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน และสัปดาห์ที่ 4) การประเมินผล

1.2 คู่มือการส่งเสริมสุขภาพมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

1.3 แผนการสอนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.4 แบบบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คุณภาพของเครื่องมือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความครอบคลุมของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. วิธีการสร้างเครื่องมือ

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน

2.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ประกอบด้วย 3 ด้าน

- ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ
- ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ
- ด้านการจัดการด้านความเครียด 10 ข้อ

รวมสำหรับข้อคำถามในส่วนนี้ มีจำนวน 30 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน มีข้อคำถามในด้านบวก (Positive Statement) มีจำนวน 20 ข้อและข้อคำถามในด้านลบ (Negative Statement) มีจำนวน 10 ข้อใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าถูกที่สุด ข้อที่ถูกให้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดให้ 0 ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนน 3 ระดับ การแปลผลตามคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์, 2553)

คะแนน	การแปลความหมาย
คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (คะแนน 24-30 คะแนน)	มีความรู้ในระดับสูง
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (คะแนน 19-23 คะแนน)	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 18 คะแนน)	มีความรู้ในระดับต่ำ

2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยอาศัยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ การตอบสนองความต้องการ จำนวน 4 ข้อ และการถ่ายทอดความรู้ จำนวน 4 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบ่งข้อคำถามได้ จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินระดับการรับรู้พลังอำนาจ ดังนี้

ระดับมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
ระดับมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบมากให้ 4 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบปานกลางให้ 3 คะแนน
ระดับน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบน้อยให้ 2 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลผลของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

ค่าเฉลี่ย	3.67 – 5.00	หมายถึง	มีการรับรู้พลังอำนาจสูง
ค่าเฉลี่ย	2.34 – 3.66	หมายถึง	มีการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้พลังอำนาจต่ำ

2.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม วารสาร เอกสารแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านความเครียด ซึ่งข้อคำถามเป็นทางบวกและทางลบ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) แบ่งข้อคำถามได้ จำนวน 30 ข้อ ให้ค่าแต่ละระดับปฏิบัติมีความหมาย ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก		การให้คะแนนจะเป็นดังนี้	
ตัวเลือก		คะแนน	
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเป็นประจำ	สม่ำเสมอ 5-7 วันต่อสัปดาห์ ข้อละ 3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นอย่างน้อย	1-4 วันต่อสัปดาห์ ข้อละ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเลยข้อละ 1 คะแนน
ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ		การให้คะแนนจะเป็นดังนี้
ตัวเลือก		คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ 5-7 วันต่อสัปดาห์ ข้อละ 1 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติในข้อคำถามนั้นอย่างน้อย 1-4 วันต่อสัปดาห์ ข้อละ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อคำถามนั้นเลยข้อละ 3 คะแนน

การแปลผลของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

ค่าเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

คุณภาพของเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ทั้งแบบสัมภาษณ์และเครื่องมือทดลอง ปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และนำเครื่องมือทุกส่วนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในโครงสร้าง การใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา ความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมและมีความถูกต้องก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีค่าความตรง ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93

1.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91

1.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92

2. หาคความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความถูกต้องชัดเจนสอดคล้องกับกรอบทฤษฎี เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าแบบสัมภาษณ์ และเครื่องมือทดลอง ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้จริง โดยนำเครื่องมือไปทดลอง (Try out) ใช้กับชมรมผู้สูงอายุบ้านสามแยก ตำบลกายูคละ อำเภอแวง จังหวัดนราธิวาส ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีความเที่ยง ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

หลังจากนั้นปรับปรุงแบบสัมภาษณ์อีกครั้ง ก่อนไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนดังนี้

1. เสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลาเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

2. ทำหนังสือจากสำนักงานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ฝาด เพื่อขอความร่วมมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม้ฝาด ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มผู้ร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

5. เมื่อได้โปรแกรมขึ้นมาแล้ว นำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเอง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือ ทำการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสัมภาษณ์

5.1 กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เรียงลำดับดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้พลังอำนาจและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.3 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขั้นเตรียมการ

1. มีการดำเนินการศึกษาเพื่อหาข้อมูลชุมชน ในด้านสภาพทั่วไป ด้านบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) คณะกรรมการชมรม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการแบบมีส่วนร่วม เมื่อได้ทราบปัญหาและความต้องการแล้วจึงนำมาวางแผนและศึกษาร่วมกันในการกำหนดกิจกรรมตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชุมเพื่อชี้แจงแนะนำบทบาทของ อสม. และวิธีการให้การสนับสนุน

ขั้นก่อนการทดลอง

เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Pre-test) ในกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และ กลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อทดสอบด้านความรู้การส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลอง

หลังจากได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มทดลองผู้วิจัยสำรวจคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งบอกขุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์คืน

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้
กิจกรรมที่ 1 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 5 ชั่วโมง)

ขั้นตอน A (Appreciation)

1. แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 14 คน แต่ละกลุ่มห่างกันพอสมควร เพื่อป้องกันเสียงรบกวนซึ่งกันและกัน มีอุปกรณ์ในการเขียนเพียงพอ มีที่ปรึกษาประจำกลุ่มๆละ 1-2 คน
2. ให้ผู้เข้าร่วมประชุมวาดภาพ หรือเขียนบรรยาย ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุในปัจจุบัน ทั้งทางด้านร่างกายด้านจิตใจ บทบาททางสังคมที่ไม่เหมาะสม ลงในกระดาษชาร์ต
3. ให้แต่ละกลุ่มรวมภาพและรวมความคิดการมองปัญหาผู้สูงอายุของแต่ละคนในกลุ่มเป็นภาพรวมของกลุ่ม แล้วเลือกตัวแทนกลุ่มย่อย 1 คน เพื่อนำเสนอความคิดของกลุ่มต่อที่ประชุม
4. ตัวแทนกลุ่มย่อยนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม
5. ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบัน จากความคิดทั้ง 2 กลุ่มเป็นปัญหาผู้สูงอายุของหมู่บ้าน
6. ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดถึงภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็นหรือที่ต้องการเขียนในกระดาษชาร์ต แล้วแยกเข้ากลุ่มเช่นเดิม
7. รวมภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนาของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่มแล้วเลือกตัวแทนกลุ่มละ 1 คน เพื่อนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม
8. ตัวแทนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม เมื่อตัวแทนกลุ่มเสร็จสิ้นการนำเสนอ
9. ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากให้เป็นที่ต้องการในอนาคตจากความคิดทั้ง 2 กลุ่มย่อย เป็นภาพรวมของชมรม

ขั้นตอน I (Influence)

1. ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดถึงกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็นหรือที่ต้องการเขียนในกระดาษชาร์ต แล้วแยกเข้ากลุ่มเช่นเดิม
2. กลุ่มย่อยรวมภาพความคิดกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็น หรือที่ต้องการเป็นภาพรวมของกลุ่มแล้วเลือกตัวแทนกลุ่ม 1 คน เพื่อนำเสนอแนวคิดของกลุ่มต่อที่ประชุม
3. ตัวแทนกลุ่มนำเสนอแนวคิดต่อที่ประชุม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม เมื่อตัวแทนแต่ละกลุ่มเสร็จสิ้นการนำเสนอ

4. ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกัน สรุปภาพความคิดกิจกรรม ที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา จากความคิดทั้ง 2 กลุ่มย่อย เป็นภาพรวมของหมู่บ้าน

5. คัดเลือกกิจกรรม และจัดลำดับกิจกรรมที่สำคัญๆ ในแต่ละด้าน ลงในกระดานชาร์ต โดยให้ผู้ร่วมประชุมยกมือลงคะแนนกิจกรรม หรือมาตรการนั้นๆ ที่คิดว่ามีประโยชน์ และควรนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอน C (Control)

1. ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดวิธีการ หรือลงรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ
2. ผู้วิจัยนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปและปิดการทำกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (ผู้วิจัยได้ปรับความเข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติม เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เน้นตามกิจกรรมที่ได้จากการประชุม ครั้งที่ 1) การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และเสนอบุคคลต้นแบบ สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 5 ชั่วโมง) โดยจัดทำเป็นแผนการสอนและนำเสนอโดยใช้สื่อการสอนแบบ Power point โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
2. ร่วมปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ฐานเพื่อให้มีทางเลือกวิธีการส่งเสริมสุขภาพ การบอกในสิ่งที่ตนเองทำอยู่และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

ฐานที่ 1 เลือกกินดีเพื่อสุขภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านโภชนาการ โดยมีโมเดลประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและ เนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ฐานที่ 2 ออกกำลังกายดี ชีวีสดใสมิมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ฐานที่ 3 ห่างไกลความเครียด มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านการจัดการความเครียด และวิธีคลายความเครียด

3. การสาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุและสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานโดยจัดเมนูอาหาร สาธิตการออกกำลังกาย และ วิธีผ่อนคลายความเครียด เพื่อส่งเสริมสมรรถนะตนเองของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองในการแสดงพฤติกรรม

4. การนำเสนอบุคคลต้นแบบ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ แข็งแรง ไม่ป่วยเป็นโรค จำนวน 1 ท่าน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ท่าน ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 1 ท่าน มีระดับน้ำตาลอยู่ใน

เกณฑ์ปกติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์ที่เกิดจากการกระทำของผู้อื่น ซึ่งการนำเสนอตัวแบบช่วยส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะในตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

5. ร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค วิเคราะห์ความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของกิจกรรม ด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด และแนวทางแก้ไขปัญหาจากการดำเนินจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 นำเสนอผลการวิเคราะห์ การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ และกระตุ้นให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

6. ตัดสินใจเลือกวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันพัฒนาความสามารถ ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม

7. นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 3 การติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 2-3

อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย โดยการไปเยี่ยมเยียน กระตุ้นการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง จำนวน 1 ครั้ง ในเขตที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบ วัตถุประสงค์เพื่อ

1. รับฟังการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหลังได้รับความรู้แล้ว และนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

2. ให้คำแนะนำ/ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่ผู้สูงอายุพบในขณะปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล สัปดาห์ที่ 4

ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมทั้งหมด เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามในประเด็นที่สงสัย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยดำเนินการติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้เลือกเป็นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับตนเอง และเพื่อให้มีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ประมาณ 20 นาที

2. จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการอภิปรายกลุ่มร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็น ผู้กระตุ้นให้กลุ่มระดมความคิด พุดคุยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการกระตุ้นจะสร้างความรู้ความเข้าใจ และเก็บสะสมไว้ในความทรงจำ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบของการปฏิบัติและการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้น

ซึ่งการกระตุ้นดังกล่าว จะส่งผลต่อสมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเชื่อมั่นและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และทำให้การรับรู้อุปสรรคของตนเองลดลง การอภิปรายกลุ่มนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้ ประมาณ 1 ชั่วโมง

3. การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และกระตุ้นให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 20 นาที

4. วิเคราะห์ สรุปผลและประเมินผลกิจกรรม ให้กำลังใจในความสำเร็จและสนับสนุนให้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพต่อทั้งในด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การเป็นต้นแบบแก่บุคคลอื่น ประมาณ 20 นาที

5. กล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ยุติสัมพันธภาพ

วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ประกอบการจัดกิจกรรมการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. สื่อการสอนแบบ Power point แสดงเนื้อหาความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร จำนวน 1 ชุด การออกกำลังกาย จำนวน 1 ชุด และการจัดการความเครียด จำนวน 1 ชุด

2. บุคคลต้นแบบ จำนวน 3 ท่าน

3. คู่มือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. แบบบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5. แผนการสอนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุม

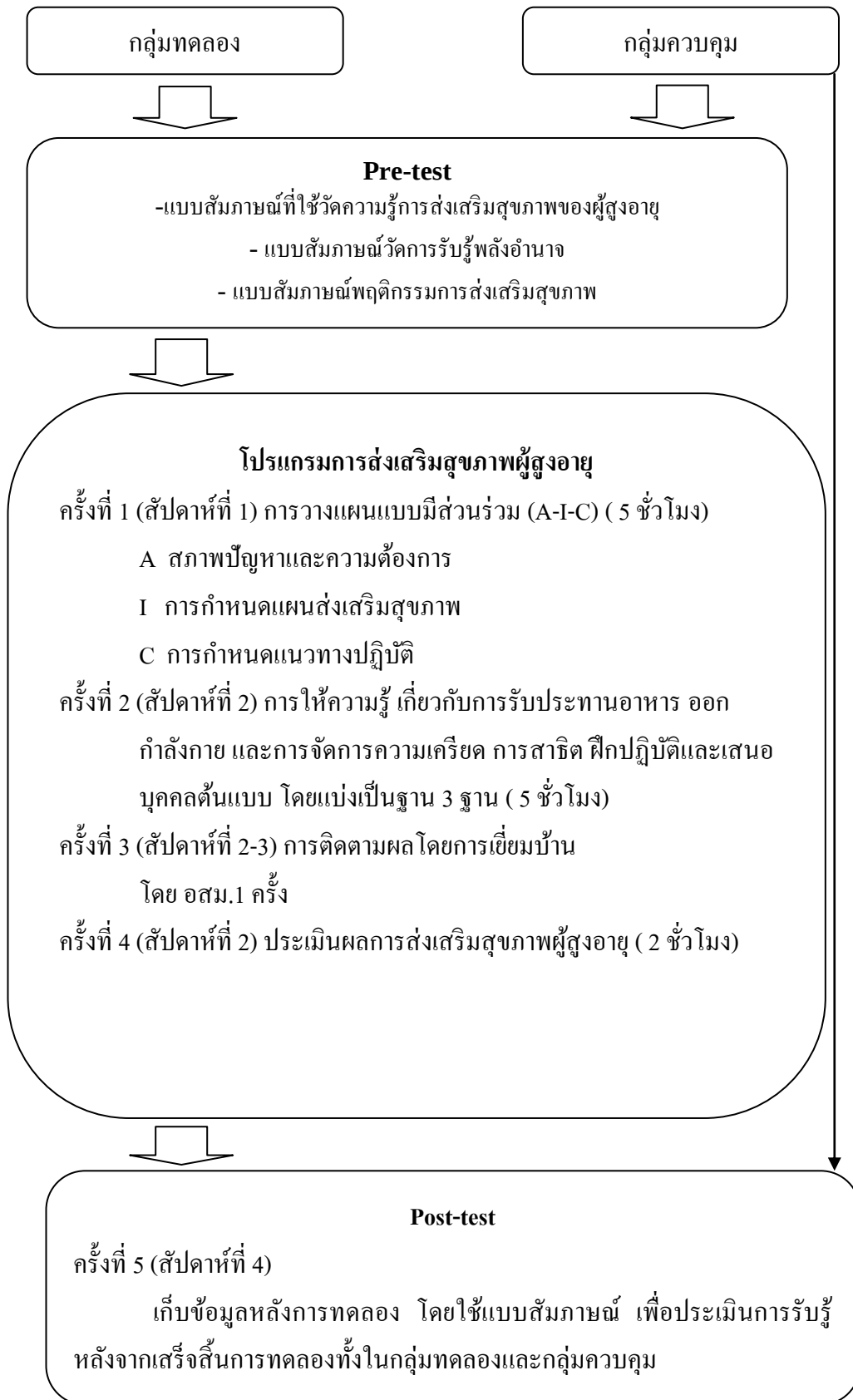
สัปดาห์ที่ 1 หลังจากได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มควบคุมผู้วิจัยสำรวจคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุ ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์คืน

สัปดาห์ที่ 2-3 กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแต่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือจากสื่อต่างๆ

สัปดาห์ที่ 4 กล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ยุติ
สัมพันธภาพ

ขั้นหลังทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Post-test) ภายหลังการทดลอง เป็นเวลา 4
สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพที่ 3 แผนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำมาลงรหัสและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ (Statistical package for the Social Science/For Window) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานและวิเคราะห์ด้วยสถิติ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป อธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

2.1 การทดสอบโดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) เพื่อศึกษาความคล้ายคลึงกัน ของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ว่ามีการแจกแจงในลักษณะที่เหมือนกันหรือไม่

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้การส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจำแนกระดับ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการทดสอบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

2.4 วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t- test)

แผนปฏิบัติการวิจัย

ตารางที่ 3 แผนปฏิบัติการวิจัย

ขั้นตอนของกิจกรรม	พ.ศ.2557					พ.ศ.2558							
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	
1	ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง												
2	ศึกษาประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง												
3	สร้างโปรแกรมฯปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการวิจัย												
4	เก็บรวบรวมข้อมูล												
5	วิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย												
6	เขียนต้นฉบับวิทยานิพนธ์												
7	พิมพ์วิทยานิพนธ์และเข้าเล่ม												
8	เสนอวิทยานิพนธ์												

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอวิชัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภอบางละมุง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับหัวข้อ ได้แก่ สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 6 ผลการศึกษาวิจัย ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ

สัญลักษณ์ที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกำหนดสัญลักษณ์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

df แทน ชั้นของความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

t แทน สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบ t

กำหนดค่า p-value < .05

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโดยการแสดงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การทดสอบโดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยการใช้สถิติการทดสอบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t- test) และสถิติทดสอบที ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t- test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.59 ¹
ชาย	12	42.90	10	35.70	
หญิง	16	57.10	18	64.30	
อายุ					1.00 ³
60-69 ปี	16	57.10	15	53.60	
60-69 ปี	5	17.90	6	21.40	
80 ปีขึ้นไป	7	25.00	7	25.00	
		$\bar{X}$ = 69.93	SD = 8.21	$\bar{X}$ = 69.89	SD = 8.95

1= Chi-square test, 2 = Fisher's exact test, 3 = Independent

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพ					0.59 ²
โสด	0	0.00	0	0.00	
สมรส	18	64.30	18	64.30	
หม้าย	8	28.80	9	32.10	
หย่า/แยก	2	7.10	1	3.60	
อาชีพ					0.91 ³
แม่บ้าน	8	28.60	7	25.00	
รับจ้าง	5	17.90	4	14.30	
ค้าขาย	5	17.90	5	17.90	
ข้าราชการเกษียณอายุราชการ	0	0.00	1	3.60	
เกษตรกร	10	35.70	11	39.30	
ระดับการศึกษา					0.54 ³
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	25.00	7	25.00	
ประถมศึกษา	18	64.30	16	57.10	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	7.10	4	14.30	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.60	0	0.00	
อนุปริญญา	0	0.00	0	0.00	
ปริญญาตรี	0	0.00	1	3.60	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00	

1= Chi-square test, 2 = Fisher's exact test, 3 = Independent t

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					0.93 ²
ต่ำกว่า 1,000 บาท	6	21.40	6	21.40	
1,001 - 5,000 บาท	12	42.90	13	46.40	
5,001 - 9,000 บาท	10	35.70	8	28.60	
9,000 - 13,000 บาท	0	0.00	0	0.00	
13,001 - 17,000 บาท	0	0.00	0	0.00	
17,001- 21,000 บาท	0	0.00	1	3.60	
21,001 บาท ขึ้นไป	0	0.00	0	0.00	

1= Chi-square test, 2 = Fisher's exact test, 3 = Independent t

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณา รายละเอียดในแต่ละตัวแปรของผู้สูงอายุที่ศึกษา ดังนี้

1. เพศ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 57.10) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 64.30)
2. อายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 57.10) รองลงมา ช่วงอายุ 80-89 ปี (ร้อยละ 25.00) และกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 53.60) รองลงมา ช่วงอายุ 80-89 ปี (ร้อยละ 25.00)
3. สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 64.30) รองลงมา สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 28.80) และกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.30) รองลงมา สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 32.10)
4. อาชีพ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีอาชีพทำเกษตรกรรม กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 35.70) รองลงมา เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 28.60) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 39.30) รองลงมา เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 25.00)

5. ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 64.30) รองลงมา คือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 25.00) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 57.10) รองลงมา คือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 25.00)

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่รายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 46.40) รองลงมามีรายได้ 5,001-9,000 บาท (ร้อยละ 28.60) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 42.90) รองลงมามีรายได้ 5,001-9,000 บาท (ร้อยละ 35.70)

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง

ข้อ ที่	ข้อความถาม	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานอาหารมากเพราะร่างกายไม่ได้ใช้พลังงานมาก	28	100.00	25	89.30
2	ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เนื่องจากร่างกายใช้พลังงานน้อยในแต่ละวัน	28	100.00	17	60.70
3	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารทะเล เครื่องในสัตว์ และไข่ให้มากๆ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง	26	92.90	24	85.70
4	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคควรกินอาหารให้เหมาะกับโรคที่เป็น	19	100.00	9	32.10
5	รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ก็เพียงพอแล้วไม่จำเป็นต้องกินอาหารเสริมหรือวิตามินเพิ่ม	25	89.30	24	85.70
6	รับประทานอาหารพวกผักและผลไม้เป็นประจำช่วยป้องกันไม่ให้ท้องผูก	25	89.30	19	67.90
7	กินขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่รสหวานน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	28	100.00	8	28.60

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8	ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาดให้ได้วันละ 8 แก้ว ทุกวัน	28	100.00	16	57.10
9	รับประทานอาหารรสเค็มจัดและหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	26	92.90	11	39.30
10	อาหารปิ้งย่าง ทอดในน้ำมันซ้ำ ไม่ควรรับประทานเพราะจะทำให้เสี่ยงต่อโรคมะเร็ง	20	71.40	8	28.60
11	การออกกำลังกายสม่ำเสมอและถูกวิธีจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย	28	100.00	15	53.60
12	การออกกำลังกายในผู้สูงอายุควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาที	17	60.70	9	32.10
13	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มต้นการออกกำลังกาย	28	100.00	23	82.10
14	ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะถ้าออกบ่อยๆ จะทำให้กระดูกเสื่อมสภาพเร็ว	25	89.30	17	60.70
15	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อ ปอดและหัวใจทำงานดีขึ้น	19	67.90	4	14.30
16	การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย	27	96.40	3	10.70
17	ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย	28	100.00	18	64.30
18	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายหักโหมให้เหนื่อยมาก ๆ เมื่อเริ่มออกกำลังกายครั้งแรก	16	57.10	19	67.90
19	การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือดกล้ามเนื้อ และระบบอื่น ๆ แข็งแรงขึ้น	28	100.00	4	14.30

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง	16	57.10	18	64.30
21	เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นให้ผู้สูงอายุโกรธ สิ่งที่ดีที่สุดคือ การหาสาเหตุที่แท้จริงและแก้ไขตามสาเหตุนั้น	28	100.00	4	14.30
22	ผู้สูงอายุควรเก็บความไม่สบายใจและความทุกข์ใจของตนไว้กับตนเองไม่ควรบอกให้ใครทราบ	15	53.60	16	17.70
23	ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมที่พอใจเพื่อคลายเหงาและให้มีความสุข	28	100.00	17	60.70
24	ผู้สูงอายุที่รู้สึกเหงา ไม่ควรหางานอดิเรกทำเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน	19	67.90	15	53.60
25	การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ช่วยให้ไม่ป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร หรือโรคต่างๆที่เกิดจากความเครียด	28	100.00	3	10.70
26	เมื่อเกิดภาวะตึงเครียดควรทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้	18	64.30	4	14.30
27	การรู้จักจัดการอารมณ์ของตนเองจะช่วยลดความโกรธ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความเครียดลงได้	22	78.60	8	28.60
28	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	28	100.00	28	100.00
29	ผู้สูงอายุไม่ควรอยู่คนเดียว ควรจะได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์และเข้าร่วมกิจกรรม	28	100.00	22	78.60
30	การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ ไม่ใช่วิธีการผ่อนคลายความเครียด	28	100.00	28	100.00

จากตารางที่ 5 การประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เมื่อพิจารณารายชื่อ ข้อที่ตอบถูกต้องมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) มีทั้งหมด 14 ข้อที่ตอบถูกต้องคือ ข้อ1) ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานอาหารมาก เพราะร่างกายไม่ได้ใช้พลังงานมาก ข้อ 2) ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เนื่องจากร่างกายใช้พลังงานน้อยในแต่ละวัน ข้อ7) กินขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่รสหวานน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 8) ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาดให้ได้ วันละ 8 แก้วทุกวัน ข้อ 11)การออกกำลังกายสม่ำเสมอและถูกวิธีจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ข้อ 13) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มต้นการออกกำลังกาย ข้อ17) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย ข้อ19) การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือดกล้ามเนื้อ และระบบอื่น ๆ แข็งแรงขึ้น ข้อ21) เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นให้ผู้สูงอายุโกรธ สิ่งที่ดีที่สุดคือ การหาสาเหตุที่แท้จริงและ ข้อ23) ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมที่พอใจเพื่อคลายเหงาและให้มีความสุข ข้อ25) การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร หรือโรคต่างๆ ที่เกิดจากความเครียด ข้อ28) ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ข้อ29) ผู้สูงอายุไม่ควรอยู่คนเดียว ควรจะได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์และเข้าร่วมกิจกรรม ข้อ30) การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ ไม่ใช่วิธีการผ่อนคลายความเครียด และข้อตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ ข้อ 22) ผู้สูงอายุควรเก็บความไม่สบายใจและความทุกข์ใจของตนไว้กับตนเองไม่ควรบอกให้ใครทราบ (ร้อยละ 53.60) ข้อ18) ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายหักโหมให้เหนื่อยมาก ๆ เมื่อเริ่มออกกำลังกายครั้งแรก (ร้อยละ 57.10) และ ข้อ20) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 57.10)

กลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เมื่อพิจารณารายชื่อ ข้อที่ตอบถูกต้องมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) คือ 28) ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง 30) การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ ไม่ใช่วิธีการผ่อนคลายความเครียด และ 1) ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานอาหารมาก เพราะร่างกายไม่ได้ใช้พลังงานมาก (ร้อยละ 89.30) และข้อตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ ข้อ 16) การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย (ร้อยละ 10.70) ข้อ 22) ผู้สูงอายุควรเก็บความไม่สบายใจและความทุกข์ใจของตนไว้กับตนเองไม่ควรบอกให้ใครทราบ(ร้อยละ 10.70) และ ข้อ 25) การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร หรือโรคต่างๆที่เกิดจากความเครียด (ร้อยละ 10.70)

ตารางที่ 6 ระดับของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (ได้คะแนนตั้งแต่ 24-30 คะแนน ขึ้นไป)	1	3.60	6	21.40
ปานกลาง (ได้คะแนนระหว่าง 18-23 คะแนน)	0	0.00	17	60.70
ต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน)	27	96.40	5	17.90
	$\bar{X} = 16.14$	SD = 0.76	$\bar{X} = 18.79$	SD = 2.18

