

ภาวะพดมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่



ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
พ.ศ. 2566

ภาวะพดมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่



พิชชาวีร์ โอบอ้อม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

สำนักบริหารและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

พ.ศ. 2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่โจ้

ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

พิชชาวีร์ โอบอ้อม

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ชายทวีป)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ประธานอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

(อาจารย์ ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการรับรองแล้ว

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ญาณิน โอภาสพัฒนกิจ)

รองอธิการบดี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อเรื่อง	ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อผู้เขียน	นางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) ศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาแนวทางการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และมีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ไม่น้อยกว่า 12 คะแนน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 395 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุและแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงสรุปอ้างอิง (Inferential statistics) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ทำการเลือกจากผู้นำชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 คน (ชาย 4 คน/หญิง 4 คน) และทำการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interviews) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะปวดหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.41)

2. ปัจจัยด้านชีวสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.91 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 66.08 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 78.20 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 53.42 แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.30 รายได้เฉลี่ยต่อคน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 2,500 บาท/เดือน ร้อยละ 30.38 และรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 74.43 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.94 เรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด โรคข้อเสื่อม และโรคมะเร็ง การพักอาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 78.23 และมีบุคคลสามารถพึ่งพาได้ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 78.55 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 92.91

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะปวดหลังของผู้สูงอายุในภาพรวมแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.78), ($\bar{x} = 3.50$, S.D. = 0.71), ($\bar{x} = 3.42$, S.D. = 0.52), ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.68) ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปวดหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมตามลำดับ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของภาวะปวดหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ได้ ร้อยละ 76 (Adjusted R Square = 0.76, F = 14.74, P < 0.01)

5. แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพของหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การกำหนดนโยบายที่เหมาะสม โดยเน้นการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพเชิงป้องกันเป็นสำคัญ มีการพัฒนาบุคลากรทางแพทยพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ภาวะปวดหลัง, ผู้สูงอายุ



Title	ACTIVE AGING OF THE ELDERLY IN URBAN AREA, CHIANG MAI PROVINCE
Author	Miss Pitchawee Oborm
Degree	Master of Art in Community Health Development
Advisory Committee Chairperson	Assistant Professor Dr. Apichart Traisaeng

ABSTRACT

The objectives of this research were to: 1) determine the level of active aging of elderly; 2) study factors associated with active aging among elderly; and 3) provide guidelines for health promotion management of elderly in urban area, Chiang Mai province.

The samples used in the study according to research objective number one and number two were 395 elderly people aged 60 years and over living in urban areas in Chiang Mai province who scored at least 12 from the daily activity score (Barthel Activities of Daily Living: ADL). The multi-stage random sampling was implemented the data was collected by questionnaires. The first one was questionnaires assessing the level of active aging. The second one was questionnaires assessing factors associated with active aging among elderly, biosocial, social and culture, psychology, health behaviors, and health literacy. The data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, percent, arithmetic mean, and standard deviation. The data were analyzed by using Inferential statistics including Person's Product Moment Correlation Coefficient, Stepwise Multiple Regression Analysis.

The sample group used in the study according to objective number three was 4 elderly club presidents and 1 community leader from each sub-district, totaling 8 people. Data was gathered using brainstorming techniques.

The results of the study were as follows:

1. Active aging of the elderly in urban area, Chiang Mai province was found at a good level ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.41).

2. For biosocial factor, 52.91 percent of them were female, aged between 60 - 69 years old 66.08 percent, most of them were married 78.20 percent, got an elementary education level 53.42 percent, lived on the elderly allowance 64.30 percent, earned less than 2,500 baht/month, 30.38 percent had insufficient incomes. Most of them have underlying diseases (94.94%). The underlying diseases were diabetes, high blood pressure, hyperlipidemia, osteoarthritis and cancer. Most of the elderly were with spouses (78.23%) and there were elderly who could rely on their children (78.55%). Most of the elderly were registered as the elderly 92.91%.

3. Social and Culture, Psychology, Health behaviors, and Health literacy factors associated with active aging among elderly were found at a good level. ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.78), ($\bar{x} = 3.50$, S.D. = 0.71), ($\bar{x} = 3.42$, S.D. = 0.52), ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.68) respectively.

4. Factors affecting active aging of elderly in urban areas, Chiang Mai province the most, including the factors of health literacy, health behaviors, psychology, social and culture. These factors could together explain the variation in active aging the elderly by 76 percent (Adjusted R Square = 0.76, F = 14.74, p < 0.01).

5. The guidelines for health promotion management revealed the following: enhancement unit of health service management, the process of public health policy; focus on self-reliance, participation of community and preventing health promotion and development of medical personal, nursing, public health officer, public health volunteer and others.

Keywords : Active Aging, Elderly



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รวมถึง อาจารย์ ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ชายทวีป อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ รวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคด้วยความห่วงใยและให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้ง อาจารย์ ดร.ปิยะพันธุ์ นันตา อาจารย์ประจำหลักสูตร ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนคณาจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณพ่อทวี คุณแม่สังพร โอบอ้อม และครอบครัวอันเป็นที่รักที่ดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ สำหรับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดำเนินการเกี่ยวกับหลักสูตร ทำให้ผู้วิจัยมีความ มุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ สาขาวิชา การพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และปรารถนาดีด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศให้บิดา มารดา ครู อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

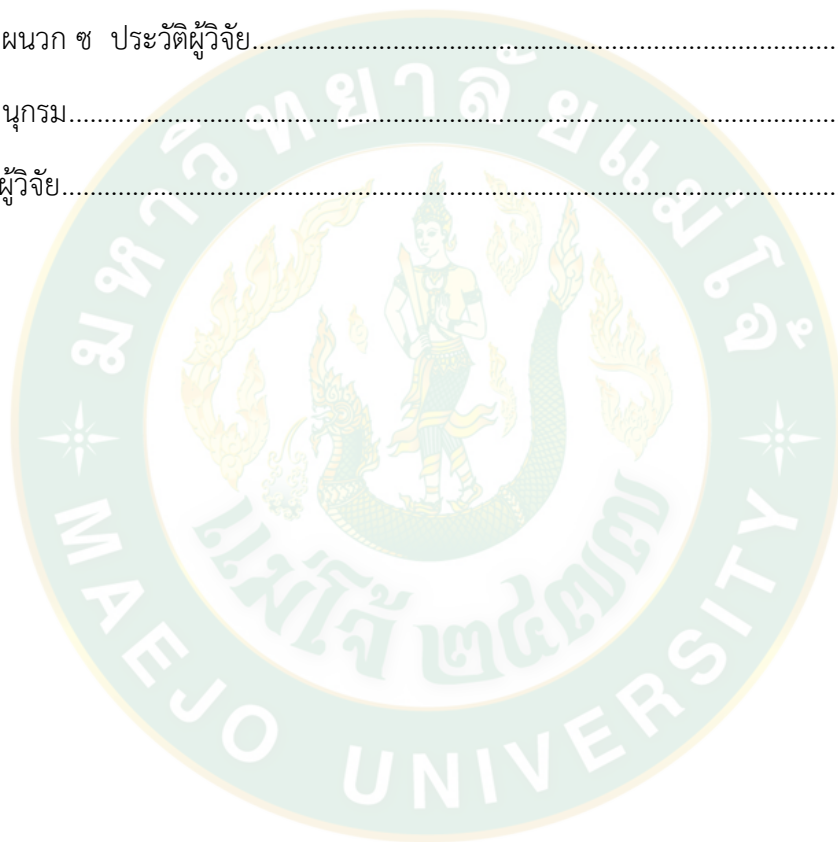
พิชชาวีร์ โอบอ้อม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ต
สารบัญตารางผนวก.....	ถ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	10
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดพหุคูณพลัง.....	13
ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ.....	18
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	20
ทฤษฎีทางจิตวิทยา.....	31
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสภาพร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับทางสังคมและวัฒนธรรม.....	58
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพ.....	77

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	107
กรอบแนวคิดการวิจัย	114
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	115
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	115
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	117
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	122
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	124
ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	124
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	125
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	127
ภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่	128
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่.....	178
แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่	222
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล ประโยชน์ที่ได้รับ และข้อเสนอแนะ	224
สรุปผล	224
อภิปรายผล.....	239
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	252
ข้อเสนอแนะ	253
บรรณานุกรม.....	255
ภาคผนวก.....	270
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการทำวิจัย.....	271
ภาคผนวก ข ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม (IOC).....	289

ภาคผนวก ค ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถาม (Reliability)	308
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการตรวจเครื่องมือวิจัย	311
ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล	313
ภาคผนวก ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย	315
ภาคผนวก ช หนังสือรับรองผ่านการอบรมการทำวิจัยในคน	319
ภาคผนวก ซ ประวัติผู้วิจัย	323
บรรณานุกรม	325
ประวัติผู้วิจัย	326