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีระดับความรู้ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 96.40) รองลงมา มีความรู้ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 3.60) และไม่พบผู้ที่มีความรู้ในระดับปานกลาง

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.70) รองลงมา คือ มีความรู้ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 21.40)

ตารางที่ 7 ระดับของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (ได้คะแนนตั้งแต่ 24-30 คะแนน ขึ้นไป)	22	78.60	6	21.40
ปานกลาง (ได้คะแนนระหว่าง 18-23 คะแนน)	6	21.40	12	42.90
ต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน)	0	0.00	10	35.70
	$\bar{X} = 25.29$	SD = 2.66	$\bar{X} = 18.43$	SD = 2.87

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวม พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง มีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 78.60) รองลงมา มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.40) และไม่พบผู้ที่มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.90) รองลงมา คือ มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 35.70) และมีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 21.40)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับ การรับรู้พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้พลังอำนาจ				
	กลุ่มทดลอง(n=28)				
	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	60.70	39.30	0.00	0.00	0.00
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง	28.60	46.40	25.00	0.00	0.00
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาความผิดปกติทางด้านร่างกายของตนเองได้	17.90	46.40	35.70	0.00	0.00
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายของท่านได้อย่างเหมาะสม	100	0.00	0.00	0.00	0.00
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในโอกาสที่เหมาะสม	46.40	25.00	28.60	0.00	0.00
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาสภาพอารมณ์และจิตใจของท่านได้	60.70	14.30	25.00	0.00	0.00
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านจิตใจของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การหาวิธีคลายเครียดต่างๆโดยการปฏิบัติกิจทางศาสนา เป็นต้น	0.00	75.00	25.00	0.00	0.00

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้พลังอำนาจ				
	กลุ่มทดลอง(n=28)				
	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้พบกับญาติพี่น้องลูกหลานตามโอกาสที่เหมาะสม	0.00	75.00	25.00	0.00	0.00
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้	0.00	71.40	28.60	0.00	0.00
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้	0.00	85.70	14.30	0.00	0.00
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้	85.70	0.00	14.30	0.00	0.00
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของผู้อื่นได้	39.30	0.00	67.00	0.00	0.00
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะนำวิธีการใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพมาบอกต่อผู้อื่นได้	39.30	0.00	67.00	0.00	0.00
14. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุคนอื่นๆได้	46.40	53.60	0.00	0.00	0.00

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้พลังอำนาจ				
	กลุ่มทดลอง(n=28)				
	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)
15. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะ ถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาให้เกิด ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและ สังคมได้	46.40	17.90	35.70	0.00	0.00

จากตารางที่ 8 การรับรู้พลังอำนาจ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้พลังอำนาจ ที่มากที่สุด ในเรื่องต่อไปนี้

1. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายของท่านได้อย่างเหมาะสม
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาสภาพอารมณ์และจิตใจของท่านได้
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุม ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับ การรับรู้พลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้พลังอำนาจ				
	กลุ่มทดลอง(n=28)				
	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	53.60	32.10	10.70	3.60	0.00
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง	25.00	25.00	32.10	17.90	0.00
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาความผิดปกติทางด้านร่างกายของตนเองได้	25.00	32.10	17.90	25.00	0.00
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายของท่านได้อย่างเหมาะสม	3.60	35.70	50.00	7.10	0.00
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในโอกาสที่เหมาะสม	21.40	28.60	25.00	25.00	0.00
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาสภาพอารมณ์และจิตใจของท่านได้	14.30	28.60	25.00	25.00	7.10
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านจิตใจของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การหาวิธีคลายเครียดต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจทางศาสนา เป็นต้น	25.00	25.00	28.60	21.40	0.00

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้พลังอำนาจ				
	กลุ่มทดลอง(n=28)				
	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้พบกับญาติพี่น้อง ลูกหลานตามโอกาสที่เหมาะสม	21.40	17.90	32.10	28.60	0.00
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้	25.00	32.10	21.40	21.40	0.00
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้	0.00	35.70	57.10	0.00	7.10
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้	0.00	32.10	57.10	10.70	0.00
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของผู้อื่นได้	0.00	25.00	39.30	35.70	0.00
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะนำวิธีการใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพมาบอกต่อผู้อื่นได้	0.00	25.00	50.00	25.00	0.00
14. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุคนอื่นๆได้	0.00	21.40	46.40	7.10	3.60

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้พลังอำนาจ				
	กลุ่มทดลอง(n=28)				
	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)
15. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะ ถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาให้เกิด ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและ สังคมได้	0.00	28.60	10.70	42.90	17.90

จากตารางที่ 9 การรับรู้พลังอำนาจ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้พลังอำนาจ ที่มากที่สุด ในเรื่องต่อไปนี้

1. ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ตารางที่ 10 ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ระดับการรับรู้พลังอำนาจ	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีการรับรู้พลังอำนาจสูง(ได้ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน)	0	0.00	4	14.30
มีการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง (ได้ ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน)	24	85.70	24	85.70
มีการรับรู้พลังอำนาจต่ำ (ได้ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน)	4	14.30	4	14.30
	$\bar{X} = 2.70$	SD = 0.20	$\bar{X} = 2.74$	SD = 0.23

จากตารางที่ 10 ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง (ร้อยละ 85.70) รองลงมา มีระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 14.30) และไม่พบระดับสูงในกลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.70) และ มีระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 14.30) เท่ากัน

ตารางที่ 11 ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ระดับการรับรู้พลังอำนาจ	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีการรับรู้พลังอำนาจสูง(ได้ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน)	15	53.60	4	14.30
มีการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง (ได้ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน)	13	46.40	24	85.70
มีการรับรู้พลังอำนาจต่ำ (ได้ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.00	4	14.30
	$\bar{X} = 3.76$	SD = 0.25	$\bar{X} = 3.29$	SD = 0.28

จากตารางที่ 11 ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับการรับรู้พลังอำนาจสูง (ร้อยละ 53.60) รองลงมา มีระดับการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง (ร้อยละ 46.40) และไม่พบระดับต่ำในกลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีระดับการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง (ร้อยละ 85.70) และ รองลงมา มีระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 14.30)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรม กลุ่มทดลอง(n=28)			ระดับพฤติกรรม กลุ่มควบคุม (n=28)		
	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)
ด้านการรับประทานอาหาร						
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	60.70	39.30	0.00	0.00	53.60	46.40
2. ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลาย ไม่ซ้ำซาก	67.90	32.10	0.00	0.00	28.60	71.40
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทหนึ่ง คัม ลวก อบ	53.60	46.40	0.00	0.00	100.00	0.00
4. ท่านรับประทานอาหารน้ำเต้าหู้ หรือนมเป็น ประจำ	71.40	28.60	0.00	0.00	71.40	28.60
5. ท่านรับประทานอาหารปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	71.40	28.60	0.00	0.00	100.00	0.00
6. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	57.10	42.90	0.00	0.00	28.60	71.40
7. ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนผสม ของกะทิ	0.00	53.60	46.40	0.00	100.00	0.00
8. ท่านรับประทานอาหารของทอด	0.00	46.40	53.60	71.40	28.60	0.00
9. ท่านรับประทานอาหารผักและผลไม้	100.00	0.00	0.00	0.00	28.60	71.40
10. ท่านรับประทานอาหารของหวาน	0.00	53.60	46.40	71.40	28.60	0.00

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรม			ระดับพฤติกรรม		
	กลุ่มทดลอง(n=28)			กลุ่มควบคุม (n=28)		
	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)
ด้านการออกกำลังกาย						
11. ท่านออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นประจำ	71.40	28.60	0.00	0.00	64.30	35.70
12. ท่านสามารถออกกำลังกายได้แม้ไม่มีเพื่อน	46.40	53.60	0.00	0.00	71.40	28.60
13. ท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย	53.60	46.40	0.00	0.00	28.60	71.40
14. ท่านออกกำลังกายโดยการทำกิจวัตรประจำวันจนมีเหงื่อออก	60.70	39.30	0.00	3.60	64.30	32.10
15. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกันครั้งละ 30 นาที	60.70	39.30	0.00	0.00	57.10	42.90
16. ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ เดินเร็ว ถีบจักรยาน ติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 15-30 นาที	71.40	28.60	0.00	35.70	60.70	3.60
17. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า	53.60	46.40	0.00	0.00	28.60	71.40
18. ท่านออกกำลังกายโดยการเริ่มจากการทำท่าเบา ๆ ก่อน	57.10	42.90	0.00	0.00	25.00	75.00
19. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้	89.30	10.70	0.00	0.00	60.70	39.30

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรม กลุ่มทดลอง(n=28)			ระดับพฤติกรรม กลุ่มควบคุม (n=28)		
	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)
ด้านการออกกำลังกาย (ต่อ)						
20.ท่านออกกำลังกายเพื่อช่วยให้ลด ความเครียด	57.10	42.90	0.00	0.00	57.10	42.90
ด้านการจัดการความเครียด						
21.ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการ หัวเราะ	74.10	28.60	0.00	0.00	35.70	64.30
22.เมื่อท่านไม่สบายใจมักระบายความ กับข้อใจกับบุคคลที่ไว้ใจ	57.10	42.90	0.00	32.10	10.70	57.10
23.ท่านควบคุมอารมณ์ เมื่อมีสิ่งมา กระทบกระเทือนจิตใจโดยการวางเฉย	28.60	71.40	0.00	32.10	60.70	7.10
24.ท่านนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง	50.00	50.00	0.00	3.60	89.30	7.10
25.ท่านมีการพบปะกลุ่มเพื่อนเพื่อพูดคุย ในยามว่างเสมอ	75.00	25.00	0.00	3.60	67.90	28.60
26.เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะปรึกษา ผู้อื่น	21.40	78.60	0.00	3.60	71.40	25.00
27. ท่านทำจิตใจให้สงบ สดชื่นแจ่มใส และไม่โกรธง่าย	85.70	14.30	0.00	3.60	89.30	7.10
28.เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะเก็บ เรื่องไว้คนเดียว	0.00	32.10	67.90	64.30	35.70	0.00
29.เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะทำ กิจกรรมอื่นๆ เช่น ปลูกต้นไม้ ดู โทรทัศน์ ฟังวิทยุ	89.30	10.70	0.00	3.60	92.90	3.60

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรม			ระดับพฤติกรรม		
	กลุ่มทดลอง(n=28)			กลุ่มควบคุม (n=28)		
	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ ประจำ (ร้อย ละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อย ละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อย ละ)
ผลการจัดการความเครียด (ต่อ)						
30.เมื่อท่านมีอาการโกรธสามารถระงับ						
อารมณ์ได้ด้วยตนเอง	78.60	21.40	0.00	3.60	92.90	3.60

จากตารางที่ 12 การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พอใช้ ในเรื่องต่อไปนี้

1. ด้านการรับประทานอาหารผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ นานๆ ครั้ง
2. ด้านออกกำลังกายผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ แม้ไม่มีเพื่อนนาน ๆ ครั้ง
3. ด้านการจัดการความเครียดเมื่อท่านไม่สบายใจจะปรึกษาผู้อื่นนาน ๆ ครั้ง

สำหรับกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องปรับปรุงในเรื่องต่อไปนี้

1. ด้านการรับประทานอาหารผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารของหวานเป็นประจำ
2. ด้านออกกำลังกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกายโดยการเริ่มจากการทำท่า

เบา ๆ ก่อน

3. ด้านการจัดการความเครียดผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติผ่อนคลายความเครียดโดยการหัวเราะ

ตารางที่ 13 ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ระดับการรับรู้พลังอำนาจ	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
การปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	27	96.40	28	100.00
การปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 คะแนน)	1	3.60	0	0.00
	$\bar{X} = 1.82$	SD = 0.07	$\bar{X} = 1.84$	SD = 0.09

จากตารางที่ 13 ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 96.40) รองลงมา มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 3.60)

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมทั้งหมด มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 100.00)

ตารางที่ 14 ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้พลังอำนาจ	กลุ่มทดลอง(n=28)		กลุ่มควบคุม(n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 คะแนน)	13	46.00	0	0.00
การปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน)	15	53.60	26	92.90
การปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 คะแนน)	0	0.00	2	7.10
	$\bar{X} = 2.10$	SD = 0.33	$\bar{X} = 1.90$	SD = 0.23

จากตารางที่ 14 ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 53.60) และรองลงมา มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้เท่ากัน (ร้อยละ 48.40) และไม่พบการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 92.90) รองลงมา การปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 7.10) และไม่พบการปฏิบัติอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม และ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S.D	t-value	df	P-value
กลุ่มควบคุม				0.49	0.49	0.49
ก่อนการทดลอง	28	18.79	2.18			
หลังการทดลอง	28	18.43	2.87			
กลุ่มทดลอง				18.98	27	<0.01
ก่อนการทดลอง	28	16.14	0.768			
หลังการทดลอง	28	25.29	2.66			

Paired t- test

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 18.79) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 18.43) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และกลุ่มทดลองก่อนและหลังการอบรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 16.14) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 25.29) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S.D	t-value	df	P-value
ก่อนการทดลอง				6.05	54	<0.01
กลุ่มทดลอง	28	16.14	0.76			
กลุ่มควบคุม	28	18.79	2.18			
หลังการทดลอง				9.26	54	<0.01
กลุ่มทดลอง	28	25.29	2.66			
กลุ่มควบคุม	28	18.43	2.87			

Independent t- test

จากตารางที่ 16 พบว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 16.14$) ในกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 18.79$) และหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 25.29$) กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 18.43$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มทดลอง

และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตอนที่ 6 ผลการศึกษาวิจัย การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ

โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการของชมรม ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์สมาชิกบริหารจัดการ ในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน

28 คน ใช้เวลาอบรม 1 วัน ดำเนินกิจกรรมตามแผนการอบรมและสังเกตการณ์ร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) พบว่า สมาชิกมีการแต่งตั้งผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึกและผู้ที่จะนำเสนอ ผู้นำกลุ่มและวิทยากรจะเป็นคนกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้เปิดประเด็นและแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์สถานการณ์ของการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ โดยสมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเป็นอย่างดี มีการเสนอความคิดเห็นและบางครั้งก็มีข้อโต้แย้งบ้างแต่ก็รับฟังความคิดเห็นคนอื่นอย่างมีเหตุผล วิทยากรสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรมและช่วยกระตุ้นสำหรับสมาชิกในกลุ่มบางคนยังมีความกังวลใจและไม่กล้าแสดงความคิดเห็น มีปัญหาเรื่องการเขียนและการวาดภาพ บางคนจำเป็นต้องอาศัยการเล่าและพูดคุย สามารถอธิบายตามขั้นตอนการดำเนินการได้ดังนี้

1. ขั้นตอนหาสภาพปัญหาและความต้องการ (Appreciation)

1.1 การทบทวนสถานการณ์ ขั้นตอนนี้วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่มๆ ละ 14 คน ร่วมกันวิเคราะห์และเล่าเรื่องราวของการดำเนินชีวิต วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในอดีต สภาพการรวมกลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ และสมาชิกในกลุ่มวาดภาพจากคำบอกเล่าของสมาชิกในกลุ่ม โดยสมาชิกแต่ละกลุ่มให้ความสนใจในการนำเสนอของผู้นำเสนอมีการซักถามแลกเปลี่ยนกรณีไม่เข้าใจในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง มีการกำหนดประเด็นคือ “ปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบัน” เป็นอย่างไร

1.2 การเข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริงขั้นตอนนี้ มีการวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบันร่วมกัน สภาพการณ์ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานโดยวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัจจัยและสาเหตุของปัญหา สมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสอบถามได้ แต่ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ นำเสนอในภาพของกลุ่มและรวมเป็นภาพเดียวกันของกลุ่มใหญ่ผลจากการทำกิจกรรมตามขั้นตอนดังกล่าว ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเสนอปัญหาสุขภาพ และปัญหาการดำเนินงานในภาพรวมของกลุ่มซึ่งได้แก่ ปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุไม่ได้รับสวัสดิการที่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ขาดสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม ทำให้การดำเนินงานชมรมไม่มีความต่อเนื่อง และสมาชิกไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรมกับชมรมอื่นที่อยู่ห่างไกลบ้าน มีการกำหนดประเด็นคือ “ผู้สูงอายุที่พึ่งปรารถนา หรือที่อยากให้เป็นในอนาคต”

1.3 สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต ขั้นตอนนี้ให้ผู้เข้ารับการอบรมสร้างภาพชมรมผู้สูงอายุที่ต้องการ (ภาพฝันของชมรม) โดยการแบ่งกลุ่มวิเคราะห์ตามประเด็นที่กำหนด จากการสังเกตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมอบรมมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกันอย่างเป็นกันเองและมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้นและกลุ่มได้สรุปความต้องการของชมรมในอนาคตเกี่ยวกับการดำเนิน

กิจกรรมของชมรม ได้แก่ ต้องการให้มีที่ทำการหรือสถานที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ ให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนกำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพ (Influence)

การระดมแนวคิดเพื่อค้นหาแนวทางและกิจกรรมแก้ไขปัญหากลุ่มผู้สูงอายุ ขั้นตอนนี้เป็นการระดมแนวคิดเพื่อค้นหาแนวทางและกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์เขียนแนวทาง กิจกรรม บนแผ่นกระดาษ โดยมีการชี้แจงเสนอเหตุผลความจำเป็นในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ผู้แทนกลุ่มนำเสนอผลการประชุมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มใหญ่ร่วมกันซักถาม ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากขั้นตอนนี้กลุ่มนำเสนอแนวทาง แผนงานและโครงการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้แก่ แผนงานส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองประยุกต์ ส่วนแผนการช่วยเหลือสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุพิจารณาให้นำเสนอต่อองค์กรชุมชน และ อบต. ในโอกาสต่อไป

3. ขั้นตอนการกำหนดแนวทางปฏิบัติ (Control)

ขั้นตอนนี้ให้ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มจัดทำแผนเสนอรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียดที่ต้องพิจารณาได้แก่ ดำเนินกิจกรรมอะไร ดำเนินงานกันอย่างไร เมื่อไหร่ ใครเป็นผู้รับผิดชอบ จากขั้นตอนนี้กลุ่มได้มีข้อตกลงและยอมรับแผนงานส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยผู้เข้าอบรมได้คัดเลือกตัวแทนเพื่อเป็นผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมพร้อมประชุมมอบหมายภารกิจ บทบาทของแต่ละคน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ บ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภองาว จังหวัดนราธิวาส โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pretest - Posttest Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 56 ราย วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม คือการจับสลากชื่อจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนาการแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบโดยใช้ Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent t-test ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยการใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้ไว้ ผู้วิจัยจึงขอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณา รายละเอียดในแต่ละตัวแปรของผู้สูงอายุที่ศึกษา ดังนี้
เพศ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 57.10) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 64.30) อายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 57.10) และกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 53.60) สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 64.30) และกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.30) อาชีพ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีอาชีพทำเกษตรกรรม กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 35.70) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 39.30) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 64.30) และกลุ่ม

ควบคุม (ร้อยละ 57.10) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่รายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 46.40) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 42.90)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวม ก่อนทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 16.14 SD = 0.76) และผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 18.79 SD = 2.18) ภายหลังทดลอง ระดับของความรู้ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 25.29 SD = 2.66) และผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 18.43 SD = 2.87)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.70 SD = 0.20) และผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.74 SD = 0.23) ภายหลังการทดลอง ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับการรับรู้พลังอำนาจสูง ($\bar{X}$ = 3.76 SD = 0.25) และผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีระดับการรับรู้พลังอำนาจปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.29 SD = 0.28)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 1.82 SD = 0.07) และผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 1.84 SD = 0.09) เท่ากัน ภายหลังการทดลอง ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.10 SD = 0.33) และ ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 1.90 SD = 0.23)

5. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม และ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 18.79) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 18.43) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม พบว่า

ก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =16.14) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$ =25.29) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.01$

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 16.14) ในกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 18.79) และหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =25.29) กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =18.43) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.01$ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.01$ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

6. ผลการศึกษาวิจัย ด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ

พบว่า สมาชิกมีการแต่งตั้งผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึกและผู้ที่จะนำเสนอ ผู้นำกลุ่มและวิทยากรจะเป็นคนกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้เปิดประเด็นและแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์สถานการณ์ของการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ โดยสมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเป็นอย่างดี มีการเสนอความคิดเห็นและบางครั้งก็มีข้อโต้แย้งบ้างแต่ก็รับฟังความคิดเห็นคนอื่นอย่างมีเหตุผล วิทยากรสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรมและช่วยกระตุ้นสำหรับสมาชิกในกลุ่มบางคนยังมีความกังวลใจและไม่กล้าแสดงความคิดเห็น มีปัญหาเรื่องการเขียนและการวาดภาพ บางคนจำเป็นต้องอาศัยการเล่าและพูดคุย สามารถอธิบายตามขั้นตอนการดำเนินการได้ดังนี้

1. ขั้นตอนหาสภาพปัญหาและความต้องการ (Appreciation)

1.1 การทบทวนสถานการณ์ ขั้นตอนนี้วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่มๆ ละ 14 คน ร่วมกันวิเคราะห์และเล่าเรื่องราวของการดำเนินชีวิต มีการกำหนดประเด็นคือ “ปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบัน ” เป็นอย่างไร

1.2 การเข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริงขั้นตอนนี้ มีการวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบันร่วมกัน ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเสนอปัญหาสุขภาพ และปัญหาการดำเนินงานในภาพรวมของกลุ่มซึ่งได้แก่ ปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุไม่ได้รับสวัสดิการที่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ขาดสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม ทำให้การดำเนินงานชมรมไม่มีความต่อเนื่อง และสมาชิกไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรมกับชมรมอื่นที่อยู่ห่างไกลบ้าน มีการกำหนดประเด็นคือ “ผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา หรือที่อยากให้เป็นในอนาคต”

1.3 สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต ขั้นตอนนี้ให้ผู้เข้ารับการอบรมสร้างภาพชมรมผู้สูงอายุที่ต้องการ (ภาพฝันของชมรม) กลุ่มได้สรุปความต้องการของชมรมในอนาคตเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของชมรม ได้แก่ ต้องการให้มีที่ทำการหรือสถานที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ ให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนกำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพ (Influence)

การระดมแนวคิดเพื่อค้นหาแนวทางและกิจกรรมแก้ไขปัญหของชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มนำเสนอแนวทาง แผนงานและโครงการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหซึ่งได้แก่ แผนงานส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองประยุกต์ ส่วนแผนการช่วยเหลือสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุพิจารณาให้นำเสนอต่อองค์กรชุมชน และ อบต.ในโอกาสต่อไป

3. ขั้นตอนการกำหนดแนวทางปฏิบัติ (Control)

กลุ่มจัดทำแผนเสนอรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการออกกำลังกาย จากขั้นตอนนี้กลุ่มได้มีข้อตกลงและยอมรับแผนงานส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยผู้เข้าอบรมได้คัดเลือกตัวแทนเพื่อเป็นผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมพร้อมประชุมมอบหมายภารกิจ บทบาทของแต่ละคน

อภิปรายผล

จากการประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนาภิเษก อำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี สามารถอภิปรายผลร่วมกับแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ และ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ส่งผลต่อกลุ่มทดลอง รูปแบบกิจกรรมที่จัดขึ้น

1. โดยนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ประกอบด้วย การสร้างความรู้ความเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (Influence) การกำหนดแนวทางปฏิบัติ (Control) กลุ่มทดลอง ได้มีโอกาสในการร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในการดำเนินงานกิจกรรมของชมรม และร่วมตัดสินใจวางแผนงานโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีอิสระไม่ถูกครอบงำจากสมาชิกในกลุ่มหรือคนใดคนหนึ่ง ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเอง มีการรับรู้ถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จากเวทีแลกเปลี่ยนของกระบวนการ เกิดการยอมรับในการตัดสินใจของกลุ่มทำให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีการเสนอกิจกรรมที่ตนเองและสมาชิกต้องการร่วมกันและสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น โครงการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองประยุกต์ กลุ่มได้ร่วมกันคัดเลือกตัวแทนของชมรมเป็นคณะทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ต่างๆ ตามโครงการที่วางแผนจะดำเนินการ พร้อมกับมีการมอบหมายภาระหน้าที่ ได้แก่การคัดเลือกเป็นผู้นำกิจกรรมหรือประธาน ผู้ประสานงานแต่ละกิจกรรม โดยเลือกตามความสนใจสมัครใจ ไม่มีการบังคับเป็นผลให้สมาชิกรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น มีการมอบหมายงานที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เกิดการชักชวนแนะนำให้สมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมตามแผนที่ทางกลุ่มได้ตกลงกัน ซึ่งทำให้ชมรมสามารถดำเนินกิจกรรมอยู่ได้อย่างด้วยความร่วมมือของสมาชิก และสอดคล้องกับหลายๆ งานวิจัยที่ผ่านมา (นิศย์ ทศนิยม และคณะ, 2546 : 96 ; นรเศรษฐ์ เรื่องพยุสศักดิ์, 2549 : 114 ; เจตวัชร พาดา, 2550 : 120 ; ชนัญชวีร์ จิตวัฒนา

นนท์, 2552 : 134 ; ศักรินทร์ ทองภูธรณ์, 2553: 118) ส่งผลให้กลุ่มสามารถร่วมกันวางแผนได้โดยการสะท้อนภาพในอดีตและปัจจุบันเกิดความต้องการที่จะแก้ไขและพัฒนา สามารถกำหนดวิสัยทัศน์สุขภาพของตำบลได้ กลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา/พัฒนาสุขภาพของชมรม ตัดสินใจร่วมกันในการจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการและสามารถกำหนด เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการพัฒนาชมรมแบบมีส่วนร่วมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และเสนอบุคคลต้นแบบ เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ทางความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ (Pender et al, 2006 ; อ้างถึงในสุพิมพ์ อุ่นพรม, 2550 :34) ที่เน้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการรับรู้เหล่านี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติความรู้สึกเกิดแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นอีกทั้งการให้ความรู้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันและการเสริมสร้างพลังอำนาจของภักดิ์สันเป็นการให้อำนาจหรือการเพิ่มความสามารถของบุคคลนั้นให้มีอำนาจในการควบคุมจัดการและการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ความสามารถของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับหลายๆงานวิจัยที่ผ่านมา (กาญจนารัตน์ ทองบุญ, 2548 : 86 ; พิเศษฐ์ สุธรรมรักษ์, 2548 : 84 ; ชูวดี รอดจากภัย รัชนิ สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ, 2548 : 96 ; สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์, 2549 : 101 ; วราภรณ์ ทินเกิด, 2550 : 87 ; สุพิมพ์ อุ่นพรม, 2550 : 92 ; อรพิน เทิดอุดมธรรม, 2550 : 85) การสอนโดยบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม การบอกในสิ่งที่ตนเองทำอยู่ ร่วมคิดวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ตัดสินใจเลือกวิธีส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และมีวิธีการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับตนเองโดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

แบ่งเป็น 3 ฐานเพื่อให้มีทางเลือกวิธีการส่งเสริมสุขภาพ การบอกในสิ่งที่ตนเองทำอยู่และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ฐานที่ 1 เลือกกินดีเพื่อสุขภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านโภชนาการ โดยมีโมเดลประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและ เนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ฐานที่ 2 ออกกำลังกายดี ชีวีสดใสมิ

เนื้อหาเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ฐานที่ 3 ห้างไกลความเครียด มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านการจัดการความเครียด และวิธีคลายความเครียด การสาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุและสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานโดยจัดเมนูอาหาร สาธิตการออกกำลังกาย และ วิธีผ่อนคลายความเครียด เพื่อส่งเสริมสมรรถนะตนเองของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองในการแสดงพฤติกรรม

การนำเสนอบุคคลต้นแบบ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ แข็งแรง ไม่ป่วยเป็นโรค จำนวน 1 ท่าน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ท่าน ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 1 ท่าน มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์ที่เกิดจากการกระทำของผู้อื่น ซึ่งการนำเสนอตัวแบบช่วยส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะในตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งสามท่านได้เล่าประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยว่า “ปกติวิถีชีวิตจะกินเค็ม ของหวาน โดยเฉพาะอาหารพื้นบ้านทั่วไป แต่ด้วยว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต้องเป็นโรคนี้ไปตลอดชีวิตและไม่อยากให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตกเป็นอัมพาต หรือโรคไตวาย จึงต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ได้แก่ การงดรับประทานอาหารเค็ม หรืออาหารอย่างอื่นที่หมักปรุงด้วยเกลือ รับประทานผักเป็นประจำวัน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นต้น อีกทั้งมีอาการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่เครียด มาตรวจรับยาตามที่หมอนัด เลยทำให้มีความรู้สึกสบายตัวมากขึ้น ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการวิงเวียนหรือเจ็บแน่นหน้าอก หน้าตาสดชื่นแจ่มใส สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชมรมและของหมู่บ้านได้ เป็นต้น” และอีกท่าน ทำอย่างไรถึงได้มีสุขภาพที่ดี และแข็งแรง ไม่ป่วยเป็นโรคใดแต่ต้องส่งเสริมสุขภาพของตนเองไว้ จึงต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ รับประทานผักเป็นประจำวัน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นต้น อีกทั้งมีอาการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่เครียด มาตรวจสุขภาพ และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชมรมและหมู่บ้านได้ ใช้ความสามารถศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นต้น”

3. การติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน โดยการไปเยี่ยมเยียน กระตุ้นการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบ เยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้งวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหลังได้รับความรู้แล้วและนำไปปฏิบัติต่อบ้านให้คำแนะนำ/ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่ผู้สูงอายุพบในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมและสอดคล้องกับหลายๆ งานวิจัยที่ผ่านมา (กาญจนารัตน์ ทองบุญ, 2548 : 86 ; ชูดี

รอดจากภัย รัชนี สรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ , 2548 : 96 ; วันเพ็ญ ปันราช, 2552 : 101) ในการเยี่ยมบ้านผลที่ได้ คือ สามารถให้รายละเอียดได้มาก เนื่องจากเห็นถึงสภาพแวดล้อมของบ้านความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล

4. การประเมินผล โดยดำเนินการติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้เลือกเป็นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับตนเอง และเพื่อให้มีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืนจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการอภิปรายกลุ่มร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็น ผู้กระตุ้นให้กลุ่มระดมความคิด พุดคุยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการกระตุ้นจะสร้างความรู้ความเข้าใจ และเก็บสะสมไว้ในความทรงจำ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบของการปฏิบัติและการไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้น ซึ่งการกระตุ้นดังกล่าว จะส่งผลต่อสมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเชื่อมั่นและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และทำให้การรับรู้อุปสรรคของตนเองลดลง การอภิปรายกลุ่มนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้ วิเคราะห์ สรุปผลและประเมินผลกิจกรรม ให้กำลังใจในความสำเร็จและสนับสนุนให้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพต่อทั้งในด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การเป็นต้นแบบแก่บุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ งานวิจัยที่ผ่านมา (นิศย์ ทศนิยม และคณะ, 2546 : 96 ; นรเศรษฐ์ เรื่องพยางค์ศักดิ์, 2549 : 114 ; เจตวัชร พาดา, 2550 : 120 ; ชนัญฐวีร์ จิตวัฒนานนท์, 2552 : 134 ; ศักรินทร์ ทองภูธรณ์, 2553: 118) การเสริมสร้างพลังอำนาจ 7 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ ประสิทธิภาพ ระบุประสิทธิภาพ วิเคราะห์ วางแผน ปฏิบัติ และการติดตามผล ในด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินผลมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) การสร้างความรู้ความเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ การให้ความรู้เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ทางด้านความคิดและความรู้ลึกเฉพาะต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยให้ความรู้ที่เน้นถึงประโยชน์หรืออุปสรรคของพฤติกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้อุปสรรคต่อการปฏิบัติลดลง อีกทั้งการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการบันทึกพฤติกรรมจะ

เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ มีคุณค่าในตนเองมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การประเมินผลยังทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 สร้างแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีการติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

1.2 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เป็นวิธีการที่ดีสามารถช่วยให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ รวมทั้งวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับหรือชมรมอื่นๆ ได้ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรให้มีการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปใช้กับพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนี้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

2.2 ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีกิจกรรมการทำข้อตกลงร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพ และให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

การปกครอง,กรม. (2557). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2557.

การแพทย์, กรม. (2545). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สถาบัน
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนารัตน์ ทองบุญ. (2548). แนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชนรัตนาวรี
อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญกิจ.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2552). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์.

โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ,สำนักงาน. (2553). แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ.

จิรัชติ ชมพ. (2550). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์
คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต
วิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เจตวัชร พาด. (2550). กระบวนการจัดการชมรมผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้การจัดการของ Henri
Fayol ร่วมกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในเขตเทศบาลอากาศ
อำนวยจังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ชนัญญวีร์ จิตวัฒนานนท์. (2552). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC : กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพัฒนาสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

นิตย์ ทศนิยม และคณะ. (2546).รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพใน
โรงพยาบาลชุมชน: กระบวนการและปัญหาอุปสรรค. ขอนแก่น :
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตย์ ทศนิยม, อัมพร เจริญชัย , & วันเพ็ญ ปันราช. (2546). การพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วม
ของชุมชน.ใน อัมพร เจริญชัย & สุขุมล ธนาเศรษฐ์อังกูล (ผู้รวบรวม). เอกสารการ
สอนวิชา 250342 การพยาบาลชุมชน 2.(หน้า 166-1667). ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

- นรเศรษฐ์ เรืองพยุงศักดิ์. (2549). การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย
กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหลวง
อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี.
- รัชวิทย์ วงศ์เข็มมา. (2550). การจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2545). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์เตรียมตัวก่อนสูงอายุ(เตรียมตัวก่อนเกษียณ
การทำงาน). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2547). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2555). ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2550). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : เรื่อง
เกี่ยวกับการพิมพ์.
- ปาณิสรา ดีใหม่. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิกชมรม
ผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าด้อม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2554). ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่
2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสัมพันธ์พานิชย์.
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2550). การปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี. ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์.
_____. (2554). การปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี. ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์.
_____. (2555). การปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี. ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์.
_____. (2556). การปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี. ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์.
- พิชิต ลายนน้ำเงิน. (2550). เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงาน
ชมรม ผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในอำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี โดย
ประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) และการจัดการของ
คุณท์ซ (POSDC). วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม. (2550). คู่มือประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
: ชมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- พิเชษฐ์ สุธรรมรักษ์. (2548). **ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยสถานีอนามัย ตำบลบ้านยาง อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี.**
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2549). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549.**
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา ISBN: 978-974-13-1770-7.
- เมธิณี จันดิยะ. (2547). **ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคอุดกันเรื้อรัง.**
- ยุวดี รอดจากภัย รัชณี สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ. (2548). **การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน.**
- วิรัตน์ จำปาวัน. (2549). **การประยุกต์ใช้วัฏจักรเดมมิ่งและการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร.**
วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วันเพ็ญ ปันราช (2552). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ชเนตติ มลิณทางกูร. (2551). **การส่งเสริมสุขภาพกับปีศาจกลัวด้วยผู้สูงอายุ :**
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. (2553). **ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.** วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สรินทร เขียวโสธร. (2545). **ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ยา.**
- สายสุดา โกชนาการณ. (2548). **ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกระทู้มแบน อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร.**
- สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์. (2549). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลทำและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า.**
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). **การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2554). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพิมพ์ อุ่นพรม. (2550). ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่.

สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์ & วิไลศักดิ์ บัวแย้ม. (2546). รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการ
บริการสุขภาพองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดพิษณุโลก.
พิษณุโลก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2556). ภาวะผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร.

สุรกุล เจนอบรม. (2554). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
สถิติแห่งชาติ,สำนักงาน (2551). ผู้สูงอายุไทย 2551 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ.
กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด

สถิติแห่งชาติ,สำนักงาน (2546). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.

_____. (2557). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2557.

สาธารณสุข,กระทรวง. (2557). กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การออกกำลังกายทั่วไป
และเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง (2550). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่10 (พ.ศ.2550 -
2554). กระทรวงสาธารณสุข.

สาธารณสุขอำเภอแวง, สำนักงาน. (2557). รายงานประจำปีจำนวนประชากรผู้สูงอายุอำเภอแวง
จังหวัดนราธิวาส.

อนามัย,กรม. (2548). การส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร :
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

อนามัย,กรม. (2551). คู่มือธงโภชนาการ. กรุงเทพมหานคร : กองโภชนาการ กระทรวง
สาธารณสุข.

อนามัย, กรม. (2551). การทดสอบความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

อรพินท์ สบโชคชัย. (2547). คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลัง
ประชาชน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ภาษาอังกฤษ

Bryer, D. (2004). **Empowerment Groups** : An Adventure in Early Stage Programming.

Missouri, The Missouri Coalition of Alzheimer's Association Chapters, Alzheimer's
Association.

- Che, H. L., Yeh, M. L., & Wu, S. M. (2006). **The self-empowerment process of primary Caregivers** : A study of caring for elderly with dementia. *Journal of Nursing Research*, 14(3), 209-217.
- Chung, J. C. (2001). **Empowering individuals with early dementia and their carers**: An Exploratory study in the Chinese context. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*, 16(2), 85-88.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). **The empowerment process**: Integrating theory and practice. *Academy Management Review*, 13(3), 471-482.
- Gibson, C. H. (1991). **A concept analysis of empowerment**. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- _____. (1993). **A study of empowerment in mothers of chronically ill children**. Doctoral dissertation, School of Arts and Sciences, Department of Nursing, Boston College.
- _____. (1995). **The process of empowerment in mothers of chronically ill children**. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 1201-1210.
- Matsumoto, N., & Ikeda, M. (2009). **Empowering older people with dementia and family caregivers: A participatory action research study**. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 431-441.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. 4th (ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.
- _____. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice**. 5th (ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Rodwell, C. M. (1996). **An analysis of the concept of empowerment**. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.
- Welschen, L. (2008). **Disease management for patients with type 2 diabetes**: Towards patient Empowerment. *International Journal of Integrated Care*, 8(22), 1-2.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

1. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.1 สูตรในการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

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

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1

R แทน ผลรวมของการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ค่า IOC ต้องอยู่ระหว่าง 0.5 – 1

1.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ด้วยวิธี

ของครอนบาค (Cronbach)

$$\alpha = \frac{K}{(k-1)} \left(\frac{1 - \sum Si^2}{S^2 t} \right)$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแอลฟา

K แทน จำนวนข้อคำถาม

$\sum Si^2$ แทน ความแปรปรวนของคะแนนของแต่ละข้อ

$S^2 t$ แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 หาค่าความถี่ (Frequency)

2.2 หาค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) โดยใช้สูตร (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553

: 46)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่ามัธยฐานเลขคณิต

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 หาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร (บุญ
ธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2553 : 63)

$$SD = \sqrt{\frac{\sum x^2 - (\sum x)^2}{n-1}}$$

เมื่อ	SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มสัมพันธ์กัน(Pair t-test)
โดยใช้สูตร (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2553 : 140)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{N \sum D^2 - (\sum D)^2}{N-1}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่า pair t-test
	D	แทน	ผลต่างของคะแนนแต่ละคู่
	N	แทน	จำนวนตัวอย่างคิดเป็นคู่

2.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและมีความแปรปรวนของประชากรเท่ากัน(Independent t-test) โดยใช้สูตร (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2553 : 134)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left\{ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right\}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่า Independent t-test
	$\bar{X}_1$	แทน	ค่าเฉลี่ยตัวอย่างในกลุ่มที่ 1
	$\bar{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยตัวอย่างในกลุ่มที่ 2
	S_1^2	แทน	ความแปรปรวนตัวอย่างในกลุ่มที่ 1
	S_2^2	แทน	ความแปรปรวนตัวอย่างในกลุ่มที่ 2
	n_1	แทน	จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ 2

ภาคผนวก ข

ค่า IOC

ค่า IOC ในการวิจัย

หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ สูตรในการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – Objective Congruence : IOC) ให้พิจารณาให้คะแนนดังนี้

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

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1
 R แทน ผลรวมของการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ค่า IOC ต้องอยู่ระหว่าง 0.5 – 1

ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสังเกตที่มีความสอดคล้อง และได้ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์

ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีค่าความตรง ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จำนวน 24 ข้อ และเท่ากับ 0.67 จำนวน 6 ข้อ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ จำนวน 15 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จำนวน 12 ข้อ และเท่ากับ 0.67 จำนวน 3 ข้อ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91
3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ
 ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จำนวน 23 ข้อ และเท่ากับ 0.67 จำนวน 7 ข้อ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ชุดที่.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

กลุ่ม () ทดลอง () ควบคุม

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุน้ำขาว
ตำบลกาญจนา อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นเครื่องมือในการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพ
ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ของผู้สูงอายุเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุเป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลัง
อำนาจของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นิภารัตน์ ศรีรักษ์

นักศึกษาปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ลงใน () ที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมหน้าช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (เศษเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพ

() 1. โสด

() 2. สมรส

() 3. หม้าย

() 4. หย่า/แยก

4. อาชีพ

() 1. แม่บ้าน

() 2. รับจ้าง

() 3. ค้าขาย

() 4. ข้าราชการเกษียณอายุราชการ

() 5. เกษตรกร

() 6. อื่น ๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

() 5. อนุปริญญา

() 6. ปริญญาตรี

() 7. สูงกว่าปริญญาตรี

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

() 1. ต่ำกว่า 1,000 บาท

() 2. 1,001 - 5,000 บาท

() 3. 5,001 - 9,000 บาท

() 4. 9,000 - 13,000 บาท

() 5. 13,001 - 17,000 บาท

() 6. 17,001 - 21,000 บาท

() 7. 21,001 บาท ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ของผู้สูงอายุเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วัดความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัยลง รหัส
ด้านการรับประทานอาหาร				
1-	ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานอาหารมาก เพราะร่างกาย ไม่ได้ใช้พลังงานมาก			
2-	ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เนื่องจากร่างกายใช้พลังงานน้อยในแต่ละวัน			
3-	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารทะเล เครื่องในสัตว์ และ ไข่ให้มากๆ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง			
4+	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคควรกินอาหารให้เหมาะกับโรคที่เป็น			
5+	รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ก็เพียงพอแล้ว ไม่ จำเป็นต้องกินอาหารเสริมหรือวิตามินเพิ่ม			
6+	รับประทานอาหารพวกผักและผลไม้เป็นประจำช่วยป้องกัน ไม่ให้ท้องผูก			
7+	กินขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่รสหวานน้อยกว่า 3 ครั้งต่อ สัปดาห์			
8+	ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาดให้ได้วันละ 8 แก้วทุกวัน			
9+	รับประทานอาหารรสเค็มจัดและหวานจัด ทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน			
10+	อาหารปิ้งย่าง ทอดในน้ำมันซ้ำ ไม่ควรรับประทานเพราะ จะทำให้เสี่ยงต่อโรคมะเร็ง			

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัยลง รหัส
ด้านการออกกำลังกาย				
11+	การออกกำลังกายสม่ำเสมอและถูกวิธีจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย			
12+	การออกกำลังกายในผู้สูงอายุควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาที			
13+	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มต้นการออกกำลังกาย			
14-	ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะถ้าออกบ่อยๆ จะทำให้กระดูกเสื่อมสภาพเร็ว			
15+	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อ ปอดและหัวใจทำงานดีขึ้น			
16+	การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง ช่วงผ่อนคลาย			
17-	ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย			
18-	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายหักโหมให้เหนื่อยมาก ๆ เมื่อเริ่มออกกำลังกายครั้งแรก			
19+	การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อ และระบบอื่น ๆ แข็งแรงขึ้น			
20-	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง			

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัยลง รหัส
ด้านการจัดการความเครียด				
21+	เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นให้ผู้สูงอายุโกรธ สิ่งที่ดีที่สุดคือ การหาสาเหตุที่แท้จริงและแก้ไขตามสาเหตุนั้น			
22-	ผู้สูงอายุควรเก็บความไม่สบายใจและความทุกข์ใจของตนไว้กับตนเองไม่ควรบอกให้ใครทราบ			
23+	ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมที่พอใจเพื่อคลายเหงาและมีความสุข			
24-	ผู้สูงอายุที่รู้สึกเหงา ไม่ควรหางานอดิเรกทำเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน			
25+	การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ช่วยให้ไม่ป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหาร หรือโรคต่างๆที่เกิดจากความเครียด			
26+	เมื่อเกิดภาวะตึงเครียดควรทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้			
27+	การรู้จักจัดการอารมณ์ของตนเอง จะช่วยลดความโกรธ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความเครียดลงได้			
28+	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง			
29+	ผู้สูงอายุไม่ควรอยู่คนเดียว ควรจะได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์และเข้าร่วมกิจกรรม			
30-	การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ ไม่ใช่วิธีการผ่อนคลายความเครียด			

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้สูงอายุเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้การรับรู้พลังอำนาจผู้สูงอายุ
คำชี้แจง พิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
 และใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน					สำหรับ ผู้วิจัย ลงรหัส
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้						
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง						
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาความผิดปกติทางด้านร่างกายของตนเองได้						
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายของท่านได้อย่างเหมาะสม						
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในโอกาสที่เหมาะสมเพื่อ						
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาสภาพอารมณ์และจิตใจของท่านได้						
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านจิตใจของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การหาวิธีคลายเครียดต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจทางศาสนา เป็นต้น						

ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน					สำหรับ ผู้วิจัย ลงรหัส
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้พบกับญาติพี่น้องลูกหลาน ตามโอกาสที่เหมาะสม						
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้						
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองได้						
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้						
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของผู้อื่นได้						
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะนำวิธีการใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพมาบอกต่อผู้อื่นได้						
14. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุคนอื่นๆได้						
15. ท่านมั่นใจว่าสามารถที่จะถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้						

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วัดพฤติกรรม

ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 5-7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1-4 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลย

ข้อความ	การปฏิบัติตัว			สำหรับ ผู้วิจัยลง รหัส
	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
ด้านการรับประทานอาหาร				
1.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่				
2.ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลาย ไม่ซ้ำซาก				
3.ท่านรับประทานอาหารประเภท นึ่ง ต้ม ลวก อบ				
4.ท่านรับประทานอาหารน้ำเต้าหู้ หรือนมเป็น ประจำ				
5.ท่านรับประทานอาหารปลาอย่างน้อย วันละ 1 มื้อ				
6.ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว				
7.ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนผสม ของกะทิ				
8.ท่านรับประทานอาหารของทอด				
9.ท่านรับประทานอาหารผักและผลไม้				
10.ท่านรับประทานอาหารของหวาน				

ข้อความ	การปฏิบัติตัว			สำหรับ ผู้วิจัยลง รหัส
	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
ด้านการออกกำลังกาย				
11.ท่านออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นประจำ				
12.ท่านสามารถออกกำลังกายได้ แม้ไม่มีเพื่อน				
13.ท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย				
14.ท่านออกกำลังกายโดยการทำกิจวัตรประจำวันจนมีเหงื่อออก				
15.ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกันครั้งละ 30 นาที				
16. ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ เดินเร็ว ถีบจักรยาน ติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 15-30 นาที				
17. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า				
18.ท่านออกกำลังกายโดยการเริ่มจากการทำท่าเบา ๆ ก่อน				
19.ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้				
20.ท่านออกกำลังกายเพื่อช่วยให้ลดความเครียด				

ข้อความ	การปฏิบัติตัว			สำหรับ ผู้วิจัยลง รหัส
	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	
ด้านการจัดการความเครียด				
21.ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการหัวเราะ				
22.เมื่อท่านไม่สบายใจมีกระหายความคืบข้องใจกับบุคคลที่ไว้ใจ				
23.ท่านควบคุมอารมณ์ เมื่อมีสิ่งมากระทบกระเทือนจิตใจโดยการวางเฉย				
24.ท่านนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง				
25.ท่านมีการพบปะกลุ่มเพื่อนเพื่อพูดคุยในยามว่างเสมอ				
26.เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะปรึกษาผู้อื่น				
27. ท่านทำจิตใจให้สงบ สดชื่น แจ่มใสและไม่โกรธง่าย				
28.เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะเก็บเรื่องไว้คนเดียว				
29.เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ปลูกต้นไม้ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ				
30.เมื่อท่านมีอาการโกรธ สามารถระงับอารมณ์ได้ด้วยตนเอง				

2.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

2.1 หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย(Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... ขอทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐาน
แสดงว่า

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้
มีการบังคับ หลอกลวงแต่ประการใดและพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย ก่อนที่จะลงนามในใบ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่
จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม
ในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ
ข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนาม
ในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....นางนิภารัตน์ ศรีรักษ์.....)

2.2 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิจัยเรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม

ผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว

ตำบลกายุคละ อำเภอแวง

จังหวัดนราธิวาส



นิภารัตน์ ศรีรักษ์

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

พ.ศ. 2557

วันที่ เดือน พ.ศ.	กิจกรรม	เครื่องมือ/แนวทาง
.....	1.นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการทดลอง 2.ดำเนินกิจกรรมการอบรมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดลองดังนี้ กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สัปดาห์แรกของการทดลอง ใช้เวลา 1 วัน โดยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้เวลาประมาณ 15 นาที 1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวแนะนำตัวและให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง 2) สร้างความคุ้นเคยเป็นกันเอง โดยการเล่นเกมส์ร่วมกัน 3) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ กิจกรรมที่ 1 ขั้นตอนของกระบวนการ AIC มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอน A (Appreciation) 1) แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 14 คน แต่ละกลุ่มห่ากันพอสมควร เพื่อป้องกันเสียงรบกวนซึ่งกันและกัน มีอุปกรณ์ในการเขียนเพียงพอ มีที่ปรึกษาประจำกลุ่มละ 1-2 คน 2) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมวาดภาพ หรือเขียนบรรยายปัญหาที่พบในผู้สูงอายุในปัจจุบันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ บทบาททางสังคมที่ไม่เหมาะสมหรือลงในกระดาษชาร์ท	ขั้นก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Pre-test) ในกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน -เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง -เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประชุมอย่างสร้างสรรค์ -เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน

วันที่ เดือน พ.ศ.	กิจกรรม	เครื่องมือ/แนวทาง
.....	ขั้นตอน A (Appreciation) 3) ให้แต่ละกลุ่มรวมภาพและรวมความคิดการมองปัญหาผู้สูงอายุของแต่ละคนในกลุ่มเป็นภาพรวมของกลุ่ม แล้วเลือกตัวแทนกลุ่มย่อย 1 คน เพื่อนำเสนอความคิดของกลุ่มต่อที่ประชุม 4) ตัวแทนกลุ่มย่อยนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม 5) ผู้วิจัยและผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบัน จากความคิดทั้ง 2 กลุ่มเป็นปัญหาผู้สูงอายุของชมรม 6) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดถึงภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็นหรือที่ต้องการ เขียนในกระดาษชาร์ต แล้วแยกเข้ากลุ่มเช่นเดิม 7) รวมภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนาของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่มแล้วเลือกตัวแทนกลุ่มละ 1 คน เพื่อนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม 8) ตัวแทนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม เมื่อตัวแทนกลุ่มเสร็จสิ้นการนำเสนอ 9) ผู้วิจัยและผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากให้เป็น ที่ต้องการในอนาคตจากความคิดทั้ง 2 กลุ่มย่อย เป็นภาพรวมของชมรม	-จะทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหาข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพได้ชัดเจน

วันที่ เดือน พ.ศ.	กิจกรรม	เครื่องมือ/แนวทาง
.....	ขั้นตอน I (Influence) 1) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดถึงกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็นหรือที่ต้องการเขียนในกระดาษชาร์ต แล้วแยกเข้ากลุ่มเช่นเดิม 2) กลุ่มย่อยรวมภาพความคิดกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็น หรือที่ต้องการเป็นภาพรวมของกลุ่มแล้วเลือกตัวแทนกลุ่ม 1 คน เพื่อนำเสนอแนวคิดของกลุ่มต่อที่ประชุม 3) ตัวแทนกลุ่มนำเสนอแนวคิดต่อที่ประชุม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม เมื่อตัวแทนแต่ละกลุ่มเสร็จสิ้นการนำเสนอ 4) ผู้วิจัยและผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปภาพความคิดกิจกรรม ที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา จากความคิดทั้ง 2 กลุ่มย่อย เป็นภาพรวมของชมรม 5) คัดเลือกกิจกรรม และจัดลำดับกิจกรรมที่สำคัญๆ ในแต่ละด้าน ลงในกระดาษชาร์ต โดยให้ผู้ร่วมประชุมยกมือลงคะแนนกิจกรรม หรือมาตรการนั้นๆ ที่คิดว่ามีประโยชน์ และควรนำไปปฏิบัติ	-มีการระดมสมองเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์

วันที่ เดือน พ.ศ.	กิจกรรม	เครื่องมือ/แนวทาง
.....	ฐานที่ 1 เลือกกินดีเพื่อสุขภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านโภชนาการ โดยมีโมเดลประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและ เนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ฐานที่ 2 ออกกำลังกายดี ชีวิตสดใส มีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ฐานที่ 3 ห่างไกลความเครียด มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และวิธีคลายความเครียด 3. การสาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุและสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานโดยจัดเมนูอาหาร สาธิตการออกกำลังกาย และ วิธีผ่อนคลายความเครียด เพื่อส่งเสริมสมรรถนะตนเองของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองในการแสดงพฤติกรรม 4. การนำเสนอบุคคลต้นแบบ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ป่วยเป็นโรค จำนวน 1 ท่าน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ท่าน ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 1 ท่าน มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์ที่เกิดจากการกระทำของผู้อื่น ซึ่งการนำเสนอตัวแบบช่วยส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะในตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	-คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ -บุคคลต้นแบบ จำนวน 3 ท่าน -สื่อการสอนแบบ Power point

วันที่ เดือน พ.ศ.	กิจกรรม	เครื่องมือ/แนวทาง
	5. ร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค วิเคราะห์ความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของกิจกรรม ด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด และแนวทางแก้ไขปัญหามาจากการดำเนินจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 นำเสนอผลการวิเคราะห์การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ และกระตุ้นให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 6. ตัดสินใจเลือกวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันพัฒนาในความสามารถในการศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม 7. นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้านโดยอสม. สัปดาห์ที่ 2-3 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย โดยการไปเยี่ยมเยียน กระตุ้นการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ครั้ง ในกลุ่มทดลองทุกคน จะได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง ตามบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบ เยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้ง วัตถุประสงค์ เพื่อ 1. รับฟังการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหลังได้รับความรู้แล้วและนำไปปฏิบัติที่บ้าน 2. ให้คำแนะนำ/ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่ผู้สูงอายุพบในขณะปฏิบัติกิจกรรม	- แบบ บ น ที่ ก กิ จ ก ร ร ม ก า ร ส่ ง เ ส ร ม ส ข ภ า พ ของ ผู้ ส ูง อ ย ู

วันที่ เดือน พ.ศ.	กิจกรรม	เครื่องมือ/แนวทาง
.....	กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมทั้งหมด เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามในประเด็นที่สงสัย ใช้เวลา 1 วัน โดยดำเนินการติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้เลือกเป็นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับตนเอง และเพื่อให้มีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 2. จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการอภิปรายกลุ่มร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็น ผู้กระตุ้นให้กลุ่มระดมความคิด พุดคุยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการกระตุ้นจะสร้างความรู้ความเข้าใจ และเก็บสะสมไว้ในความทรงจำ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบของการปฏิบัติและการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้น ซึ่งการกระตุ้นดังกล่าว จะส่งผลต่อสมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเชื่อมั่นและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และทำให้การรับรู้อุปสรรคของตนเองลดลง การอภิปรายกลุ่มนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้	-แบบสัมภาษณ์ -เก็บแบบบันทึกทั้งหมด มารวบรวมผล -เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Post-test) ในกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน

แบบบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2558

ชื่อ.....สกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา

รายการบันทึก	คำแนะนำ
ภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน	
.....	
.....	
อาการของร่างกายโดยทั่วไป	
.....	
.....	
.....	
พฤติกรรมที่ปฏิบัติระหว่างอยู่ที่บ้าน โดยรวม	
1) ด้านการรับประทานอาหาร	
.....	
.....	
.....	
.....	
2) ด้านการออกกำลังกาย	
.....	
.....	
.....	
.....	
3) ด้านการจัดการความเครียด	
.....	
.....	
.....	

ผู้บันทึก.....

2.3 คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส

การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วยการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เพิ่มขึ้น จนกระทั่งอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่า การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มลดน้อยลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากการเสื่อมของ

อวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบ ดังนี้

1. **ผิวหนัง** ผิวหนังขาดการดึงตัว ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ที่บริเวณใบหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา บริเวณ ที่ไขมันลดลงนี้ จะทำให้ผิวหนังได้รับอันตรายได้ง่าย รวมทั้งการกดทับ เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนา การซึมผ่านของออกซิเจนและอาหารเข้าสู่เซลล์ เนื้อเยื่อต่ำ ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง แดงง่าย เหี่ยวย่น ต่อมเหงื่อ เหี่ยวแฟบ ขับเหงื่อได้น้อย ทำให้ผิวหนังแห้ง กระจ่าง บางครั้งเป็นสาเหตุทำให้เกิดผื่นคัน ต่อมเหงื่อทำงานลดลง ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิได้ไม่ดีเกิดความร้อน – หนาวไม่คงที่

2. **ปากและฟัน** ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กล่าวคือ ฟันจะหลุด และต้องใช้ฟันปลอม กล้ามเนื้อ ในการเคี้ยวมีแรงน้อยลงลดจนกล้ามเนื้อในการกลืนก็เปลี่ยนแปลงด้วย การรับรสทางลิ้นเสียไปประมาณ 10 – 30 % เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ประมาณ 2/3 ต่อรับรสจะหายเมื่ออายุ 70 ปี และส่วนที่เหลือ จะฝ่อลีบลง ทำหน้าที่ได้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรออร่อยในรสชาติที่ควร อย่างที่ชาวบ้านเรียกว่า ลิ้นจืด การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยวเค็ม ขม จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้น ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกน้อย ทำให้ปากแห้ง

3. **ตา** เมื่ออายุมากขึ้นเลนส์ตาเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพสายตาสายตาจะยาว เนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง การปรับกำลังขยายเพื่อดูของใกล้เป็นไปไม่ได้ดี โดยจะพบเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป วงแหวนขุ่นขาวรอบตาดำ เนื่องจากมีไขมันมาเกาะจับเนื้อเยื่อโดยรอบ ความดันในลูกตาสูง มีโอกาสเกิด ต้อหิน (Glaucoma) ได้ง่าย การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย บางรายอาจพบมีน้ำตามากกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำตา โดยทั่วไปผู้สูงอายุสามารถแยกสีแดง ส้มและเหลืองได้ดีกว่า สีน้ำเงิน ม่วงและเขียว การเลือกใช้สี ที่เห็นได้ชัดเจนตกแต่งบ้านจะช่วยลดอันตราย เนื่องจากอุบัติเหตุภายในบ้านได้

4. หู การสูญเสียความสามารถของการได้ยินพบได้ในผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่าประมาณ ¼ ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีการหูตึง และมักจะได้ยินเสียงต่ำ ๆ ได้ชัดเจนกว่าเสียงพูดธรรมดา การผลิต ซีลีลลดลง แต่มีการสะสมของซีลีลในช่องหูมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลงผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

5. ผมและขน อัตราการงอกของผมลดลงในผู้สูงอายุและเส้นผมมีขนาดเล็กลงด้วย ในหญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีขนที่บริเวณริมฝีปากและคางเพิ่มขึ้น ส่วนเส้นผมบริเวณศีรษะลดน้อยลง รวมทั้งขนรักแร้ และบริเวณหัวหน้า สำหรับผู้ชายนั้นผมบนศีรษะและเคราลดน้อยลง แต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว และรูจมูก

6. หัวใจและหลอดเลือด พบว่าเป็นโรคของหัวใจและหลอดเลือดได้บ่อยเนื่องจากความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้มีผลต่อการหดและคลายตัวของหัวใจ พบว่าหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้าย โตขึ้นเล็กน้อย ปกติความดันโลหิต ทั้งตัวบน (Systolic) และตัวล่าง (Diastolic) จะสูงขึ้นตามอายุ จนอายุ 60 ปี ความดันตัวล่างจะลดลงหรือคงที่ แต่ความดันตัวบนเพิ่มขึ้น

7. ระบบหายใจ เมื่ออายุมากขึ้นจะพบว่าถุงลมโป่งพอง หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

8. ระบบทางเดินอาหารกระเพาะอาหาร พบว่าการหลั่งกรดของกระเพาะอาหารลดลงประมาณ 20% ภายหลังอายุ 50 ปี ผู้ชายลดลงมากกว่าผู้หญิงทำให้เบื่ออาหาร ท้องอืดง่าย ดับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำดีลดลง รวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย ดับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อย และที่ผลิตมานั้น มีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด และมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานอย่างอ่อนได้หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่ม – สาว

9. ระบบขับถ่ายปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลงประมาณ 50% หรือประมาณ 250 ซีซี ของวัยหนุ่ม – สาว ในผู้ชายอาจมีปัสสาวะขัด เนื่องจากต่อมลูกหมากโต ผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนโดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

10. ระบบกระดูกและข้อ กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกจะไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ชายโครง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงและหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังพุงมากขึ้น หลังค่อม หลังค่อมเอียงมากขึ้น ความสูงลดลง 2 นิ้วจากอายุ 20 – 70 ปี (1.2 ซม. ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น

11. ระบบประสาท การเรียนรู้และความจำ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความจำประกอบด้วย

*ความจำในอดีต (Remote memory) คือความจำเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา

*ความจำในเรื่องปัจจุบัน (Recent memory) เป็นความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเรื่องราว ประสบการณ์หรือข้อมูลที่ได้รับในรอบ 24 ชั่วโมง

*ความจำเฉพาะหน้า (Immediate memory) เป็นการจดจำเรื่องที่เกิดขึ้นในทันที ช่วงระยะเวลาอันสั้น (ตัวเลข 5-7 หลัก) ผู้สูงอายุจะมีปัญหาความจำในลักษณะที่ 3 มาก ประเภทได้น้ำดื่มหลังปกติคนเราจะจำดีมาก เมื่ออายุ 5 – 25 ปี แต่พออายุมากขึ้นความสามารถในการจำลดลง (ยกเว้นเรื่องในอดีต) ผู้สูงอายุจึงมักชอบเล่าเรื่องในอดีตที่ยังจดจำได้ดี และชัดเจนกว่าเหตุการณ์ปัจจุบัน แต่แท้จริงแล้วผู้สูงอายุอาจจะเรื่องปัจจุบันได้ดีเช่นกัน แต่ต้องใช้เวลาในการคิดและจดจำนานกว่า

12. ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ดังนี้

หญิง : น้ำหล่อลื่นช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดการระคายเคืองและติดเชื้อได้ง่าย

ชาย : ลูกอัณฑะมีขนาดเล็กน้อย ความสามารถในการสืบพันธุ์ พบว่าเพศหญิงจะหมดความสามารถในการสืบพันธุ์ทันทีที่หมดประจำเดือน แต่ความสามารถทางเพศจะยังคงอยู่ ส่วนในเพศชายความสามารถในการสืบพันธุ์มิได้ตลอดอายุขัยความสามารถทางเพศมิได้ทั้งชาย – หญิง แต่ความรู้สึกทางเพศอาจแตกต่างจากวัยอื่นหรือคนอื่น ๆ มีสาเหตุจาก

*กลัวไม่ประสบความสำเร็จ / กลัวตาย ไม่มั่นใจ

*วัฒนธรรม ค่านิยม

*ความเสื่อมของสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กัดฉันทารมณ์ และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเองสูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย

2. นิสัย เปลี่ยนไป เกือบขาดเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้านไม่นึกสนุกสนาน คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้าหงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย
3. ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตก เศร้าสลด หวาดระแวง คิดถึงอนาคตด้วยความหวาดกลัว ว่าหนึ่งในรายชื่อผู้สูญเสียชีวิต

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงการทำงานการสูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว ลดบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมที่เคยมี
2. การถูกทอดทิ้ง จากการย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงาน ในชนบท ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม ส่วนผู้ที่อาศัยในกรุงก็มีแนวโน้มที่จะอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานไม่มีเวลาเอาใจใส่ เพราะต้องทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่
3. การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมที่เป็นสังคมแบบตะวันตก ที่ถือว่าตัวใครตัวมัน และคิดว่าผู้สูงอายุไม่มีความสำคัญ

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประมาณว่าในปี 2563 จะมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี อยู่ราว 1 ใน 6 ของประชากรทั้งหมด เนื่องมาจากคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ จะช่วยทำให้การมีอายุยืนยาวมีความสุขทั้งกาย ใจ และอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม กล่าวคือ เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับประโยชน์ในสังคม และอย่างมีศักดิ์ศรีมากกว่าการมีชีวิตยืนยาว แต่ต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับความเจ็บป่วย ทำให้เพิ่มเวลาของความทุกข์และภาวะจำทนต่อการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในวัยเด็กจะมีความเจริญมากกว่าความเสื่อม กล่าวคือ ร่างกายจะขยายขนาด ทั้งความสูงและน้ำหนักตัว ส่วนผู้สูงอายุความเสื่อมของร่างกายจะมีมากกว่าความเจริญ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทั่วไป อ่อนแอและเกิดโรคง่าย แต่อย่างไรก็ตาม ความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ วิธีการดำรงชีวิตอาหารการกิน สภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

ปัญหาที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้สูงอายุและการแก้ไข

1. **กระดูกหักง่าย** เนื่องจากความเสื่อมของกระดูก กระดูกบางที่พบบ่อย คือ กระดูกสะโพก ต้นขา ข้อมือ และกระดูกสันหลังการแก้ไข โดยการดื่มนม กินปลาเล็กปลาน้อยอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรดื่มสุราเพราะทำให้สูญเสียแคลเซียมในกระดูกมาก ทำให้กระดูกผุ เพราะ เสื่อมเร็ว
2. **สายตาไม่ดี** เกิดจากเลนส์ตาแข็งตัว ยึดหยุ่นไม่ดี การปรับภาพจะน้อยลงจึงเห็นภาพไม่ชัดการแก้ไข โดยสวมแว่น
3. **หูตึง** เกิดจากระบบประสาทเสื่อมถอย ประสาทการได้ยินของหูเสื่อมการแก้ไข ควรพบแพทย์
4. **ฟันไม่ดี** ฟันลดลง ปากแห้ง การได้กลิ่นและรับรสเสีย ทำให้กินอาหารไม่ได้ กินช้าลง กินได้น้อยการแก้ไข ควรปรึกษาทันตแพทย์และต้องเลือกอาหารที่เคี้ยวง่าย
5. **เป็นลมบ่อย** เกิดจากการปรับตัวของความดันเลือดไม่ดี ขณะเปลี่ยนท่าทาง ความดันเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วการแก้ไข นอนหมอนสูงเล็กน้อย ค่อย ๆ ลุก เพื่อให้ร่างกายได้ปรับตัวและออกกำลังกายสม่ำเสมอ
6. **เรอบ่อย** จากท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย เนื่องจากการบีบตัวของหลอดอาหารลดลง น้ำย่อยออกน้อย เกิดลมในกระเพาะ
7. **ท้องผูก** เกิดจากความเสื่อมของกล้ามเนื้อลำไส้ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ทำให้กากอาหารเคลื่อนตัวมาสู่ลำไส้ส่วนล่างช้าการแก้ไข รับประทานอาหารย่อยง่าย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
8. **อาจเป็นเบาหวาน** เพราะเนื้อเยื่อของร่างกาย ไม่สามารถตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ที่ออกมาจากตับอ่อนได้เพียงพอ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงการแก้ไข ควบคุมอาหารหวานจัด
9. **หูดเสื่อม** ท่อปัสสาวะเสื่อมในผู้ชายจากต่อมลูกหมากโต ผู้หญิงจะมีปัญหาหลอดหูย่อน ดึงกระเพาะปัสสาวะลงมา ทำให้ปัสสาวะบ่อยการแก้ไข กรณีเป็นมากอาจต้องพบแพทย์
10. **หลงลืมบ่อย** เนื่องจากเซลล์สมองเสื่อม เซลล์สมองลดลงมีการตายของเซลล์และไม่เกิดใหม่การแก้ไข ควรรวมกลุ่มวัยเดียวกันมีกิจกรรมร่วมกัน ไม่แยกตัวทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม จะช่วยให้ความจำดีขึ้น
11. **หัวใจและหลอดเลือด** เกิดภาวะหลอดเลือดเสื่อมหรือแข็งตัวโดยเฉพาะหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่เลี้ยงไต สมอง หัวใจ หัวใจต้องทำงานหนักจึงเหนื่อยง่ายการแก้ไข กินอาหารที่เหมาะสมให้ครบ 5 หมู่ ควรระวังอย่าให้อ้วนเกินไปหลีกเลี่ยงอาหารไขมันจากสัตว์ และกะทิ อาหารรสหวานจัด ควรกินข้าวกล้อง ปลา จะย่อยง่าย ผัก ผลไม้ และถั่ว

12. ปัญหาอารมณ์ การเกลียด เครียด กังวล โกรธ มีผลต่อร่างกายขณะมีอารมณ์ดังกล่าว ต่อมหวมกใดจะหลังฮอร์โมนออกมา ทำให้มีอาการใจเต้น น้ำตาลสูงขึ้นและทำให้เป็นโรคกระเพาะอาหารลำไส้ การแก้ไข ผู้ใกล้ชิด ลูกหลาน ควรให้ความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแลให้ความเคารพนับถือ จะช่วยให้ปัญหาทางอารมณ์ในผู้สูงอายุลดลง

ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีสาเหตุร่วมจากที่กล่าวมาแล้วอีก 2 ประการ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาตามอายุ ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยได้ง่าย ความอ่อนแอของร่างกายทำให้ร่างกายเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน และโรคที่เป็นมักจะเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษา

2. การยอมรับความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองกลัวการรักษา ในบางครั้งไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้มีผลต่อการรักษามาก นอกจากผู้ป่วยจะไม่ได้รับการรักษาโดยทันที่แล้ว ความมีอายุเองก็ทำให้เวลาการรักษานานกว่าปกติด้วยสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษา คือ

2.1 เห็นความเจ็บป่วยเป็นเรื่องคู่กับความมีอายุ เป็นธรรมชาติของชีวิต เมื่อเกิดได้ก็หายได้ จะไปพบแพทย์ต่อเมื่อมีปัญหาหนัก ซึ่งบางครั้งก็สายเกินแก้ไขแล้ว

2.2 กลัวโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมักจะปฏิเสธทันทีที่บุตรหลานจะพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การกลัวโรงพยาบาลนี้ ในส่วนลึกมาจากการกลัวความตาย ซึ่งหมายถึงการพลัดพรากและการจบชีวิตลงหลังการรับรู้การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคใด

2.3 ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตนอ่อนแอเกรงว่าจะขาดการยอมรับสมรรถนะทางสังคม สังคมจะทอดทิ้ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุกลัวมาก

2.4 การเพิกเฉยของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ที่อาจขาดความสนใจในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และเห็นว่ามียาแล้วความเจ็บป่วยย่อมเกิดได้ง่าย อีกทั้งการตามใจผู้สูงอายุเห็นคล้อยตามกันว่าไม่มีความจำเป็นต้องรักษาจึงละเลยจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง

ความต้องการของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมการดูแลพ่อ – แม่ ญาติ ผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจ และสังคมเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม สังคมควรตระหนักถึงการระดมทรัพยากรเพื่อกลุ่มผู้สูงอายุเพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกายและจิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ความต้องการของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

- *ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์
- *ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- *ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- *ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- *ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- *ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันทั่วถึง
- *ต้องการได้รับการบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- *ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ
- *ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- *ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ส่งผลให้จิตใจของผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาวดั่งนั้น เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็น จะมีมากขึ้นด้วย แต่การแสดงออก จะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษาประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบ คือ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

2. การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย ต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

3. ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจของตนเองเท่านั้น

4. การสร้างวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นคือ การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

5. ความผิดปกติทางจิตใจและในวัยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

- กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม
- กลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์

3. ความต้องการทางด้านสังคม – เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

- * ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น
- * ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ
- * ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด
- * ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ รายได้และบริการจากรัฐ
- * ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคม
- * ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง)
- * ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้คนมีสุขภาพพลานามัยดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีต จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น สภาพร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกฎของธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ฉะนั้น ช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต จึงควรต้องมีการเตรียมตัวเพื่อยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข มีหลักปฏิบัติ ดังนี้

1. ต้องยอมรับว่าเมื่อเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุแล้ว กำลังร่างกาย จิตใจย่อมเปลี่ยนแปลงในทางลดน้อยลง จึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสังคมและหน้าที่การงานที่เหมาะสม
2. พยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยออกกำลังกายและตรวจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ
3. ทำจิตใจให้แจ่มใส สนใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งให้ความสำคัญในคำสอนทางศาสนามากขึ้น

4. ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยคิดว่าตนเองมีความสามารถ อย่าท้อแท้และพึ่งผู้อื่นให้น้อยที่สุด การเตรียมตัวที่ดีและพร้อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

การปรับตัวและการวางตนของผู้สูงอายุ

1. การวางตนให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดี ผู้สูงอายุควรวางตัวให้เหมาะสมกับวัย ประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว

2. เป็นที่ปรึกษาแนะนำและกำลังใจแก่ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมาก ย่อมมีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียน ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูก หลานได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ในอดีต จึงเป็นสิ่งที่มีความค่าและเป็นกำลังใจแก่ลูก หลาน แต่สิ่งที่พึงระวังและเป็นข้อจำกัดสำหรับลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัวก็คือ ต้องไม่เป็นการนำเรื่องในอดีตที่ร้ายแรงหรือมีผลกระทบรุนแรงต่อความเครียดในผู้สูงอายุ

3. ช่วยเหลืองานบ้านตามความสามารถและความถนัด ผู้สูงอายุมักจะไม่อยู่นิ่งเฉย หากสภาพร่างกายยังมีกำลังดี ก็จะช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้ เลี้ยงหลาน ทำงานฝีมือ เย็บปักถักร้อย ฯลฯ

4. การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุต้องตระหนักว่าเมื่ออายุมากขึ้นหรือเกษียณจากการทำงานแล้ว บทบาทและสถานภาพย่อมเปลี่ยนไป ครั้งหนึ่งเคยเป็นผู้ให้ เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้รับบทบาทในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับ เป็นผู้ตาม ลดบทบาทในสังคม สถานภาพเปลี่ยนแปลงไป

5. การยอมรับและเข้าใจผู้อื่น ผู้สูงอายุต้องยอมรับและปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัวได้อย่างปกติสุข การยอมรับบทบาทและการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นการให้กำลังใจและให้เกียรติลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

6. การช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีความเกรงใจลูกหลานและผู้อุปการะดูแลใกล้ชิดอยู่เป็นปกตินิสัย ดังนั้น การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเท่าที่สามารถทำได้ จึงเป็นการแบ่งเบาหรือลดภาระของผู้อื่นในครอบครัวการแบ่งเบาภาระและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นับเป็นการเสริมสร้างและรักษาสัมพันธภาพ

7. หาความสุขจากธรรมชาติ แล้วนำมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1. โรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายแยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. สาเหตุของร่างกาย

- จากโรคทางกายบางอย่าง เช่น ภาวะสมองเสื่อม หลอดเลือดสมองอุดตัน โรคพาร์กินสัน โรคต่อมไทรอยด์ มะเร็งของตับอ่อน เป็นต้น

- จากยาบางชนิด เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิต ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาขับปัสสาวะ ยารักษาเมเร็ง เป็นต้น

2. สาเหตุทางจิตใจ

มีการขาดหรือลดลงของสารสื่อประสาทบางชนิด ในสมองอารมณ์ตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต หรือต่อความเครียด ภาวะสูญเสียหรือภาวะที่ทำให้เกิดความเสียใจ ไม่สบายใจ หรือเกิดความเป็นทุกข์ทางใจ การสังเกตผู้สูงอายุที่มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า

2.1 มีอาการกระสับกระส่าย ใจสั่น หรือมีความรู้สึกไม่สบายตามร่างกายเมื่อตรวจด้วยแพทย์ด้านอื่นแล้วไม่พบความผิดปกติ

2.2 มีอารมณ์เศร้า ไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติรู้สึกตนเองไร้ค่า

2.3 มีการพบบ่อยมากที่ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าจะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหัว ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับหรือท้องเฟ้อหรืออาการลำไส้งานผิดปกติที่เรียกว่ากลุ่มอาการขับถ่ายอุจจาระกระปริดกระปรอย

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. การรักษาด้วยยา ต้องใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จึงจะเห็นผลการรักษา
2. การทำจิตบำบัดแบบประคับประคองด้านจิตใจ
3. การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ความคิดในแง่ร้ายต่อตนเองที่เกิดจากโรค
4. การรักษาทางจิตใจด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็นในการรักษา เช่น การให้ปรึกษา การทำครอบครัวบำบัด
4. การรักษาด้วยไฟฟ้า ในรายที่อาการหนัก ไม่ตอบสนองต่อวิธีอื่น ๆ

2. โรคไขมันในเลือดสูง

ไขมันในเลือดเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นในการสร้างฮอร์โมนบางชนิด และผนังของเซลล์ของร่างกาย ที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ

1. ไขมันโคเลสเตอรอล ปกติระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด ไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไขมันโคเลสเตอรอล มีหลายชนิดที่สำคัญมี 2 ชนิด ได้แก่

1.1 แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล เป็นไขมันชนิดที่ไม่ดี ระดับค่าปกติไม่ควรเกิน 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

1.2 เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล เป็นไขมันชนิดที่ดี ทำหน้าที่ช่วยนำไขมันโคเลสเตอรอลส่วนเกินในเลือดและบางส่วนที่เกาะตามผนังหลอดเลือดกลับสู่ตับ ระดับค่าปกติไม่ควรต่ำกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2. ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ระดับค่าปกติไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

สาเหตุภาวะไขมันในเลือดสูง

1. การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำ การสูบบุหรี่และการขาดการออกกำลังกาย
2. พันธุกรรม ประมาณ 20% ของผู้มีโคเลสเตอรอลสูง ญาติ พี่น้องมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้
3. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ โรคตับโรคไต โรคพิษสุราเรื้อรังและความเครียด ซึ่งโรคเหล่านี้ทำให้การเผาผลาญสารไขมันผิดปกติไป เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

อาการ ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง จะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้

วิธีป้องกันและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

1. ตรวจไขมันในเลือดตามคำแนะนำของแพทย์
2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดย
 - *จำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปลาหมึก หอยนางรม
 - *ควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องไขมัน ไข่ควรรับประทานไม่เกินสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง
 - *ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด อาหารที่ส่วนประกอบของกะทิ และอาหารประเภทยาง นึ่งหรืออบ
 - *ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันพบได้ในอาหารเนื้อสัตว์ รวมทั้งน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนย และใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร โดยใช้ประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวัน

3. ควรบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง อาหารที่ไม่ผ่านการแปรรูป เช่น ผลไม้สดและผักต่าง ๆ และถั่วต่าง ๆ
4. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มระดับไขมัน เอช ดี แอล ด้วย
5. งดสูบบุหรี่และไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ
6. หลีกเลี่ยงภาวะเครียด

3. ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ เป็นความผิดปกติที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะ กลุ่มผู้สูงอายุจะมีปัญหามากกว่าอายุน้อย และเป็นหนึ่งในโรคของสูงอายุที่พบได้บ่อย โดยในคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะปัสสาวะเล็ดได้ถึงร้อยละ 15-35 และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า

ชนิดของปัสสาวะเล็ดและปัสสาวะรด แบ่งตามสาเหตุได้ ดังนี้

1. เกิดขณะออกแรงเบ่ง ไอ จามหรือหัวเราะ เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดไม่แข็งแรง
2. กระเพาะปัสสาวะไวเกินไป เกิดจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวบ่อยและเร็วกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย (มากกว่า 8 ครั้งต่อวัน รวมทั้งต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะตอนกลางคืนบ่อย ๆ ปัสสาวะรดที่นอน รบกวนการนอนหลับ)
3. เกิดจากการที่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากเกินไปจนความจุของกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะจึงล้นไหลออกมาเป็นหยดตลอดเวลา มักเกิดจากการอุดตันทางเดินปัสสาวะหรือกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ เช่น ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน
4. สาเหตุอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติทางจิตใจ การติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะหรือการได้รับยาบางชนิด เป็นต้น การตรวจวินิจฉัยจากอาการปัสสาวะเล็ดรดเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถให้การวินิจฉัยถึงสาเหตุที่แท้จริงได้จะต้องอาศัยการตรวจร่างกายเพิ่มเติม รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและบอกแนวทางการรักษา

การรักษา มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดและสาเหตุของปัสสาวะเล็ด ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยและแนะนำวิธีที่เหมาะสมในการรักษา ซึ่งมีคร่าว ๆ ดังนี้

1. การรักษาเชิงพฤติกรรม เป็นวิธีการรักษาที่ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และไม่มีผลข้างเคียง ทำได้โดย

1.1 การฝึกปัสสาวะ โดยการพยายามกลั้นปัสสาวะ เมื่อรู้สึกอยากจะถ่ายปัสสาวะให้พยายามยืดเวลาออกไปอีก 10-15 นาที เมื่อทำได้ 2 สัปดาห์แล้วค่อย ๆ เพิ่มเวลาออกไปอีก จะทำให้สามารถกลั้นปัสสาวะได้นานขึ้น วิธีนี้ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีกระเพาะปัสสาวะไวเกินและกล้ามเนื้อหูรูดไม่แข็งแรง

1.2 การฝึกขมิบก้ามเนื้อเชิงกราน โดยทำการขมิบก้นและช่องคลอดซ้ำ ๆ ครั้งละ 10 วินาที วันละ 30-80 ครั้ง วิธีนี้ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหูรูดไม่แข็งแรง

1.3 การควบคุมน้ำหนักเนื่องจากความอ้วนจะเพิ่มความดันในช่องท้อง

1.4 ควบคุมปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันไม่ให้มากเกินไป

1.5 ควรดื่มน้ำสุราและชา กาแฟ

2. การรักษาโดยยาและการผ่าตัด แพทย์จะพิจารณารักษาโดยให้ยาลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะตามความเหมาะสม และให้การผ่าตัดรักษาในรายที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ต่อมลูกหมากโตที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนรุนแรง เป็นต้น

4. โรคมะเร็ง

มะเร็ง เป็นโรคร้ายแรงที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย คนส่วนใหญ่จะตรวจพบการเป็นโรคมะเร็งในระยะท้าย ๆ ซึ่งยากต่อการบำบัดรักษาทำให้มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งสูง

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง

มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลายประการ อาจแบ่ง ได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1. ปัจจัยภายในร่างกาย เช่น พันธุกรรม ภาวะทุพโภชนาการ เช่น โรคตับแข็ง เกิดจากการขาดสารอาหารโปรตีน จะกลายเป็นมะเร็งตับได้ง่าย

- เพศ มะเร็งตับ มะเร็งปอด พบมากในผู้ชาย มะเร็งเต้านม มะเร็งผิวหนัง มะเร็งปากมดลูก พบมากในผู้หญิง

- อายุ มะเร็งของลูกตา มะเร็งของไต พบมากในเด็ก

- กรรมพันธุ์ มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมไทรอยด์บางชนิด พบว่ามีความสัมพันธ์กับกรรมพันธุ์ เป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอกในร่างกาย ได้แก่

2.1 สารกายภาพต่าง ๆ ได้แก่ การระคายเคืองเรื้อรัง เช่น ฟืนปลอมที่ไม่กระซบ การรับประทานอาหาร หรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัดเป็นประจำ การเคี้ยวหมากหรือการจุกยาสูบ สารรังสีชนิดต่าง ๆ เช่น รังสีเอ็กซ์ สารกัมมันตภาพรังสีต่าง ๆ รวมทั้งรังสีอัลตราไวโอเลตในแสงแดด

2.2 สารเคมีก่อมะเร็ง เช่น เบนซิน ทำให้เกิดมะเร็งของเม็ดเลือดขาวยาสูบในบุหรี่ ทำให้เกิดมะเร็งปอด สารหนูอาจทำให้เป็นมะเร็งของผิวหนัง คีโตที ทำให้เกิดมะเร็งของตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่

2.3 เชื้อไวรัส พยาธิและเชื้อรา เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ทำให้เกิดมะเร็งตับ พยาธิใบไม้ในตับที่พบในปลาดิบทำให้เป็นมะเร็งท่อน้ำดี

2.4 อาหารที่บริโภค คุณภาพและปริมาณอาหารที่บริโภคมีผลทำให้เกิดมะเร็งแตกต่างกัน

อาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง

- อาหารที่มีเชื้อรา อาจเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับ ที่ต้องระวัง ได้แก่ ถั่วลิสงคั่วปนพริกแห้ง พริกป่น หัวหอม กระเทียม ที่ขึ้นรา

- อาหารไขมันสูง เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ลำไส้ใหญ่และต่อมลูกหมาก อาหารประเภทนี้จะช่วยส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เซลล์เปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ง่าย เนื่องจากสารก่อมะเร็งส่วนมากละลายในไขมันจึงกระจายตัวในสารไขมันได้ดี และสารไขมันยังทำให้มีการสร้างกรดน้ำดีและกลื่อน้ำดีมากขึ้น ซึ่งจะถูกแบคทีเรียในลำไส้กระตุ้น โดยกระบวนการออกซิเดชันกลายเป็นสารก่อมะเร็งในลำไส้ได้

- อาหารที่เค็มจัด อาหารหมักดอง อาหารกระป๋องที่ใส่เกลือมาก อาหารที่ถนอมด้วยเกลือดินประสิว

- เครื่องดื่มร้อนจัด สุรา บุหรี่

- ส่วนไหม้เกรียมของเนื้อที่ปิ้งย่าง ทอด รมควัน เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ใหญ่

- อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ โดยเฉพาะปลาน้ำจืดดิบ ๆ ทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับและเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตับ

- หลีกเลี่ยงอาหารใส่สารกันบูด สารปรุงแต่งรส

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารซ้ำ ๆ ทุกวัน

อาหารที่ป้องกันโรคมะเร็ง

- อาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ ข้าว ข้าวกล้อง ข้าวโพด และเมล็ดธัญพืชต่าง ๆ เช่น ถั่วแดง งา เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง ช่วยป้องกันสารก่อมะเร็ง ไม่ให้สัมผัสผิวลำไส้และลดการดูดซึมสารก่อมะเร็งเข้าสู่เยื่อผิวลำไส้ นอกจากนี้เส้นใยยังมีคุณสมบัติอุ้มน้ำไว้ทำให้อุจจาระไม่แห้ง ซึ่งทำให้อุจจาระไม่สะสมอยู่ในลำไส้ยาวนานเกินไป

- อาหารที่มีเบต้าแคโรทีนสูง เช่น ผักผลไม้ที่มีสีเหลืองส้ม เช่น ฟักทอง มะละกอ มะม่วงสุก แครอท และผักสีเขียวเข้ม ช่วยป้องกันมะเร็งหลอดอาหาร ก่อให้เกิดและปอด

- อาหารที่มีวิตามินสูง เช่น ผักผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว มะเขือเทศ ถั่วเหลืองผลไม้สีเหลือง สีส้ม ช่วยป้องกันมะเร็งหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ปอดและมะเร็งเต้านม

- อาหารที่มีซีสตีนสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ จมูกข้าวสาลี รำข้าว ปลาธัญพืชกระเทียม ไข่ เห็ด หัวหอม หน่อไม้ฝรั่ง บร็อกโคลี มะเขือเทศ มีการวิจัยพบว่า อาหารที่มีซีสตีนสูงสามารถยับยั้งการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่

- ผักตระกูลกะหล่ำ ช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ส่วนปลายกระเพาะอาหารและอวัยวะระบบทางเดินหายใจ

- เครื่องเทศต่าง ๆ เช่น กระเทียม ขมิ้น

สัญญาณอันตราย 7 ประการของมะเร็ง

1. การเป็นแผลเรื้อรังนานเกินกว่า 2 สัปดาห์
2. การมีตุ่ม ใต้ ก้อนแข็ง เกิดขึ้นในที่ปกติที่ไม่ควรมี โดยเฉพาะที่เต้านม ช่องท้อง บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ
3. มีอาหารผิดปกติเรื้อรังของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อกลืนอาหารไม่ลง ท้องผูกสลับกับท้องเสียอยู่เรื่อย ถ่ายเป็นมูกปนเลือดเรื้อรัง
4. มีอาการไอเรื้อรังโดยหาสาเหตุไม่ได้ หรือเสียงแหบแห้งอยู่นาน
5. มีการเปลี่ยนแปลงของหูด ฝ้า ปาน ที่เคยมีอยู่ก่อน เช่น เปลี่ยนสีไปจากเดิม หรือมีขนาดที่โตขึ้นผิดปกติ
6. มีอาการผิดปกติของประจำเดือนในผู้หญิง เช่น มีประจำเดือนกะปริดกะปรอย
7. มีน้ำเหลืองหรือเลือดหรือสิ่งผิดปกติอื่น ๆ ออกจากตา หู จมูก เต้านมช่องคลอด ทวารหนักหากมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรปรึกษาแพทย์ทันที มะเร็งเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ตรวจพบ

สิ่งผิดปกติที่ต้องรีบปรึกษาแพทย์

- พบก้อนหรือเนื้อที่แข็งเป็นไตผิดปกติ
 - มีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลออกจากหัวนม
 - ผิวหนังบริเวณเต้านมมีรอยบวม
 - หัวนมถูกดึงรั้งจรผิดปกติ
 - เต้านมทั้งสองข้างไม่อยู่ในระดับเดียวกัน
 - ขนาดและรูปร่างของเต้านมต่างกันผิดปกติ ก้อนที่พบที่เต้านมนั้น
- อาจเป็นเพียงเนื้องอกอย่างธรรมดาไม่ใช่มะเร็งเสมอไป แต่ก็จำเป็นต้องรีบปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจและวินิจฉัยให้แน่นอนต่อไป

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

1. ไม่สูบบุหรี่ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีบุหรี่

2. รับประทานอาหารให้หลากหลาย ที่ประกอบด้วยธัญพืช เช่น ถั่วชนิดต่าง ๆ ข้าวกล้อง พืชผักหลาย ๆ อย่าง รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
3. รับประทานผักและผลไม้สดให้มากเป็นประจำตามฤดูกาล เนื่องจากมีสารที่มีคุณค่าหลายชนิดที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้
4. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำและเค็มน้อย ลดจำนวนอาหารหมักดองหรืออาหารกวนให้น้อยที่สุด
5. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง
6. งดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่ตับ มะเร็งในช่องปาก รวมทั้งมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดเสียง
7. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ลดความเครียด
8. ออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยลดโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าปกติ 30-50%

5. โรคหลอดเลือดสมอง

เป็นอาการผิดปกติของสมองอย่างฉับพลัน และเป็นอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมงเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ

1. หลอดเลือดในสมองตีบตัน การตีบอย่างช้า ๆ ของเส้นเลือดสมอง เกิดจากมีแคลเซียมมาเกาะหรือเกิดมีตะกอนไขมันมาเกาะ ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลงและทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ
2. หลอดเลือดในสมองมีก้อนอุดตัน เนื่องจากมีลิ่มเลือดเล็ก ๆ ที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดที่อยู่นอกสมอง หลุดลอยตามกระแสเลือดขึ้นไปอุดตันในหลอดเลือดที่อยู่ในสมอง มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจรูมาติก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ
3. หลอดเลือดในสมองแตกหรือมีการแตกเลือดในสมอง ผู้ที่มีเส้นเลือดสมองเปราะและมีความดันโลหิตสูง เมื่อใดที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นทันทีทันใด อาจจะทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้นอกจากนี้ ยังอาจมีสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดแดงโป่งพองโดยกำเนิด หลอดเลือดฝอยผิดปกติแต่กำเนิด หรือมีการอักเสบของเส้นเลือด มักจะแตกและทำให้เกิดอาการอัมพาตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน และโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เช่น ตับแข็ง โรคเลือดบางชนิด เป็นต้น บางครั้งก็อาจกลายเป็นสาเหตุหนึ่งของเลือดออกในสมองได้

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงดื่มเหล้า

2. หมั่นตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 80

3. ลดการบริโภคอาหารรสเค็มจัด จากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่นิยมรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด จะพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ

4. บริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูงๆ

5. รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ

6. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

7. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูงควรรับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่องโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกัน ควบคุมได้ด้วย การปฏิบัติตัวมิให้หลอดเลือดในสมองเสื่อมเร็วกว่าวัยอันควร โรคนี้เมื่อเป็นแล้วจะฟื้นตัวได้เล็กน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับธรรมชาติของโรคและผู้ป่วยเป็นสำคัญ และต้องตระหนักว่าผู้ป่วยจะมีเพียงความผิดปกติทางกายเท่านั้น ส่วนทางด้านสติปัญญามักจะเป็นปกติ ญาติจึงต้องคอยให้กำลังใจและเสริมสร้างคุณค่าของผู้ป่วยอยู่เสมอผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตให้เป็นแบบที่ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้ฟื้นตัวได้ดีขึ้น และยังช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำอีก

6. โรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงลดลงหรือไม่มีเลย มักเป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแข็งเพราะมีไขมันและหินปูนไปจับ ทำให้หลอดเลือดตีบมากขึ้นจนกระทั่งอุดตัน เนื่องจากความเสื่อมเกิดขึ้นตามอายุ จึงพบว่าคนอายุมากเป็นโรคนี้มากกว่าคนอายุน้อย

อาการ

เจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดมีลักษณะคล้ายมีอะไรมารัดหรือกดทับหน้าอกเจ็บแน่นตื้อ ๆ บางคนมีเจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย ต้นคอหรือกราม อาจมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่หายใจไม่ออก คล้ายจะเป็นลม อาการมักเกิดขณะที่ร่างกายมีการใช้กำลัง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เช่น ขึ้นบันได วิ่ง ตกใจ เครียด เสียใจอย่างรุนแรง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด

1. จำพวกสารไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง
2. ความดันโลหิตสูง คนที่มีความดันโลหิตสูงยิ่งสูงมากเท่าไร มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้มากขึ้น

3. การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นโรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า

4. อายุที่มากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น
5. โรคเบาหวาน เนื่องจากทำให้มีผลเสียต่อหลอดเลือดหัวใจ
6. กรรมพันธุ์ พบว่าผู้ที่พ่อแม่เป็นโรคหัวใจ บุตรมักมีโอกาสมากกว่าคนอื่น
7. ภาวะทางจิตใจ ผู้ที่มีจิตใจตึงเครียดอยู่เสมอ ผู้ที่มีความทะเยอทะยานมาก มีความกังวลใจมาก มีการชิงดีชิงเด่นมาก มีการผัดหวังบ่อย มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้สูง

วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

1. งดการสูบบุหรี่
2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
3. ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนเกินไป
4. งดอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง เช่น อาหารทอด และผักที่ใช้ไขมันมากๆ ในการใช้น้ำมันจากสัตว์หรือน้ำมันมะพร้าวในการประกอบอาหาร ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มเกินไป ควรรับประทานผักผลไม้ให้มาก ๆ
5. ควบคุมไม่ให้เกิดความเครียด ทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ หมั่นฝึกวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ ไหว้พระสวดมนต์
6. ถ้ามีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง

การดูแลตนเองขณะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

1. พบแพทย์เพื่อรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ
2. เลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด
3. ถ้าอ้วนควรลดน้ำหนัก
4. รับประทานอาหารให้ถูกต้อง ลดไขมัน ลดเค็ม รับประทานอาหารที่มีกากมาก/เส้นใยสูง
5. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหมและควรเพิ่มขึ้นทีละน้อย ทางที่ดีควรขอคำแนะนำจากแพทย์เสียก่อนที่จะออกกำลังกายมาก ๆ
6. หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการ โรคหัวใจกำเริบ เช่น
 - อย่าทำงานหักโหมเกินไป
 - อย่านับรับประทานอาหารอ้วนเกินไป
 - ระวังอย่าให้ท้องผูกเพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระจะส่งผลเสียต่อหัวใจ

- งดดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มใส่คาเฟอีน
- หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นตกใจ หรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจและทำจิตใจ

ให้เบิกบานอยู่เสมอ

ทำอย่างไรให้มีสุขภาพหัวใจที่ดี

1. ดูแลตัวเองและคนรอบข้างให้ปลอดภัยจากบุหรี่ และพยายามจำกัดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
2. ฝึกทำให้การออกกำลังกายนั้นเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทำตัวให้มีความกระฉับกระเฉงทุกวัน รวมถึงเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว ๆ วิ่ง ว่ายน้ำ หรืออื่น ๆ โดยใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และพยายามปฏิบัติให้ได้มากที่สุดในแต่ละสัปดาห์
3. ตั้งเป้าหมายให้กับตัวเองที่จะมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมและมีสุขภาพที่ดี
4. ลดอาหารที่มีไขมัน โคเลสเตอรอล และพลังงานสูง เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืช
5. ลดการรับประทานเกลือ (ไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน) ลดการรับประทานน้ำตาล (ไม่เกิน 4 ช้อนโต๊ะต่อวัน)
6. ควรตรวจวัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่เสมอ เมื่ออายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป
7. ตรวจสอบสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เรียนรู้ว่าตัวเลขใดแสดงถึงความเสี่ยงของระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด
8. รู้จักคลายเครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส
9. พักผ่อนให้เต็มที่ โดยเฉพาะการนอนหลับที่สนิทและเพียงพอ

7. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้ตามปกติ หรือเนื้อเยื่อของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรือจากทั้งสองสาเหตุร่วมกัน เป็นผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและก่อให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะอื่น ๆ ตามมา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน

1. น้ำหนักเกิน ความอ้วน และขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่เพียงพอ
2. กรรมพันธุ์ มักพบโรคนี้ในผู้ที่มีบิดา มารดา เป็นเบาหวาน ลูกมีโอกาสเป็นเบาหวาน 6-10 เท่า ของคนที่พ่อแม่ไม่เป็นเบาหวาน

3. การเกิดความเครียดเรื้อรัง ทำให้อินซูลินทำหน้าที่ในการนำน้ำตาลเข้าเนื้อเยื่อได้ไม่เต็มที่

4. อื่น ๆ เช่น จากเชื้อโรคหรือยาบางอย่าง (รวมทั้งเหล้าด้วย) ไปทำลายตับอ่อนทำให้สร้างอินซูลินไม่ได้ จึงเกิดโรคเบาหวาน

อาการของโรคเบาหวาน

สังเกตได้จากการปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก กระหายน้ำและดื่มน้ำมากกว่าปกติ หิวบ่อย กินจุแต่น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ซาปลายมือปลายเท้า คันตามตัว ผิวหนังและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นแผลแล้วหายยาก บางรายตรวจพบโดยบังเอิญโดยไม่มีอาการ

ทราบได้อย่างไรว่าเป็นเบาหวาน

วิธีที่ดีที่สุด คือ การตรวจเลือด มี 3 วิธี ดังนี้

1. ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อเวลาใดก็ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
3. ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมง หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคสพบว่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน

1. มีวิถีชีวิตที่มีกิจกรรมทางกายที่ออกกำลังกายแรง ปานกลาง อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์
2. บริโภคอาหารตามข้อปฏิบัติการรับประทานอาหารที่มีสุขภาพ สำหรับผู้เสี่ยงต่อเบาหวาน เน้นผัก อาหารไขมันต่ำ และธัญพืชเพิ่มขึ้น
3. การรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ไม่ให้อ้วนเกินไป
4. ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น งดสูบบุหรี่ งดแอลกอฮอล์
5. ให้ติดตามตรวจระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
6. ผู้ที่มีอายุเกิน 45 ปี โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงทุก 3 ปี

ผลกระทบของการไม่ดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่

* ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีอาหารปัสสาวะออกมาก กระหายน้ำมาก บางครั้งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หอบ ชีพ อาจถึงขั้นหมดสติ

* ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาก จะมีอาการใจสั่น หน้ามืด ตาลายเหงื่อออกมาก ตัวเย็น เหมือนเวลาหิวข้าว ง่วงนอน ปวดศีรษะ สับสน อาจหมดสติหรือชัก

2. โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่

* หลอดเลือดหัวใจตีบตันหรืออุดตัน

* หลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เป็นอัมพาต

* ตามัว พร่า ตามองจากต้อกระจก และเส้นเลือดในตาอุดตันเลือดออกในลูกตา จอตาหลุดลอก

* ไตอักเสบ ไตเสื่อม ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะลดลงและเสียชีวิตในที่สุดเนื่องจากไตวาย

* ประสาทอักเสบ ทำให้มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ปัสสาวะลำบาก ท้องผูกสลับท้องเดิน

* พบร่วมกับความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 38.4

นอกจากนั้น ในผู้ที่ป่วยโรคเบาหวานจะมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย ที่พบบ่อยคือ เป็นแผลหรือฝี ซึ่งลุกลามเร็ว เช่น ฝีฝีกั้ว แผลที่เท้า วัณโรค และไตอักเสบ แต่ถ้าสามารถป้องกันได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี จะเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นน้อยลงและไม่รุนแรง

การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

1. ควบคุมอาหารอย่าปล่อยให้อ้วน ไม่รับประทานของหวาน งดสูบบุหรี่สุราและของเค็ม ควรรับประทานอาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูง

2. ออกกำลังกายพอควรและต่อเนื่อง โดยการกายบริหาร เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน รำมวยจีน ว่ายน้ำ เดินรำ เล่นกอล์ฟ เล่นเทนนิส เล่นแบดมินตัน

3. พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ร่าเริง อย่าให้เครียดหรือวิตกกังวล

4. พบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด และสม่ำเสมอ

5. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะอาจเกิดปฏิกิริยากับยาลดน้ำตาลในเลือดและอาจเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ

6. การติดตามรับการตรวจร่างกายเป็นระยะ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

7. ดูแลรักษาเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ เพราะเมื่อมีบาดแผลจะทำให้แผลหายช้า โดยปฏิบัติดังนี้

* ตรวจสอบสภาพเท้าทุกวันว่ามีเล็บขบ แผลพุพอง แผลซ้ำ รอยถลอกที่ใดบ้าง
* ทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำอุ่นและเช็ดให้แห้งทุกวัน ควรเปลี่ยนถุงเท้าหรือถุงน่อง
ทุกวัน

* ควรตัดเล็บเท้าด้วยความระมัดระวัง
* หลีกเลี่ยงไม่ให้เท้าสัมผัสกับความร้อน
* ไม่ใช่ของมีคมแคะ แคะ เกาบริเวณเท้า
* ไม่ให้เดินเท้าเปล่า
* บริหารเท้าทุกวัน อย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้การหมุนเวียนของเลือดไปที่เท้าดีขึ้น

8. มีลูกอมพกติดตัวไว้ตลอด เพื่อป้องกันการหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป หลัง
รับประทานอาหารเบาหวาน

9. ถ้ามีแผลหายช้าหรือมีความผิดปกติใด ๆ ควรปรึกษาแพทย์ทันทีที่คำแนะนำเรื่องการ
รับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

* หลีกเลี่ยงน้ำอัดลม น้ำหวาน หรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ทุกชนิด
* ลดอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล ของหวานทุกชนิดให้เหลือน้อยที่สุด
* เลือกรับประทานอาหารที่มีใยมาก เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่วฝักยาว ถั่วแขก ฝักทุกชนิด
หรือเม็ดแมงลัก ซึ่งจะช่วยระบายอ่อน ๆ ด้วย การรับประทานอาหารที่มีกากใยให้มากทุกวันและทุก
มื้อ ใยอาหารทำให้น้ำตาลในเลือด โกลเสเตอร์อล ไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดลดลง และยังสามารถลด
น้ำหนักตัวได้ด้วย ใยอาหารจะมีมากในผักและผลไม้ ข้าวและผลิตภัณฑ์ข้าวแป้ง ถั่วชนิดต่าง ๆ

* รับประทานอาหารให้ตรงเวลา อย่ารับประทานอาหารจุกจิกและไม่ตรงเวลา ถ้าอดอาหาร
มือใดไป อาจเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปได้

* รับประทานอาหารในปริมาณที่สม่ำเสมอและคงที่ ไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไป
หรือน้อยเกินไปในบางมื้อ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ยาก

* ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง หรือโรคไตร่วมด้วย ควรจะลดอาหารเค็ม

* ขอให้ฝึกปฏิบัติจนเป็นนิสัย และท่านจะรู้สึกว่ามันไม่ใช่เป็นเรื่องยากในการควบคุม
อาหาร “อาหารเบาหวาน” ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารเหมือนคนธรรมดาทั่วไป
เพียงแค่เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นในชนิดและปริมาณของอาหารเท่านั้น

อาหารสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน

เพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ อาจแบ่งง่าย ๆ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ห้ามรับประทาน

* น้ำตาลทุกชนิด รวมทั้งน้ำผึ้งด้วย

* ขนมหวานและขนมเชื่อมต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมชั้น สังขยา เป็นต้น
ผลไม้กวน เช่น มะม่วงกวน ทุเรียนกวน สับปะรดกวน เป็นต้น

* น้ำหวานต่าง ๆ รวมทั้งน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น ชา กาแฟ

* ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน องุ่น ลำไย มะม่วงสุก ขนุน ละมุด น้อยหน่า ลิ้นจี่
อ้อย ผลไม้แช่อิ่ม หรือเชื่อมน้ำตาลทั้งหลาย

2. อาหารที่ต้องจำกัดปริมาณ

* อาหารพวกแป้ง ข้าว เผือก มัน ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ ขนมจีน บะหมี่ ขนมปัง
มักกะโรนี เป็นต้น

* ลดอาหารไขมัน เช่น ขาหมู หมูสามชั้น หรืออาหารทอดน้ำมันมาก ๆ ตลอดจน
ไขมันจากพืช เช่น กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

* อาหารสำเร็จรูป หรืออาหารพิเศษสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น น้ำตาลจากผลไม้

* ผักประเภทหัวที่มีน้ำตาลหรือแป้งมาก เช่น หัวผักกาด ฟักทอง หัวหอม กระเทียม
ถั่วงอก หัวโต หัวปลี เป็นต้น

* ผลไม้บางอย่าง เช่น ส้ม เงาะ สับปะรด มะละกอ ฝรั่ง

* อาหารโปรตีนประเภทเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ไข่ ปลา กุ้ง เนื้อ หมู และโปรตีนจากพืช
เช่น ถั่ว เต้าหู้ เป็นต้น

3. อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด

* ผักทุกชนิด (ยกเว้นผักประเภทที่มีแป้งมาก ได้แก่ ฟักทอง ถั่วลันเตา แครอท สะเดา
 เป็นต้น)

8. โรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือ
มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า
90 มิลลิเมตรปรอท

สาเหตุของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่มักไม่ทราบสาเหตุ พบมากถึงร้อยละ 95 แต่มีปัจจัยเชื่อว่าเป็นสาเหตุ ได้แก่
ความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายนอกจากนี้ ยังพบในผู้ที่มี
ประวัติครอบครัวมีความดันโลหิตสูงมาก่อน ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ที่พบ เช่น โรคไต โรคต่อมไทรอยด์ โรค
ระบบประสาท สารเคมี หรือยาบางชนิด

อาการ

หากเป็นไม่รุนแรง อาการจะไม่เด่นชัด อาจมีอาการเวียนศีรษะ หลังจากนั้นจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณท้ายทอยช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอน คลื่นไส้ อาเจียนโดยไม่ทราบสาเหตุ หากเป็นมาก ๆ จะมีเลือดกำเดาไหล หอบ นอนราบไม่ได้ อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย

การรักษา

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเป็นประจำ การงดสูบบุหรี่ ลดแอลกอฮอล์ตลอดจนการฝึกสมาธิ ฝึกจิตไม่ให้เครียด

2. การรักษาทางยาโดยแพทย์ และไม่แนะนำให้หยุดยาเองเป็นอันตรายเพราะจะเป็นผลเสียต่อร่างกาย

การป้องกัน

1. ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน
2. งดสูบบุหรี่
3. จำกัดเกลือไม่ให้เกินวันละ 1 ช้อนชา
4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที
5. ลดการดื่มแอลกอฮอล์
6. รับประทานอาหารที่มีโปแทสเซียมสูง เช่น ถั่ว ส้ม น้ำเต้าหู้ ในรายที่ต้องรับประทานยาขับ

ปัสสาวะ

7. รับประทานผัก ผลไม้ เช่น ผักบร็อคโคลี่ กะหล่ำปลี ฝรั่ง
8. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นมขาดไขมัน
9. หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ฝึกสมาธิและการผ่อนคลาย
10. หมั่นตรวจความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
11. คอยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ตามัว ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นต้นควรรีบปรึกษาแพทย์

การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน

*ดูแลน้ำหนักร่างกายให้พอดี คนที่มีน้ำหนักตัวมากควรพยายามลดน้ำหนัก เพราะจะช่วยลดความดันลงได้ โดยใช้วิธีควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกาย

*หมั่นออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเดินเร็ว ก้าวยาว ๆ ทำบริหารร่างกายแบบง่าย ๆ ควรเริ่มต้นทีละน้อยก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จะทำให้หัวใจและปอดทำงานดีขึ้นช่วยการสูบฉีดโลหิตหมุนเวียนทั่วร่างกาย

*ลดอาหารเค็ม ควรเลือกอาหารที่ใส่เกลือหรือน้ำปลาน้อยที่สุดรวมทั้งรับประทานผงชูรส ป้องกันอาการท้องผูกโดยการรับประทานผักผลไม้ให้มาก ดื่มน้ำให้เพียงพอ

2. ผู้ที่สูบบุหรี่ ต้องงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพราะบุหรี่จะส่งเสริมให้เกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจตีบตันเร็วขึ้น และยังทำให้ดื้อต่อยาที่รักษา

3. ควรงดเหล้า เพราะแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำให้ความดันขึ้น และทำให้ดื้อต่อยาที่รักษา

4. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

5. การบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลต่ำ และมีเส้นใยอาหารสูงจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ร้อยละ 10

6. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรหยุดยาหรือปรับยาด้วยตนเอง

7. หมั่นตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ อาจเป็นเดือนละ 1-2 ครั้ง ควรบันทึกผลสมุดบันทึกไว้ด้วย

8. สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาขับปัสสาวะ ควรรับประทาน ส้ม กัลย เป็นประจำถ้าไม่มีข้อห้าม เพื่อทดแทนโปแตสเซียมที่เสียไปในปัสสาวะ

9. โรคกระดูกพรุน

โรคกระดูกพรุนเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่กระดูกมีความแข็งแรงทนทานลดลง เนื่องจากเนื้อกระดูกบางลงจนเป็นเหตุให้เกิดการแตกหัก ขยุตัวลงได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง กระดูกข้อสะโพก และกระดูกข้อมืออาการของโรคกระดูกพรุน

ในระยะเริ่มแรก จะไม่มีอาการใด ๆ แสดงให้เห็นเลย อาการต่าง ๆ จะเกิดขึ้นต่อเมื่อ เนื้อกระดูกลดลงไปมากจะกระทั่งกระดูกขาดความแข็งแรงทนทาน เกิดการแตกหัก ขยุตัว จึงจะมีอาการปรากฏให้เห็น

อาการสำคัญ

คือปวดกระดูกบริเวณที่มีความผิดปกติ มักเกิดกับกระดูกที่ต้องรับน้ำหนักเช่น กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก เป็นต้น กรณีข้อกระดูกสันหลัง การหักขยุตัวอาจเกิดอย่างเฉียบพลัน เช่น ภายหลังยกของหนักหรือหกล้มก้นกระแทก จะเกิดอาการปวดหลังเคลื่อนไหวยับตัวแล้วจะปวดมาก แต่ผู้ป่วยจำนวนมากจะมีการหักขยุตัวอย่างช้า ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยจะสังเกตพบว่าความสูงลดลงเรื่อย ๆ หลังจะโก่งค่อม และมีอาการปวดหลังเรื้อรัง ส่วนกระดูกข้อสะโพกหัก ส่วนใหญ่พบได้ในผู้สูงอายุในวัย 70 ปีขึ้นไป มักเกิดขึ้นในท่าหกล้มทางด้านข้าง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดสะโพก เดิน

ไม่ได้ โรคนี้จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และมักมีภาวะ
ทุพพลภาพตามมา

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน

1. ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีวัยหมดประจำเดือน หรือถูกผ่าตัดรังไข่
ออกก่อนหมดประจำเดือน
2. ผู้สูงอายุ
3. คนขาวผิวขาว และชาวเอเชีย
4. รูปร่างเล็ก ผอม น้ำหนักน้อย
5. รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำเป็นนิสัย
6. ไม่ค่อยออกกำลังกาย ไม่ค่อยเดิน
7. สูบบุหรี่
8. ดื่มชา กาแฟ สุรา ในปริมาณมาก
9. ใช้ยาบางอย่างเป็นเวลานาน เช่น สเตียรอยด์ ยาทดแทนไทรอยด์ ยากันชัก
10. เป็นโรคเรื้อรังบางชนิด เช่น ข้ออักเสบ โรคไต โรคตับ ต่อไทรอยด์ทำงานมากเกินไป
11. รับประทานอาหารรสเค็มจัดเป็นนิสัย การรับประทานเกลือแกงมาก ๆ

จะทำให้ได้ขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น

12. รับประทานอาหารโปรตีนมากเป็นนิสัย จะทำให้การดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้ลดลง
13. ยาที่ก่อให้เกิดปัญหาบ่อยที่สุด ได้แก่ ยากลุ่มสเตียรอยด์ที่ซื้อมารับประทานเองหรือแอบ
แฝงมากในรูปของยาสมุนไพรและยาไทย เช่น ยาลูกกลอนที่ช่วยในการบำบัดรักษาหอบหืด ปวดเมื่อย
ปวดหัวเข่า เป็นต้น

การป้องกันและรักษาโรคกระดูกพรุน

โรคกระดูกพรุนนั้นมีสาเหตุต่าง ๆ เกี่ยวข้องมากมาย การป้องกันการดูแลรักษาและปฏิบัติตน
ให้ถูกต้องในด้านต่าง ๆ มีต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ตั้งแต่ในวัยเด็ก วัยรุ่น การ
ป้องกันโรคกระดูกพรุนนั้นควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ไม่ควรรอจนอายุมากแล้วจึงค่อยมาเริ่มป้องกันรักษา
รับประทานอาหารที่อุดมด้วยแร่ธาตุแคลเซียมเป็นประจำอยู่ในอาหารจำพวกนมและผลิตภัณฑ์จาก
นม เช่น เนย โยเกิร์ต ส่วนอาหารที่มีปริมาณแคลเซียมสูง เช่น นม เนยแข็ง คัสตาร์ด กุ้งแห้ง กุ้งฝอย
ปลาตัวเล็ก ปลากระดูกเลแห้ง ปลาลิ้นหมาแห้ง ผักใบเขียวต่าง ๆ ใบผักกวางตุ้ง ใบคะน้า ผักบร็อกโคลี
ผักโขม ใบยอ ใบชะพลู ผักตำลึง ยอดแค ยอดสะเดา อินทผลัม ถูกันท ถั่วลิสงคั่ว ถั่วแดงสุก ถั่วเหลือง
และเต้าหู้

2. การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ หรือมีกิจกรรม/กิจวัตรประจำวันที่มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ทำให้สุขภาพทั่วไปดีขึ้นจะป้องกันการหกล้มได้

นอกจากนี้การออกกำลังกายกลางแจ้ง ในเวลาที่มีแสงแดดอ่อน ๆ จะช่วยกระตุ้นผิวหนังให้สร้างวิตามินดี ซึ่งช่วยในการดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ และช่วยสะสมแคลเซียมไว้ในกระดูก

3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มกาแฟ ชา ให้ขาดอาหารแคลเซียมได้

4. ไม่ควรซื้อยารับประทาน เช่น ยากระดูกอ่อนเพราะในยากระดูกอ่อน อาจมีสารสเตียรอยด์ผสมอยู่ ทำให้กระดูกพรุน เกิดกระดูกหักได้ง่าย

5. ป้องกันระวังตนเองไม่ให้หกล้ม เช่น หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ จัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่วางของระเกะระกะทางเดิน พื้นบ้านไม่ควรเป็นที่สูง ๆ ต่ำ ๆ ควรทำราวยึด ในบริเวณที่จำเป็น เช่น บันได ห้องน้ำ เป็นต้น

การรักษาและป้องกันโรคกระดูกพรุน

การที่จะเลือกใช้ยาชนิดใดนั้นควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และผลดีผลเสียของการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย ยาที่ใช้ในการรักษาโรคกระดูกพรุน ได้แก่

1. ยาเม็ดแคลเซียม การรับประทานยาเม็ดแคลเซียมควรปรึกษาแพทย์ก่อนในคนปกติการได้รับแคลเซียมในปริมาณมากมักไม่มีปัญหา เนื่องจากแคลเซียมส่วนเกินจะถูกขับถ่ายออกมาในปัสสาวะและในอุจจาระ แต่ในผู้ป่วยที่มีโรคบางอย่าง เช่น โรคตับ โรคไต หรือโรคนี้ในไต การรับประทานแคลเซียมในปริมาณมากอาจเกิดผลเสียได้

2. วิตามินดี วิตามินดีในร่างกายส่วนใหญ่มาจากการสังเคราะห์ขึ้นเองจากผิวหนัง เมื่อได้รับแสงแดด แต่ในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย นอนอยู่ในบ้านที่มีแสงสว่างน้อยหรือเป็นโรคของลำไส้ อาจเกิดภาวะพร่องวิตามินดีได้ ในกรณีการให้วิตามินดีเสริมอาจมีความจำเป็น การรับประทานวิตามินดีควรอยู่ในการควบคุมของแพทย์ เนื่องจากการรับประทานที่มากเกินไปอาจเกิดโทษได้

3. ฮอร์โมนเอสโตรเจน เหมาะสมกับสตรีในวัยหมดประจำเดือน หรือสตรีที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างก่อนจะถึงวัยหมดประจำเดือน ควรอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ และควรตรวจเช็คมะเร็งเต้านมและตรวจภายในเป็นประจำทุกปี

4. คาลซิโตนิน เป็นฮอร์โมนที่สามารถยับยั้งการสลายตัวของกระดูก แต่มีราคาแพง

5. บิสฟอสฟอเนต มีฤทธิ์ในการยับยั้งการสลายตัวของกระดูก แต่อาจเกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหารได้

6. ฮอร์โมนเพศชาย มีประโยชน์ในชายสูงอายุที่เกิดกระดูกพรุนจากภาวะขาดฮอร์โมนเพศ

7. ฟลูออไรด์ สามารถเพิ่มเนื้อเยื่อกระดูกได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังอยู่ในระหว่างการวิจัยในขนาดที่เหมาะสมโรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่ป้องกันได้ตั้งแต่อายุน้อย ๆ การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีคุณค่าการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเหล่านี้ช่วยป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุนได้ การรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกันตั้งแต่เริ่มเป็น การเลือกใช้ยาชนิดใดควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ที่จะเลือกใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายไป

10. โรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม คือ โรคข้อเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่เกิดจากการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อที่พบได้บ่อยมาก ซึ่งจะเกิดขึ้นได้กับข้อกระดูกหลายส่วนของร่างกาย แต่ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือข้อเข่า พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของโรคข้อเสื่อมถือเป็นโรคในกลุ่มข้ออักเสบ พบได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ พบมากกว่าร้อยละ 80-90

ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเสื่อม

1. อายุ มักพบในอายุ 45 ปีขึ้นไป และพบบ่อยในผู้สูงอายุ
2. น้ำหนักตัวมาก มีโอกาสเป็นโรคมมากขึ้น
3. เกิดอุบัติเหตุหรือการใช้ข้อไม่ถูกต้อง เช่น การนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบ

หรือนั่งขัดสมาธิ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อน ที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อในข้อเข่าการฉีกขาด หรือสารเคมีเข้าในข้อเข่า

อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

1. เริ่มจากปวดข้อเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานข้อมากหากเป็นมากจะมีอาการปวดตลอดเวลา อาจจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อร่วมด้วย
2. ข้อฝืด ยึดติด ใช้งานไม่ถนัด บางรายมีข้อติด เช่น ในช่วงตื่นนอนตอนเช้าเมื่อเคลื่อนไหวในครั้งแรกจะไม่คล่องตัว
3. มีเสียงดังในข้อเข่า ขณะที่มีการเคลื่อนไหว
4. ข้อเข่าบวม มีน้ำในข้อ อาจมีการโป่งนูนของข้อ
5. ข้อเข่าคด ผิดรูป หรือเข่าโก่ง

วิธีการรักษา

การรักษามุ่งเน้นเพื่อการลดปวดหรือการอักเสบ ในขณะเดียวกันจะพยายามทำให้ข้อเคลื่อนไหวเป็นไปตามปกติ ซึ่งมีแนวทางการรักษาทั่ว ๆ ไปดังนี้

1. ให้ความร้อนประคบรอบเข่า ลดอาการปวด เกร็ง
2. บริหารกล้ามเนื้อเข่าให้แข็งแรงอยู่เสมอ
3. ใช้ส้นเข่า เพื่อกระชับ ลดอาการปวด

4. ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ช่วยลดแรงที่กระทำต่อข้อ

5. หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เช่น นั่งพับเพียบ ลูกเข่า จัดสมาธินั่งยอง

6. ลดน้ำหนักในรายที่อ้วนมาก เพราะเมื่อเดินจะมีน้ำหนักผ่านลงที่เข่าแต่ละข้างประมาณ 3 เท่าของน้ำหนักตัว นอกจากนี้ มีการรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยความร้อนและความเย็น การรักษาโดยการผ่าตัดและการใช้ยาซึ่งต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์
การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า

ท่านั่ง นั่งบนเก้าอี้ งอเข่าทั้งสองข้าง เท้าวางราบกับพื้น ค่อย ๆ ยกขาขึ้นจนเข่าเหยียดตรงเกร็งค้างไว้ นับ 1-10 งอเข่าลงช้า ๆ ให้เท้าวางกับพื้นเหมือนเดิม ทำ 10-20 ครั้ง สลับขาซ้าย-ขวา ทำนอนนอนหงาย ใช้หมอนเล็ก ๆหนุนใต้เข่าทั้งสองข้าง เหยียดเข่าให้ตรงแล้วยกขึ้นตรง ๆ ให้ส้นเท้าสูงจากพื้นประมาณ 1 ฟุต เกร็งไว้ นาน 5-10 วินาที แล้วลดลงสลับเหยียดขาอีกข้างหนึ่ง ทำข้างละ 10-15 ครั้ง วันละ 2 เวลา

11. นอนไม่หลับ

เป็นอาการที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เมื่อเข้านอนแล้วใช้เวลา นานกว่าจะหลับและจะนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ตลอดคืน มีการอ่อนล้าในตอนกลางวัน

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ นอนไม่หลับ

- มีปัญหาสุขภาพร่างกาย
- มีปัญหาด้านจิตใจ น้อยใจ หดหู่ กังวล ตื่นเต้น
- รับประทานยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวด ยาขยายหลอดเลือด ฯลฯ
- การดื่มสุรา ดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม สดุดำสุขภาพดีสำหรับการนอน
- ฝึกนิสัยการเข้านอนให้สม่ำเสมอ
- ทำกิจกรรมอย่างมีระบบ วางแผนตารางล่วงหน้า
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรออกกำลังกายหลังเวลา 19.00 น.หรือก่อนนอน
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอน ให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน แสงสว่างพอเหมาะ

อุณหภูมิต่ำรู้สึกสบาย เป็นต้น

- ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนนอน
- ไม่ควรดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หลัง 16.00 น.
- ดื่มนมอุ่น ๆ หรือน้ำเต้าหู้ก่อนนอน จะช่วยให้หลับสบายขึ้น
- ไม่ควรสูบบุหรี่ก่อนนอน
- ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายก่อนเข้านอน การปฏิบัติที่ช่วยให้หลับได้ดียิ่งขึ้น
- ปฏิบัติตามสุขบัญญัติการนอนดังกล่าวข้างต้น
- มีกิจกรรมทางร่างกายช่วงกลางวันและก่อนเข้านอนที่เหมาะสม

- มีระเบียบการเข้านอนและการลุกจากที่นอน
- เลี่ยงการงีบหลับช่วงกลางวันหรือน้ำยา ๆ

12. โรคสมองเสื่อม

ปกติผู้สูงอายุ จะมีอาการเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ ซึ่งเป็นการลืมตามั่ว เช่น ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน แต่หากลืมจนผิดปกติ เช่น เก็บกุญแจไว้ในตู้เย็น หรือหาทางกลับบ้านตนเองไม่ได้ ก็อาจเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ภาวะสมองเสื่อม เกิดจากความเสื่อมถอยในการทำงานของสมองโดยรวม มีผลให้เกิดความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และเกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและพฤติกรรมอย่างชัดเจน

อาการที่ญาติพึงสงสัยว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม

1. สูญเสียความจำสิ่งใหม่ ๆ แต่ความจำสิ่งเก่า ๆ จำได้เหมือนเดิม จะถามบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ
2. การรับรู้หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไม่ได้ จำเหตุการณ์ปัจจุบันหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน จำคำพูดระหว่างสนทนาไม่ได้ จะถามซ้ำ ๆ
3. การตัดสินใจแก้ไขปัญหามองไม่เห็น เช่น ยืนดูอ่างน้ำล้นเฉยๆ ไม่รู้จะอย่างไร
4. การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ บกพร่อง เช่น เคยเปิดโทรทัศน์และเปลี่ยนช่องได้เอง แต่ทำไม่ได้
5. การทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น ใส่เสื้อผ้าหรือติดกระดุมไม่ได้ ญาติต้องคอยทำให้ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่อยู่
6. พฤติกรรมแปลกและมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น กลายเป็นคนเฉยเมยเฉื่อยชาหรือโมโห จุกจิกง่าย เดินไปมาไร้จุดหมาย บางรายนอนไม่หลับหรือนอนทั้งวัน
7. หลงทาง เมื่อเดินออกจากบ้านแล้วหาทางกลับบ้านไม่ถูก ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นบ่อย เป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นรวดเร็วและมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับก็ได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม

คือ กรรมพันธุ์ อายุที่มากขึ้น พบว่าโดยเฉลี่ยพบในคนอายุ 65 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 20-25 ในคนอายุ 85 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบในคนที่เป็โรคหลอดเลือดสมองโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และในคนที่มึประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมองทราบได้อย่างไรว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

ทำได้โดยการซักประวัติ อาการและอาการแสดงจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของโรคสามารถแบ่งออกตามลำดับดังนี้

ระยะที่ 1 หลงลืม ระยะนี้มีระยะเวลาของโรค 1-3 ปี ผู้ป่วยจะบอกว่าหลงลืมบ่อย เช่น หลงทางบ่อย ๆ ลืมนัดหมาย ลืมเรื่องปัจจุบัน บุคลิกเปลี่ยนไป เช่น เป็นคนเรียบเฉย ไม่มีอารมณ์ขัน หากเป็นมากจะเข้าสู่ระยะที่ 2

ระยะที่ 2 สับสน มีระยะเวลาของโรค 3-10 ปี ความจำลดลงอย่างมากสูญเสียความสามารถในการพูดหรือใช้ภาษา ไม่สามารถหาเหตุผลและแก้ปัญหาได้ การรับรู้เกี่ยวกับเวลาและสถานที่ลดลง อาจมีอาการซึมเศร้า สับสน ตื่นเต้น กระสับกระส่าย

ระยะที่ 3 สมองเสื่อม ระยะนี้จะสั้น 1-2 ปี บางรายอาจอยู่ได้นานกว่า 10 ปี จะมีอาการพอมลงรับประทานอาหารลำบาก ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ข้อติดแข็ง อาจถึงแก่กรรมด้วยโรคปอดบวมหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ญาติควรทำอย่างไร เมื่อสงสัยว่าอาจเป็นโรคสมองเสื่อม

- ควรพาไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุ เพราะสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดสมองเสื่อมอาจรักษาหรือป้องกันได้ เช่น เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้อยู่ การดื่มสุราเรื้อรัง หรือโรคติดเชื้อในสมอง เป็นต้น

- จัดตารางกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เหมือนกันทุกวันและทำให้เกิดความเคยชิน ซึ่งต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง จะทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

- การพูดคุยเรื่องเก่า ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขขึ้น

- ผู้ป่วยที่โมโห หงุดหงิดง่าย ญาติควรสังเกตและค้นหาต้นเหตุหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการ และพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น ๆ

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโรคสมองเสื่อม

1. ควรตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอรักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด อย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์
2. ไม่รับประทานยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์
3. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติดต่าง ๆ
4. ควรให้ผู้สูงอายุรับข้อมูลข่าวสารโรคต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยฝึกความจำ
5. รักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
6. พบปะญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เป็นประจำ
7. กระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ออกกำลังกาย จะสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายและอายุได้

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและใจเป็นสิ่งพึงปรารถนาของทุกคน นอกจากจะมีความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์แล้ว การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอในทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมให้มีสุขภาพดี การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากการทำกิจวัตรประจำวันโดยมุ่งเน้นให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย

องค์ประกอบของการมีสุขภาพที่แข็งแรง

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง สามารถวัดได้จากสมรรถภาพทางร่างกาย ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน ดังนี้

1. ความทนทานของหัวใจและปอด หมายถึง ความสามารถของหัวใจ หลอดเลือด และปอดที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย รวมถึงความสามารถของกล้ามเนื้อในการดึงออกซิเจนเพื่อใช้ในการเผาผลาญพลังงานด้วย การออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้มากขึ้น และมีผลทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือดสามารถช่วยป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ความดันเลือดสูง ความเครียด ความจำดีขึ้น ช่วยชะลอความชราทำให้ดูอ่อนกว่าวัย

2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึง แรงสูงสุดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวหรือเกร็งกล้ามเนื้อที่จำเป็นในการออกแรงดึง ดัน ยก แบกหามสิ่งของ

3. ความทนทานของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความสามารถที่จะหดตัวซ้ำๆกันของกล้ามเนื้อในระยะเวลาอันยาวนานช่วงหนึ่ง

4. ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง ช่วงกว้างการเคลื่อนไหวของข้อต่อ หรือกลุ่มข้อต่อ ซึ่งมีผลต่อความอ่อนตัว การฝึกความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อมีหลายรูปแบบ ที่ทำได้ง่ายๆ คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้องค่อยๆทำอย่างช้าๆจนถึงจุดที่รู้สึกตึง แต่ไม่เจ็บปวดค้างไว้ประมาณ 10-30 วินาที ถ้ามีการเกร็งกล้ามเนื้อให้ค้างในท่านั้น 3-6 วินาที ในระหว่างการยืดเหยียดให้หายใจเข้า ออกตามปกติ ไม่กลั้นหายใจ การมีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้การเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างคล่องแคล่ว

5. สัดส่วนของร่างกาย หมายถึง สัดส่วนระหว่างไขมันและสัดส่วนที่ไม่ใช่ไขมันการออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง อายุยืนยาว ชะลอความชรา การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายหรืออุ่นเครื่อง ประมาณ 5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายจริงจัง ประมาณ 20 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายเย็นลง หรือการเบาเครื่อง เป็นระยะผ่อนคลาย ประมาณ 5 นาที

หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายให้ถูกวิธี มีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1. ความถี่ในการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

2. ความหนักในการออกกำลังกาย หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติในการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดผลมากขึ้นต้องเพิ่มความหนัก และเพิ่มจำนวนครั้ง มากขึ้น สำหรับผู้สูงอายุต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่หักโหม เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแอได้

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรนานติดต่อกันครั้งละ 20-30 นาที แต่สำหรับผู้ที่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อยๆเท่าที่ทำได้ อาจเป็น 5-10 นาที แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจนสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกัน 20-30 นาทีประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ระบบต่างๆของร่างกายจะทำงานดี เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย พอสรุปได้ดังนี้

1. ช่วยชะลอความชรา ในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกาย และการลดลงของประสิทธิภาพในการทำงานเกิดช้ากว่าที่ควรเป็น

2. การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่างๆมีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีความกระฉับกระเฉง ว่องไวเคลื่อนไหวได้ดีโดยไม่พลัดตกหกล้ม

3. ลดน้ำหนักตัว ควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างดีขึ้น

4. ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส

5. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันเลือดสูง

6. ลดความดันเลือด

ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อาจมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับวัย ถ้าหักโหมมากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายได้ ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือเบ่ง เช่น ยกน้ำหนัก กระโดด หรือวิ่งด้วยความเร็วสูง เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ

2. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงกระแทก โดยเฉพาะที่ข้อเข่า เช่น กระโดด การขึ้นลงบันไดสูงมากๆหรือนั่งยองๆเนื่องจากการเสื่อมของข้อตามวัย

3. ไม่ควรบริหารร่างกายที่ต้องใช้ความเร็วสูง ต้องเปลี่ยนทิศทางอย่างฉับพลันหรือเดินทางลาด กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุจะมีการหดตัวช้าลง ทำให้การรักษาสสมดุลของร่างกายทำได้ช้าการใช้ความเร็วสูงทำให้เกิดการเคล็ดขัดยอกของกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆได้

4.การประมาณตน สภาพร่างกายและความเหมาะสมกับกีฬาชนิดต่างๆของแต่ละคนไม่เหมือนกัน แม้ในคนเดียวก็ในช่วงเวลาหนึ่งกับอีกช่วงเวลาหนึ่งก็แตกต่างกันได้

5. ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าวหรือแดดจัด ซึ่งจะทำให้ร่างกายเสียน้ำและเกลือแร่ได้มาก เนื่องจากระบบการระบายความร้อนและไตเสื่อมลง ประสิทธิภาพในการระบายความร้อนและการขับถ่ายของเสียลดลง ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าออกกำลังกายได้

6.เลือกเวลา เวลาในการออกกำลังกายควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย

7. การดื่มน้ำ ควรดื่มในปริมาณพอเหมาะ

8.ผู้สูงอายุมีสายตาพร่ามัว สมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาทเสื่อมลง สมองสิ่งงานชัด จึงไม่ควรออกกำลังกายที่มีการแข่งขัน เพราะจะทำให้เกิดอันตรายจากการแข่งขันได้มาก

9.ให้ระวังอุบัติเหตุ

10.ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมการออกกำลังกายชนิดของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีหลายชนิดในโอกาสนี้จะกล่าวถึงชนิดต่างๆของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น

1.การเดิน เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีข้อปฏิบัติคือ ต้องเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ต้องเพิ่มเวลาในการเดินให้มากขึ้น การเดินควรเดินแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน เดินในที่อากาศบริสุทธิ์และปลอดภัย ควรเดินตอนเช้า

2.การวิ่งช้าๆ ปฏิบัติเช่นเดียวกับการเดินควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม

3.การบริหารท่าต่างๆ ควรบริหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

4.การรำมวยจีน หลักการรำมวยจีน คือ การเคลื่อนไหวช้าๆแต่ใช้เวลาและสมาธิด้วย

5.โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกันหลักของการเคลื่อนไหว ออกแรง/ออกกำลังกาย แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน ควรออกแรงให้บ่อยๆมากๆให้หายใจเร็วขึ้น เหนื่อยพอประมาณ สะสมให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวันหรือเกือบทุกวันจะส่งเสริมการมีสุขภาพดี ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ร่างกายมีความคล่องตัวกระชับกระฉ่องอยู่ตลอดเวลา กิจกรรมในชีวิตประจำวันได้แก่

1. เดินขึ้น – ลงบันได เดินในที่ทำงาน เดินไปซื้อของ เดินหลังอาหารเที่ยง/เย็น

2. เดินหรือถีบจักรยานไปทำงาน หรือกลับบ้าน

3. ทำงานบ้านหรืองานอาชีพที่ต้องออกแรง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างรถ ตัดหญ้า

4. พักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรกที่ต้องใช้แรง เช่น ดูแลสวน รดน้ำพรวนดินต้นไม้ เล่นกับลูก จูงสุนัขไปเดินเล่น บางกิจกรรม เช่น เดิน ถีบจักรยาน หากทำอย่างต่อเนื่องและเร็กปานกลางถึงหนัก จะช่วยเสริมสร้างพลังแอโรบิกเหมือนระดับที่ 2 ได้

ระดับที่ 2 ออกกำลังกายที่ค่อนข้างเป็นเรื่องเป็นราว ด้วยการออกกำลังกายแอโรบิกหรือเล่นกีฬา เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน เล่นฟุตบอล บาสเกตบอล เทนนิส เป็นต้น ทำกิจกรรมเหล่านี้ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์ อย่างประมาณวันละ 20 นาทีให้เหนื่อยถึงหอบ จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หายใจลึกและเร็วขึ้น ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของปอด หัวใจและโรคเรื้อรัง

ระดับที่ 3 ฝึกกล้ามเนื้อและเพิ่มความยืดหยุ่น โดยฝึกความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ตามแขน ขา และลำตัว ด้วยการยกน้ำหนัก วิดพื้น ซิทอัพ ค้างข้อ เป็นต้น ทำ 2-3 วันต่อสัปดาห์และเพิ่มความยืดหยุ่นด้วยการยืดกล้ามเนื้อแบบหยุดนิ่งไว้ คล้ายๆกับการบิดขี้เกียจแต่ละท่า ควรทำอย่างน้อย 4 ครั้ง แต่ละครั้ง ค้างไว้ประมาณ 10-30 นาที โดยทำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ยิ่งบ่อยยิ่งดี นอกจากนี้ การฝึกโยคะ รำมวยจีนอร่าว ก็ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นของร่างกาย

ระดับที่ 4 ลดละกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายไม่เคลื่อนไหว เช่น การนั่ง นอนดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน กิจกรรมเหล่านี้ควรหลีกเลี่ยง และทำให้น้อยที่สุดในแต่ละวัน หันมาเพิ่มการทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้น เพราะยิ่งเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งได้ประโยชน์มากขึ้นเท่านั้น ทั้งต่อตัวเองและแก่บุคคลรอบข้าง ทำให้เรามีชีวิตในบั้นปลายที่มีอิสระไม่เป็นภาระใครไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ สดใส แข็งแรง ตามวัยอันสมควร

ฝึกการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

1. ทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอด้านข้าง เอียงศีรษะไปทางขวาใช้มือสัมผัสที่ศีรษะทางด้านซ้าย ออกแรงดึงศีรษะให้เอนไปทางด้านขวาให้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึงประมาณ 10-30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้างตรงกันข้ามในลักษณะเดียวกัน



2. ทำยืดกล้ามเนื้อต้นคอด้านหลัง ก้มศีรษะลงใช้มือทั้งสองข้างวางลงบนศีรษะด้านหลังออกแรงเหยียดดึงศีรษะลงด้านล่างให้ได้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที



3. ทำเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่และลำตัว งอไหล่ ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นด้านหน้าเสมอไหล่ ใช้ฝ่ามือดันกับผนังห้อง แขนเหยียด พยายามก้มตัวและศีรษะลงให้ต่ำกว่าระดับมือที่ยันอยู่กับผนังให้ได้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที



4. ทำเหยียดกล้ามเนื้อลำตัวด้านข้าง ยืนประสานมือทั้งสองข้างเหยียดเหนือศีรษะเอียงลำตัวไปทางขวาให้ได้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้างตรงกันข้ามในลักษณะเดียวกัน



5. ทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่ด้านหลัง หุบไหล่แยกขาพาดผ่านเหนือหน้าอกไปทางซ้าย ใช้มือซ้ายจับที่สอกขวาดึงเข้าหาไหล่ซ้ายให้ได้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้างตรงกันข้ามในลักษณะเดียวกัน

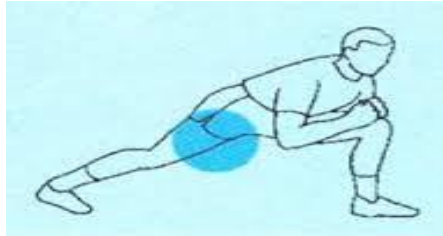


6. ทำเหยียดกล้ามเนื้อหน้าอก เหยียดไหล่ ประสานมือทั้งสองข้างไว้ด้านหลังสะโพกจากนั้นพยายามยกแขนทั้งสองข้างด้านหลังให้ได้สูงที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึงประมาณ 10-30 วินาที



7. ทำเหยียดกล้ามเนื้อน่อง ยืนแยกเท้าด้านหลัง ห่างกันประมาณ 1 ช่วงก้าว เข่าหน้างอ เข่าหลังเหยียดตึง โน้มตัวไปข้างหน้า ใช้ฝ่ามือทั้งสองยันผนังเอาไว้ พยายามกดส้นเท้าหลังสู่พื้น ในขณะที่

ที่พยายามโน้มตัวไปข้างหน้าและเข้าหน้ามากเกินไป หยุดนึ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้างตรงกันข้ามในลักษณะเดียวกันส่งเสริม



อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

อาหารเป็นสิ่งสำคัญของการดำรงชีวิตของคนเรา และมีส่วนทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ชุ่มชื้นร่างกายในส่วนที่ชำรุด และเป็นพลังงานในการดำเนินชีวิต ถ้าคนทุพพลภาพทั้งวัยสูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ มีพื้นฐานการบริโภคนิสัยที่ดี มีภาวะโภชนาการที่ดี จะทำให้มีสุขภาพดี หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยของโรคอยู่เดิม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องก็จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น หรือคงสภาพอยู่ในระดับปกติ มีความเสื่อมถอยหรือความก้าวหน้าของโรคช้าลง

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารครบทุกชนิดเช่นเดียวกับวัยหนุ่มสาว แต่มีความต้องการด้านพลังงานที่ค่อยๆ ลดลงตามวัยที่สูงขึ้น เนื่องจากการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง ปริมาณกล้ามเนื้อของร่างกายลดลง และผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ในภาพรวมผู้สูงอายุจะต้องการพลังงานจากอาหารลดลง แต่ปริมาณสารอาหารอื่นๆ จะต้องได้เท่าเดิมอาหารที่กินยังคงจะต้องมีปริมาณโปรตีน เกลือแร่ และวิตามินใกล้เคียงกับที่ต้องการในวัยผู้ใหญ่และสารอาหารบางตัวอาจต้องมากขึ้น เช่น แคลเซียม โยอาหารเป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุต้อง

เลือกชนิดอาหารที่มีคุณค่า เหมาะสม เพื่อการดำรงชีวิต และชุ่มชื้นส่วนที่สึกหรอและป้องกันมิให้เกิดปัญหาการขาดโภชนาการหรือโภชนาการมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุจะต้องกินสารอาหารให้ครบทุกชนิด ดังต่อไปนี้

1. พลังงาน

ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเทียบกับวัยเจริญเติบโต หรือวัยหนุ่มสาว เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น หัวใจ ตับ ปอด ทำงานลดน้อยลงการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุโดยทั่วไปควรเลือกกินอาหารที่ให้พลังงานน้อยลงหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ไขมัน และอาหารหวาน (รวมทั้งแป้งและผลไม้ที่มีรสหวาน)

2. โปรตีน

โปรตีนเป็นสารอาหารที่ช่วยในการเสริมสร้าง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายตั้งแต่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย นอกจากนี้อาหารที่มีโปรตีนสูงจะมีวิตามินและแร่ธาตุสูงด้วย ในวันหนึ่งๆ ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหาร

โปรตีน 44 – 51 กรัม สารอาหารโปรตีนได้มาจากเนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้ง ไข่ นม และผลิตภัณฑ์จากนม

- เนื้อสัตว์ควรกินประมาณ 2 - 3 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไม่ติดหนัง เช่น เนื้อปลา สะโพกไก่ หมูที่ไม่ติดมัน เป็นต้น

- ถั่วเมล็ดแห้งให้โปรตีนสูง สามารถนำมาทำอาหารให้ผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนลักษณะและรสชาติอาหารได้เป็นอย่างดี ทำอาหารได้หลายชนิดเช่น นำนมถั่วเหลือง เต้าหู้ ถั่วคั่ว น้ำตาล

- ไข่ ผู้สูงอายุควรกินสัปดาห์ละ 2 – 3 ฟอง ในกรณีที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูง เลือกกินเฉพาะไข่ขาวได้ เพราะไข่ขาวไม่มีโคเลสเตอรอล

- นม เป็นอาหารอีกชนิดที่ผู้สูงอายุควรดื่มทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 แก้วควรดื่มนมชนิดพร่องไขมันหรือนมไขมันต่ำ จะทำให้ได้โปรตีนและแคลเซียมตามที่ร่างกายของผู้สูงอายุต้องการ

3. ไขมัน

ไขมันและน้ำมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง ย่อยยาก ถ้ากินในปริมาณมากอาจทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ท้องอืด และน้ำหนักตัวเพิ่มได้ ในปัจจุบันคนไทยบริโภคไขมัน/น้ำมันมากขึ้น โดยกินอาหารทอดหรือผัดเกือบทุกมื้อ การบริโภคไขมันมากเกินไปจนเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการควบคุมดูแลเรื่องอาหารอย่างจริงจัง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา เช่นบริโภคไขมันมาก ไขมันจึงไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เส้นเลือดในสมองตีบ เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง หรืออาจจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย การเลือกน้ำมันประกอบอาหารควรเป็นน้ำมันจากพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว (ไลโนเลอิก) สูง ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันมะกอก ขมิ้น น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์มซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรค ควรหลีกเลี่ยงหรือลดการกินอาหารทอด เช่น อาหารชุบแป้งทอด ก๋วยเตี๋ยว ปาท่องโก๋ หรืออาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบมาก ๆ เช่น แกงกะทิ ผักต้มกะทิ หรืออาหารที่มีมันมาก เช่น ขาหมู หมูสามชั้น ข้าวมันไก่ ผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณไขมันหรือน้ำมัน ประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวัน

4. คาร์โบไฮเดรต

คาร์โบไฮเดรตเป็นสารอาหารที่ได้จากอาหารประเภทข้าว แป้ง เผือก มัน ผลิตภัณฑ์ต่างๆ จากธัญพืชและน้ำตาล เนื่องจากข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยที่กินกันทุกครอบครัวเราจึงได้รับ

พลังงานส่วนมากจากคาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรตประมาณ 3 – 4 ถ้วยต่อวัน และควรเลือกคาร์โบไฮเดรตประเภทเชิงซ้อน คือ ข้าว แป้ง เผือก มันหรือผลิตภัณฑ์จากธัญพืชอื่น ๆ เช่น ถั่วเขียว ขนมจีนบะหมี่ และหลีกเลี่ยงหรือกินคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวให้น้อยลง ได้แก่ อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม ขนมหวานต่างๆ ทั้งที่เป็นของเชื่อม ของกวน รวมทั้งน้ำอัดลม เพราะถ้ากินมากเกินไปจะทำให้อ้วน และเกิดปัญหาของไขมันใน

เลือดสูง ผู้สูงอายุควรพยายามเลือกกินผลไม้สดที่ไม่หวานจัดแทนขนมหวาน ซึ่งให้ประโยชน์แก่ร่างกายมากกว่า เพราะนอกจากจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้ว ยังได้รับวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร

5. วิตามิน

วิตามินเป็นสารอาหารอีกชนิดหนึ่งที่สำคัญสำหรับร่างกาย เพื่อช่วยในการเผาผลาญอาหารที่บริโภคให้เป็นพลังงานและสามารถทำให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ เพิ่มภูมิต้านทานโรค วิตามินมีหลายชนิดมีหน้าที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งร่างกายต้องการในปริมาณไม่เท่ากัน ปัญหาการขาดวิตามินในผู้สูงอายุพบได้เสมอ เช่น การขาดวิตามินบี 1 ทำให้เกิดโรคเหน็บชา มีอาการชาตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า หรือมีอาการทางหัวใจ ซึ่งเกิดจากการกินอาหารไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฟัน กินผักลำบาก ทำให้ได้รับวิตามินบางตัวลดน้อยลง

6. แร่ธาตุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุในปริมาณเท่าเดิม แต่มักพบว่าจะได้แร่ธาตุไม่เพียงพอ เนื่องจากการกินน้อยลง แร่ธาตุที่สำคัญ ซึ่งมักได้รับไม่พอเพียงในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพอื่นตามมาอีกมาก ได้แก่ เหล็ก และแคลเซียม

6.1 เหล็ก: ร่างกายถ้าขาดธาตุเหล็กจะทำให้เป็นโรคซีด หรือโรคโลหิต

จางอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ เป็นต้น ผู้สูงอายุต้องการเกลือแร่เหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน

6.2 แคลเซียม: แคลเซียมมีความสำคัญต่อร่างกายหลายอย่างเช่น ช่วยในการแข็งตัวของโลหิต เกี่ยวกับการยึดหดของกล้ามเนื้อ เมื่อร่างกายได้แคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอร่างกายก็จะไปดึงแคลเซียมมาจากกระดูก การขาดแคลเซียมพบได้มากในผู้สูงอายุ และจะเกิดปัญหาโรคกระดูกพรุน กระดูกหัก อาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียม ได้แก่ นม และผลิตภัณฑ์จากนม (นมเปรี้ยว โยเกิร์ต) ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง ผักใบเขียว (คะน้า กวางตุ้ง ชะพลู บร็อคโคลี่ และถั่วเมล็ดแห้ง) ผู้สูงอายุต้องการแคลเซียม ประมาณ 800 มิลลิกรัมต่อวัน

7. น้ำ

น้ำเป็นสารอาหารชนิดหนึ่งที่ร่างกายขาดไม่ได้ คนเราขาดอาหารเป็นเดือนได้ แต่ถ้าไม่ได้ดื่มน้ำเพียงสองสามวันก็จะทำให้เสียชีวิตได้ ร่างกายต้องการน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน น้ำมีประโยชน์ต่อร่างกายหลายประการคือ

* เป็นตัวละลายสารอาหารชนิดต่างๆ ปฏิบัติกิริยาต่าง ๆ ในร่างกายเกิดไม่ได้ ถ้า ไม่มีน้ำเป็นสื่อในการย่อย การดูดซึมและการไหลเวียนของสารอาหารภายในร่างกายก็ต้องอาศัยน้ำ

* ทำหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเพราะเมื่อมีเหงื่อออกมา ร่างกายจะเย็นลง

* ทำหน้าที่เป็นทั้งส่วนประกอบโครงสร้างและกันชนของเซลล์

* เป็นตัวหล่อลื่นแก่ร่างกาย เช่น น้ำลายทำให้กลืนอาหารได้สะดวก

ร่างกายได้น้ำมาจาก

* น้ำดื่มและเครื่องดื่มต่าง ๆ

* น้ำในอาหาร

* น้ำที่ได้มาจากการเผาผลาญสารอาหาร เมื่อร่างกายเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนเพื่อให้เกิดพลังงานก็จะได้น้ำด้วย

8. เส้นใยอาหาร

แม้ว่าเส้นใยอาหาร (FIBER) จะไม่ใช่สารอาหารและไม่ได้ให้พลังงาน แต่ร่างกายควรได้รับทุกวันเพราะช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกโดยเส้นใยอาหารจะช่วยเพิ่มปริมาณของอุจจาระ และอุ้มน้ำไว้ ทำให้อุจจาระนิ่ม ไม่แข็ง และช่วยกระตุ้นให้เกิดการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดการขับถ่ายได้สะดวก ร่างกายไม่หมักหมมสิ่งบูดเน่า และสารพิษบางอย่างไว้ในร่างกายนานเกินควร จึงป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และนอกจากนี้เส้นใยอาหารยังมีไขมันและแคลอรีต่ำมาก ผู้สูงอายุจึงควรได้รับเส้นใยอาหารให้เพียงพอด้วย เส้นใยอาหารมักได้มาจากข้าวซ้อมมือ ถั่วต่างๆ ผักและผลไม้ แต่ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในการบริโภคผักและผลไม้หรือไม่ สามารถเกี่ยวผักสดหรือผลไม้ที่แข็งได้ จึงควรคิดแปลงการประกอบอาหารประเภทผักและผลไม้ให้มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวได้ง่าย เช่น ต้มตุ๋น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบริโภคได้สะดวกมากขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับเส้นใยอาหารเพิ่มขึ้น

อาหารและปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับในหนึ่งวัน

หมู่อาหาร	ชนิดอาหาร	ปริมาณต่อวัน	ข้อเสนอแนะ
หมู่ที่ 1	เนื้อสัตว์ เช่น ปลา ไก่ หมู เนื้อ นม ไข่	120 – 160 กรัม 1 แก้ว (240 ซีซี) 1 ฟอง (50 กรัม)	นมไขมันต่ำ 3–4 ฟองต่อสัปดาห์
หมู่ที่ 2	ข้าว ถั่วเขียว ขนุนจีน	3 – 4 ถ้วย	ข้าวสุกมือละ 2 ทัพพี
หมู่ที่ 3	ผักใบเขียวสด/ต้ม ผักสีเหลือง	1 ถ้วย ½ ถ้วย	ตำลึง คื่นช่าย ผักบุ้ง แตงกวา พริกทอง แครอท มะเขือเทศ
หมู่ที่ 4	ผลไม้สุก เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ	1 ½ ถ้วย	ส้ม มะละกอ ฝรั่ง แอปเปิ้ล ควรงดผลไม้รส หวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน ลำไย ฝรั่ง
หมู่ที่ 5	ไขมัน เช่น น้ำมันพืช	2 ช้อนโต๊ะ	งดน้ำมันสัตว์ น้ำมัน มะพร้าว น้ำมันปาล์ม
หมู่ที่ 6	น้ำ	6 – 8 แก้ว	ควรงดดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์

การจัดการความเครียด

ความเครียดนั้น เป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิดและการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเรคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็รู้สึกเครียดน้อยหรือแม้เรารู้สึกว่าปัญหานั้นร้ายแรง แต่พอเรารับมือไหว เราก็ไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่เกินไปไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็เครียดมากเป็นสภาวะของร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆในสิ่งแวดล้อมที่บีบบังคับ กดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ ความเครียดมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ความเครียดถ้าเรามีในระดับต่ำๆจะทำให้เกิดการตื่นตัว ตั้งใจมุ่งมั่นและกระตือรือร้น ข้อเสียของความเครียดคือถ้ามีความเครียดในระยะยาวจะส่งผลต่อตนเอง ครอบครัวและการทำงาน

การกำจัดความเครียด คือ

1. ทำอะไรก็ได้ที่อยากทำ เช่น สวดมนต์ เข้าวัด นั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น
2. พูดคุยระบายความเครียดกับคนที่สนิทและไว้ใจ
3. คิดในแง่บวก คิดเชิงสร้างสรรค์

ความเครียดมันเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเรคิดว่าไม่น่าพอใจ หรือไม่เป็นไปตามที่คิดหวังไว้ เป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากร ที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์และพลอยทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วยความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อย หรือแม้เราจะรู้สึกว่ปัญหานั้นร้ายแรง แต่เราพอรับมือไหว เราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่เกินไปไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมากความเครียดในระดับพอดี จะช่วยกระตุ้นให้เรามีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมีมากเกินไป จนเราควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นแหละที่เราจะต้องมารู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียดกัน

สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้คนเรากเกิดความเครียดมี 2 ประเภท ที่สำคัญมีดังนี้

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน การเรียน ครอบครัวสุขภาพ โรคติด มลพิษ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ปัญหาเหล่านี้จะกระตุ้นให้คนเรากเกิดความเครียดขึ้นได้
2. การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล เราจะสังเกตได้ว่า คนที่มองโลกในแง่ดีมีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะมีความเครียดเกิดขึ้นน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย เอาจริงเอาจังกับชีวิต และใจร้อน นอกจากนี้ คนที่รู้สึกว่ตัวเองมีคนอื่นคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น พ่อ แม่ คู่ครอง ญาติพี่น้องหรือเพื่อนที่สนิทรักใคร่ไว้วางใจกันได้ ก็จะมีเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง เมื่อมีความเครียดก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมตามมา

3. ทางร่างกาย จะมีอาการ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสีย หรือท้องผูก ปวดกล้ามเนื้อ ดึงดันคอ ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ หย่อนสมรรถภาพทางเพศ มือเย็น เท้าเย็น เหงื่อออกตามมือ เท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อยๆ และในด้านของความผิดปกติของจิตใจก็จะมีวิตกกังวล คิดมาก ฟุ้งซ่าน นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย และสุดท้ายทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ใช้ยานอนหลับ จี๋บ่น ทะเลาะมีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ บางคนมีพฤติกรรม ดึงผมจนร่วงเป็นหย่อมๆ กัดเล็บ กัดฟัน เกือบตัว อาการที่แสดงออกทั้งหมดเหล่านี้ เป็นสิ่งที่เรารู้สึกหรือสังเกตดูผู้อื่นได้ ถ้าเห็นคนสนิทที่มีลักษณะแบบนี้เราก็มักทราบว่าเขาเกิดความเครียด ควรจะเข้าไปพูดคุย ให้คำแนะนำ หรือถ้าอาการมากเกินไปจะจัดการกันเองได้ให้พาไปพบจิตแพทย์

การจัดการกับความเครียด

เมื่อรู้สึกรู้สึกว่ามีความเครียดเกิดขึ้น โดยสังเกตจากความผิดปกติทางร่างกาย จิตและพฤติกรรม สามารถจัดการกับความเครียดโดย

1. เกิดจากปัญหาใดให้พยายามแก้ปัญหานั้นโดยเร็ว
2. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบให้เป็นบวก
3. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย
4. ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

วิธีแก้ปัญหาคือ

จงแก้ปัญหายังเป็นระบบ ใช้เหตุผล และใช้ความคิดพิจารณาให้ถี่ถ้วนโดย

1. คิดหาสาเหตุของปัญหาคด้วยใจเป็นธรรม ไม่เข้าข้างตนเอง และไม่โทษผู้อื่น
2. คิดหาวิธีแก้ปัญหามากๆ วิธี หรือปรึกษาผู้มีประสบการณ์มากกว่า
3. ลงมือแก้ปัญหาคตามที่ได้คิดไว้ มีความอดทน อาจต้องใช้เวลาบ้าง อย่างได้ท้อถอยเสียก่อน
4. ประเมินดูวิธีที่ใช้ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลก็เปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นๆ ที่คิดไว้

จนกว่าจะได้ผล

เมื่อแก้ปัญหาคได้ก็จะหายเครียด และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองด้วย แต่อย่าแก้ปัญหาคต่างๆ โดยวิธีนี้

1. อย่าแก้ปัญหาคแบบว่าวม ใช้อารมณ์เป็นใหญ่ เมื่อเจอปัญหาคควรสงบสติอารมณ์หายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ค่อยคิดอย่างมีสติและรอบคอบ อย่าด่วนตัดสินใจขณะที่เครียดมาก
2. อย่าหนีปัญหาคโดยหันไปใช้สุรา บุหรี่ ยาเสพติด เพราะจะเป็นตัวเพิ่มปัญหาคมากขึ้นไปอีก
3. อย่าคิดแต่จะพึ่งผู้อื่นอยู่ร่ำไป ถือคคิดตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ใช้ความสามารถตนเองจะเกิดความภาคภูมิใจ และยังเกิดการพัฒนา ผู้อื่นไม่สามารถอยู่ตลอดไปให้เราพึ่ง

4. อย่าเอาแต่ลงโทษตนเอง คนเราทำผิดกันได้ จงให้ออกาสตัวเองที่จะแก้ไขพัฒนาแต่ต้องระวังอย่าให้ผิดซ้ำซาก

5. อย่าโยนความผิดให้คนอื่น จงรับผิดชอบในสิ่งที่ได้ทำร่วมกัน การปฏิเสธไม่ยอมรับผิดชอบ โยนความผิดให้ผู้อื่น ไม่ช่วยแก้ปัญหาแต่จะก่อความแตกแยกให้มากขึ้นเท่านั้นเอง
คิดอย่างไรไม่ให้เครียด

ความคิดเป็นตัวการให้เกิดความเครียด หากรู้จักคิดให้เป็น ก็จะช่วยลดความเครียดได้มาก คิดแบบในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้น คิดอย่างมีเหตุผล คิดหลายๆ แง่มุม คิดแต่เรื่องดีๆ คิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดถึงแต่ตัวเอง ดังนั้นต้อง คิดเป็น คิดดี คิดไม่ว่างวน สุดยอดคือคิด พัฒนา

วิธีคลายเครียดต่างๆ ไป

1. นอนหลับพักผ่อน การนอนหลับที่สนิท เป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด
2. ออกกำลังกาย เล่นกีฬา จะช่วยผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ดูหนัง ฟังเพลง หรือเล่นดนตรี เป็นการพักผ่อน และเป็นงานอดิเรก
4. ปลูกต้นไม้ ทำสวน เล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นการคลายเครียดที่เกิดประโยชน์
5. ไปท่องเที่ยว เปลี่ยนบรรยากาศ เป็นการเพิ่มสีสันของชีวิตไม่น่าเบื่อ

เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. การฝึกการหายใจ
3. การทำสมาธิ
4. การจินตนาการ
5. การนวดหรือการกดจุดคลายเครียด

สรุป

ความเครียดเป็นเรื่องธรรมชาติ ต้องรู้เท่าทัน และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม จะทำให้ชีวิตของเราอยู่ได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียดนี้ จะต้องฝึกเพื่อพัฒนา จะทำให้ชีวิตของเราสมบูรณ์

กิจกรรมของโปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แผนการสอน	ฐานที่ 1 เลือกกินดีเพื่อสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน
วิธีการ	การบรรยาย สาธิต รวมถึงให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลงปฏิบัติและแสดงความคิดเห็น
ระยะเวลา	1 ชั่วโมง
ผู้รับผิดชอบ	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
ฐานที่ 1	การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2
แนวคิดที่สำคัญ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในการรับประทานอาหาร
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในการรับประทานอาหาร

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มกิจกรรมและให้เกิดความไว้วางใจต่อกัน เมื่อทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 จบแล้ว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมและนำสิ่งที่ได้จากสิ่งที่ได้จากกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ค่อยมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร	ฐานที่ 1 เลือกกินดีเพื่อสุขภาพ อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์อยู่แล้ว ควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่และควรมีการปรับเปลี่ยนอยู่บ้าง ดังต่อไปนี้ หมู่ที่ 1 อาหารประเภทแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต เช่น ก๋วยเตี๋ยว เผือก มันสำปะหลัง ซึ่งประกอบเป็นสารอาหารหลักและให้พลังงานแก่ร่างกายมากกว่าสารอาหารจากกลุ่มอื่น ผู้สูงอายุจะมีความต้องการพลังงานลดลงเนื่องจากความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารกลุ่มนี้แต่พออิ่มไม่มากเกินไป	-ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ว่ามีกิจกรรมดังต่อไปนี้ การรับประทานอาหาร -ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้ Powerpoint ในเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ประมาณ 10 นาที	-Powerpoint -แผ่นพับ -กระดาษชาร์ต/ฟิวเจอร์บอร์ด -ปากกา -กระดาษ A 4 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	-สังเกตความสนใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง -สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม การตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	เพราะส่วนที่เกินจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมตามแหล่งที่ต่างๆ อันจะเป็นผลเสียต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม มีผลต่อข้อเข่า ทำให้เสื่อมเร็วขึ้นและปวดเข่าเวลาเดินภายหลัง เมนูที่ 2 อาหารประเภทโปรตีนหรือเนื้อสัตว์ยังพบในพืชชนิดต่างๆ อาหารกลุ่มนี้จำเป็นในการซ่อมแซมและสร้างเนื้อเยื่อที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุถึงแม้จะไม่เจริญเติบโตอีก แต่ร่างกายก็ต้องมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่เพื่อทดแทนของเดิมที่มีการสูญเสียสลายไปตลอดเวลาผู้สูงอายุจึงยังต้องการสารอาหารกลุ่มนี้ มากกว่าในวัยหนุ่มสาว	-ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายสรรพคุณน้ำสมุนไพรที่ทำเองและบรรยายสรรพคุณของพืชสมุนไพรในอาหาร ประมาณ 10 นาที		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว เนื้อสัตว์ที่ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหาร คือ เนื้อไก่ที่ลอกหนังออกเนื่องจากหนังไก่จะมีไขมันมากเกินไป เนื้อปลาซึ่งมียังมีกรดไขมันชนิดโอเมก้า-3 ที่สามารถป้องกันหลอดเลือดแข็งและโรคหัวใจได้ รวมทั้งยังมีแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการอีกด้วย ถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ก็เป็นแหล่งอาหารโปรตีนราคาไม่แพงที่ให้คุณค่า ไม่แพ้เนื้อสัตว์ ทั้งยังมีกากเส้นใยทำให้ลำไส้บีบตัวดี ป้องกันเรื่องท้องผูกได้ เมนูที่ 3 อาหารประเภทไขมัน เช่น น้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร กะทิ ซึ่งเป็นน้ำมันจากมะพร้าว หรือไขมันจากสัตว์ เช่น หนังไก่ หนังหมู ไข่แดง นม	-ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นในเรื่องของการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันว่าอาหารที่รับประทานให้คุณประโยชน์หรืออาหารไหนที่ให้โทษ ประมาณ 10 นาที		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	อาหารกลุ่มนี้จะให้พลังงานสูงมากที่สุด ซึ่งถ้ารับประทานมากเกินไปจะเป็นผลเสียต่อร่างกายอย่างมาก ทำให้หลอดเลือดแข็งและหลอดเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญลดลง เช่น สมองและหัวใจ ผู้สูงอายุจึงควรกินไขมันน้อยที่สุด หมู่ที่ 4 อาหารประเภทเกลือแร่ แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการและมักจะขาดคือ ธาตุแคลเซียมและธาตุสังกะสี ธาตุแคลเซียมเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก พบมากในนมก้อนเต้าหู้ ผักผลไม้ เมล็ดงา กระดุกสัตว์ เช่น ปลาป่นหรือปลากระป๋อง ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานนมบ้าง แต่ควรเป็นนมพร่องไขมัน เนย	-ผู้วิจัยพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้สูงอายุในเรื่องอาหารและพืชสมุนไพรในชุมชน ประมาณ 20 นาที -ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญอีกครั้งหนึ่งพร้อมทั้งพูดให้กำลังใจและพูดกระตุ้นพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ประมาณ 10 นาที -ผู้วิจัยนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไป		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	เพื่อลดปริมาณไขมันที่ไม่จำเป็นออกไป ส่วนธาตุสังกะสี มีความจำเป็นต่อร่างกายหลายระบบ โดยเฉพาะผิวหนังซึ่งมีมากในอาหารทะเล ปลา เป็นต้น หมู่ที่ 5 อาหารประเภทวิตามิน วิตามินนั้นมีหลายชนิด แต่ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจจะขาดได้บ่อยเช่น วิตามินบีหนึ่ง วิตามินอี วิตามินดี และกรดโฟเลต ถ้าผู้สูงอายุท่านนั้นอยู่แต่บ้านโดยไม่ออกนอกบ้าน เพื่อรับแสงแดดบ้างเพราะแสงแดดอ่อนๆ สามารถกระตุ้นให้ผิวหนังสร้างวิตามินขึ้นเองได้ ส่วนวิตามินบีหนึ่งพบมากในข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	ส่วนวิตามินอีพบมากในน้ำมันพืช ถั่วชนิดต่างๆ กรดโฟเลตจะพบมากในพืชผักสดใบเขียวทุกชนิด ขณะที่ผู้สูงอายุไทยมักไม่ขาดวิตามินบีสิบสอง ซึ่งต่างประเทศทางตะวันตก เพราะวิตามินบีสิบสองมีมากในกะปิและน้ำปลา			

กิจกรรมของโปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แผนการสอน	ฐานที่ 2 ออกกำลังกายดี ชีวิตดี
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน
วิธีการ	การบรรยาย สาธิต รวมถึงให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลงปฏิบัติและแสดงความคิดเห็น
ระยะเวลา	1 ชั่วโมง
ผู้รับผิดชอบ	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
ฐานที่ 2	การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2
แนวคิดที่สำคัญ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการออกกำลังกาย
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
เมื่อทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 จบแล้ว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมและน่าสิ่งที่ได้จากสิ่งที่ได้จากกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ค่อยมาปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมาเป็น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกายที่ถูกต้อง	ฐานที่ 2 ออกกำลังกายดี ชีวิตดี การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีความหมาย สำหรับทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางกายจากความเสื่อมยังต้องออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพและพิการของอวัยวะต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ หัวใจและปอด เป็นต้น การออกกำลังกายยังช่วยให้ร่างกายคล่องตัว ไม่หกล้มง่าย ไม่อ้วนเกินไปซึ่งเป็นปัจจัยของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดสูง ยิ่งไปกว่านั้นการออกกำลังกายยังช่วยให้ลดความเครียดและสมรรถภาพทางเพศดีขึ้นอีกด้วย	-ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ว่า มีกิจกรรมดังต่อไปนี้ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย -ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้ Powerpoint และแจกคู่มือในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พร้อมให้ชมวีดิทัศน์ ประมาณ 10 นาที	-Powerpoint -แผ่นพับ -ปากกา -กระดาษชาร์ตและ A 4 -วีดิทัศน์ -เก้าอี้	-สังเกตความสนใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง -สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม การตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	* การฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนหรือที่เรียกว่าเล่นกล้ามเนื้อ มีประโยชน์ในกรณีที่ต้องการเสริมสร้าง สมรรถภาพของกล้ามเนื้อบางส่วนเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ควรได้ฝึกกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรงเพื่อช่วยประคับประคองข้อต่อมิให้ปวดเข่าเวลาเดิน หรือผู้สูงอายุที่ข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม และปวดหลัง ก็ควรออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังเพื่อลดอาการดังกล่าว	-ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสาธิต การบริหารทำการยืด กล้ามเนื้อที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ ประมาณ 15 นาที ฝึกการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 1. ทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอ ด้านข้าง เอียงศีรษะไป ทางขวาใช้มือสัมผัสที่ศีรษะ ทางด้านซ้าย ออกแรงดึง ศีรษะให้เอนไปทางด้าน ขวาให้มากที่สุด หยุดนิ่ง ค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้าง ตรงกันข้ามในลักษณะ เดียวกัน		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	* การเล่นเกมที่ตนเองชอบ เป็นการออกกำลังกายที่สนุกสนานและยังให้ประโยชน์ในด้านสังคมได้พบปะผู้อื่นอีกด้วย แต่สำหรับผู้สูงอายุควรเลือกชนิดกีฬาที่ไม่หักโหมจนเกินไปและไม่ควรเล่น เพื่อแข่งขันเอาแพ้เอาชนะกันอย่างจริงจังมากเกินไป เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไปในเวลาสั้นๆ และอาจเกิดอันตรายได้	2. ทำยืดกล้ามเนื้อต้นคอ ด้านหลัง ก้มศีรษะลงใช้มือทั้งสองข้างวางลงบนศีรษะ ด้านหลังออกแรงเหนียวดึง ศีรษะลงด้านล่างให้ได้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
		3. ทำเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่ และลำตัว งอไหล่ ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นด้านหน้าเสมอไหล่ ใช้ฝ่ามือดันกับผนังห้อง แขนเหยียด พยายามก้มตัวและศีรษะลงให้ต่ำกว่าระดับมือที่ยันอยู่กับผนังให้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที 4. ทำเหยียดกล้ามเนื้อลำตัว ด้านข้าง ยืนประสานมือทั้งสองข้างเหยียดเหนือศีรษะเอียงลำตัวไปทางขวาให้ได้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้างตรงกันข้ามในลักษณะเดียวกัน		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
		5. ทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่ ด้านหลัง หุบไหล่แยกขาพาดผ่านเหนือหน้าอกไปทางซ้าย ใช้มือซ้ายจับที่ศอกขวาดึงเข้าหาไหล่ซ้ายให้ได้มากที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึงประมาณ 10-30 วินาที จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้างตรงกันข้ามในลักษณะเดียวกัน 6. ทำเหยียดกล้ามเนื้อหน้าอก เหยียดไหล่ ประสานมือทั้งสองข้างไว้ด้านหลังสะโพกจากนั้นพยายามยกแขนทั้งสองข้างด้านหลังให้ได้สูงที่สุด หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึงประมาณ 10-30 วินาที		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
		7.ทำเหยียดกล้ามเนื้อ ยืน แยกเท้าด้านหลัง ห่างกัน ประมาณ 1 ช่วงก้าว เข้าหน้าอ เข้าหลังเหยียดตึง โน้มตัวไปข้างหน้า ใช้ฝ่ามือทั้งสองยันผนังเอาไว้ พยายามกด ส้นเท้าหลังสู่พื้น ในขณะที่ พยายามโน้มตัวไปข้างหน้าและ เข้าหน้าอมากขึ้น หยุดนิ่งค้างไว้ ณ ตำแหน่งที่รู้สึกตึง ประมาณ 10-30 วินาที		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
		จากนั้นเปลี่ยนไปปฏิบัติข้าง ตรงกันข้ามในลักษณะเดียวกัน ส่งเสริม -ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลงมือ ปฏิบัติตามประมาณ 25 นาที -ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญอีกครั้ง หนึ่งพร้อมทั้งพูดให้กำลังใจและ พูดกระตุ้นพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 ประมาณ 10 นาที -ผู้วิจัยนัดหมายทำกิจกรรมครั้ง ต่อไป		

กิจกรรมของโปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แผนการสอน	ฐานที่ 3 ห่วงไถลความเครียด
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน
วิธีการ	การบรรยาย สาธิต รวมถึงให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลงปฏิบัติและแสดงความคิดเห็น
ระยะเวลา	13 ชั่วโมง
ผู้รับผิดชอบ	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
ฐานที่ 3	การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3
แนวคิดที่สำคัญ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการออกกำลังกาย
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการจัดการความเครียด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
เมื่อทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 จบแล้ว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมและนำสิ่งที่ได้จากสิ่งที่ได้	ฐานที่ 3 ห่างไกลความเครียด ความเครียด คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกาย ซึ่งทุกคนจำเป็นต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว เคลื่อนไหวต่างๆไป ทุกครั้งที่เราคิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้นจะต้องมีการหดตัวเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่งในร่างกาย เกิดขึ้นควบคู่เสมอ ความเครียดเกิดจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการปรับตัว และถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดความเครียด หรืออีกนัยหนึ่ง ความเครียด คือสิ่งที่ทำให้ไม่สบายกาย สบายใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้ตื่นเต้น กลียดกลัวหรือความรู้สึกที่ไม่ชอบสิ่งนั้นสิ่งนี้ ข้างต้นอาจเป็นแค่ความเครียดในระดับประจำวันแต่ถ้าระดับความเครียดมีมากกว่าที่กล่าวมาข้างต้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น มีการสูญเสีย การผิดหวัง หรือหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความเครียดนั้นจะกลายเป็นความทุกข์แสนสาหัสขึ้นมา และสามารถกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เราเจ็บป่วย	-ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 ว่ามีกิจกรรมดังต่อไปนี้ การจัดการความเครียด -ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้ Powerpoint เรื่องการจัดการความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีหัวเราะบำบัด การสร้างจินตนาการทางบวก ประมาณ 10 นาที -เจ้าอาวาสวัดน้ำขาวยะกา สอนวิธีการจัดการความเครียดโดยใช้หลักพระพุทธศาสนาเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การเจริญภาวนา ประมาณ 40 นาที	-Powerpoint -แผ่นพับ -กระดาษชาร์ท -ปากกา -กระดาษ A 4	-สังเกตความสนใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง -สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม การตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
จากกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 ค่อยมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง	จากระดับรุนแรงน้อยไปจนถึงป่วยหนักได้ทางจิตวิทยาถือว่า ความเครียดก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้เรามีการตื่นตัวอยู่เสมอ มีการป้องกันตัวเองและปรับปรุงตัวเองอยู่ตลอดเวลาถ้าเราไม่มีความเครียดเลยก็จะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี แต่ถ้าจะไม่ให้เกิดความเครียดคงจะเป็นไปไม่ได้ จึงควรแบ่งเวลา หาเวลาให้กับตัวเอง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรืออาจใช้วิธีการทางศาสนาช่วยโดยการนั่งสมาธิ วิธีคลายเครียดต่างๆ ไป 1. นอนหลับพักผ่อน การนอนหลับที่สนิท เป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด 2. ออกกำลังกาย เล่นกีฬา จะช่วยผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ 3. ดูหนัง ฟังเพลง หรือเล่นดนตรี เป็นการพักผ่อน และเป็นงานอดิเรก 4. ปลุกต้นไม้ ทำสวน เล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นการคลายเครียดที่เกิดประโยชน์	-ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติตาม ประมาณ 25 นาที -ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญอีกครั้งหนึ่งพร้อมทั้งพูดให้กำลังใจและพูดกระตุ้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 ประมาณ 10 นาที -ผู้วิจัยนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไป		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ระยะเวลา/สื่อ	การประเมินผล
	5. ไปท่องเที่ยว เปลี่ยนบรรยากาศ เป็นการเพิ่มสีสัน ของชีวิตไม่ให้น่าเบื่อ เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด 1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2. การฝึกการหายใจ 3. การทำสมาธิ 4. การจินตนาการ 5. การนวดหรือการกดจุดคลาย เครียด			

ภาคผนวก ง
ค่าความเชื่อมั่น

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

1. แบบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 0.72
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ มีค่าความเที่ยง 0.73
3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยง 0.84

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๕๔/ว ๑๘๒๒

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนจวบเจ๊ะแสด โรงเรียนต้นตออำเภอนบพิตำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๓๐ ชุด

ด้วยนางนิภารัตน์ ศรีวิเศษ รหัสนักศึกษา ๗๓๕๓๔๕๐๐๘ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาตุลละ อำเภอนบพิตำ
จังหวัดนราธิวาส"

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาได้ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรด
กรอกข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ โยธาทิพย์)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

สำนักงานบัณฑิตศึกษา
โทร. ๐๙๓๓ - ๒๐๔๖๔๔
โทรสาร ๐๙๓๓ - ๒๐๔๖๔๖



ที่ ศธ ๐๕๕๔/ว ๓ ๕ ๕ ๕

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์คอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนคุณธรรมโรงเรียนเทศบาลวัดไผ่ฝาด

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๕๖ ชุด

ด้วยนางนิภารัตน์ ศรีวัชร วัฒนศึกษา ๗๓๕๓๙๕๐๐๘ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภอเวียง
จังหวัดนราธิวาส"

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาจะต้องเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากหน่วยงานของท่าน จึงขอ
ความอนุเคราะห์ได้โปรดให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านคอบแบบสอบถาม ดังรายละเอียดที่ส่งมาด้วยแล้วนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมศักดิ์ คำนเคชะ)
รองอธิการบดี รักษาการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐๗๓ - ๒๕๖๖๔๔

โทรสาร ๐๗๓ - ๒๕๖๖๔๖



ที่ ศร ๐๕๕๔/ว ๑๗๑๒

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้บังคับการเรือนจำอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๗๐ ชุด

ด้วยนางนิภารัตน์ ศรีวิเศษ รหัสนักศึกษา ๙๙๕๓๙๕๐๐๘ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตร
วิทยาศาสตร์การบำบัดจิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาตุลละ อำเภอเมือง
จังหวัดนราธิวาส"

ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาได้ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรด
กรอกข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ โยธาทิพย์)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

สำนักงานบัณฑิตศึกษา
โทร. ๐๗๓ - ๒๙๙๖๔๔
โทรสาร ๐๗๓ - ๒๙๙๖๔๖



ที่ ศอ ๐๕๕๐/ว ๕๖๐๙

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

ณ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

เรียน คุณเชาโรจน์ อัครธำรง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางนิการัตน์ ศรีวิเศษ รหัสนักศึกษา ๙๓๕๓๔๕๐๐๘ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนา อำเภอฉวาง
จังหวัดนราธิวาส”

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในสาขาคำกล่าว จึงขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมปิติ โยธาทิพย์)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐๙๓ - ๒๐๙๖๔๔

โทรสาร ๐๙๓ - ๒๐๙๖๔๖



ที่ ศธ ๐๕๕๔/ว ๕๖๐๙

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

๓ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
เรียน คุณเจริญฤทธิ์ อัครประเสริฐ

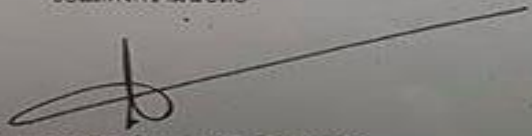
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางนิภารัตน์ ศรีวัชร รัศมีนักศึกษา ๗๖๕๓๙๕๐๐๘ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาญจนบุรี อำเภอเมือง
จังหวัดนราธิวาส"

มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในสาขาวิชาดังกล่าว จึงขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมนิตี โอธาทิพย์)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

สำนักงานบัณฑิตศึกษา
โทร. ๐๙๓ - ๒๕๐๖๔๔๔
โทรสาร ๐๙๓ - ๒๕๐๖๔๖๖

ภาคผนวก จ
รายชื่อหน่วยงานที่ให้ทดลองเครื่องมือ

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุที่ให้การทดลอง

ชมรมผู้สูงอายุบ้านสามแยก ตำบลกาชูกุล อำเภอน้ำแก จังหวัดนครราชสีมา

ภาคผนวก ช
รายชื่อหน่วยงานที่ทำการวิจัย

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุที่ทำการวิจัย

ชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำขาว ตำบลกาบูกะ อำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา

ภาคผนวก ซ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ที่	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1	นางสุกนธ์ สุวรรณบัณฑิตฐ์	นักโภชนาการเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
2	นางสาวอริย์ อ่องสว่าง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
3	นายจรงฤทธิ์ สังประสิทธิ์	ผู้เชี่ยวชาญงานผู้สูงอายุ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์

ชื่อ-นามสกุล	นิภารัตน์ ศรีรักษ์
วัน เดือน ปีเกิด	1 กุมภาพันธ์ 2520
ที่อยู่ปัจจุบัน	4/94 หมู่ที่ 5 ตำบลขอมเกาะ อำเภอเวียง จัหวัดนราธิวาส 96160
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	-ระดับประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนบ้านแป้น อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี 94140
พ.ศ. 2535	-ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสายบุรีแจ้งประชากร อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี 94140
พ.ศ. 2538	-ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบญจมราชูทิศ อำเภอ เมือง จังหวัดปัตตานี 94110
พ.ศ. 2540	-ระดับอนุปริญญา วิทยาลัยการสาธิตสุสิรินธรจังหวัด ยะลา
พ.ศ. 2549	-ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
ประสบการณ์การทำงานในอดีต	
พ.ศ. 2541	-เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 สถานีอนามัยบ้านกรือซอ อำเภอเวียง จัหวัดนราธิวาส
พ.ศ. 2551	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ อำเภอเวียง จัหวัด นราธิวาส
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเวียง จัหวัดนราธิวาส