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงระดับความดันเลือด	45
2 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามคุณลักษณะ 6 ด้าน	85
3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ และเขตพื้นที่ (แขวงที่อาศัยอยู่).....	116
4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่.....	128
5 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ	129
6 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามอายุ	130
7 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับการศึกษา	131
8 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยระดับความสุข จำแนกตามเพศ ...	132
9 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยระดับความสุข จำแนกตามอายุ...	133
10 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยระดับความสุข จำแนกตามระดับ การศึกษา	134
11 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามเพศ.....	136
12 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามอายุ	137
13 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับการศึกษา	138
14 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามเพศ	139
15 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามอายุ	140

ตารางที่	หน้า
16 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามระดับการศึกษา.....	141
17 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามเพศ	142
18 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามอายุ.....	143
19 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามระดับการศึกษา.....	144
20 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามเพศ	145
21 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามอายุ.....	146
22 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามระดับการศึกษา.....	147
23 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการมีงานทำ จำแนกตามเพศ.....	148
24 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการมีงานทำ จำแนกตามอายุ.....	149
25 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการมีงานทำ จำแนกตามระดับ การศึกษา.....	150
26 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ	151
27 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ.....	152
28 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	153
29 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือ ชุมชน จำแนกตามเพศ	154
30 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือ ชุมชน จำแนกตามอายุ.....	155

ตารางที่	หน้า
31 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามระดับการศึกษา	156
32 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามเพศ	157
33 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามอายุ	158
34 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามระดับการศึกษา	159
35 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามเพศ	160
36 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามอายุ	161
37 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามระดับการศึกษา	162
38 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามเพศ	163
39 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามอายุ	164
40 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา	165
41 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามเพศ	166
42 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามอายุ	167
43 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา	168
44 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามเพศ	169

ตารางที่	หน้า
45	ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยสภาพแวดล้อม ในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามอายุ..... 170
46	ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่ อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา..... 171
47	ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผลพลัง หัวข้อย่อยการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามเพศ..... 172
48	ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผลพลัง หัวข้อย่อยการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามอายุ 173
49	ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผลพลัง หัวข้อย่อยการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามระดับการศึกษา 174
50	ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผลพลัง หัวข้อย่อยการอ่านออก เขียนได้ จำแนกตามเพศ..... 175
51	ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผลพลัง หัวข้อย่อยการอ่านออก เขียนได้ จำแนกตามอายุ..... 176
52	ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผลพลัง หัวข้อย่อยการอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามระดับการศึกษา..... 177
53	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 178
54	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม ของแต่ละปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อภาวะพหุผลพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่..... 184
55	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มีผลต่อภาวะพหุผลพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละ ข้อคำถาม 185
56	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social) ที่มีผลต่อภาวะพหุผลพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละ ข้อคำถาม 187
57	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) ที่มีผลต่อ ภาวะพหุผลพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม..... 188

ตารางที่	หน้า
58	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านจิตวิทยา ของแต่ละปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะ พดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 189
59	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) ที่มีผลต่อภาวะ พดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 190
60	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละ ข้อคำถาม 190
61	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขต ชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 191
62	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ของแต่ละปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 192
63	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละ ข้อคำถาม 193
64	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละ ข้อคำถาม 194
65	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 195
66	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัด เชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 196
67	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ของแต่ละปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 197
68	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 198

ตารางที่	หน้า
69	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม..... 199
70	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 200
71	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม..... 201
72	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดการตนเอง (Self-management) ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 203
73	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม 204
74	เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่..... 206
75	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ด้าน ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยภาพรวม 207
76	เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่..... 209
77	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรพยากรณ์ย่อยทั้ง 16 ตัวแปร ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่..... 210
78	เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่..... 213
79	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่..... 214

ตารางที่	หน้า
80	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของ ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 215
81	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านจิตวิทยาที่มีผลต่อ ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 216
82	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพดพหลัง ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 217
83	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 218
84	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะ พดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 220
85	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านความรู้เรื่อง สุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 221



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	114



สารบัญตารางผนวก

ตารางผนวกที่		หน้า
1	ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของตัวแปรอิสระ	309
2	ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของตัวแปรตาม	309
3	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปรอิสระ	310
4	ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปรตาม	310



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในปัจจุบันหลายประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) องค์การเฮลป์เอจ อินเตอร์เนชันแนล (Help Age International) ได้วิเคราะห์แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2558-2593 พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุประมาณ 901 ล้านคน (ร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคน (ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด) ในปี พ.ศ. 2593 ในขณะเดียวกัน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่าประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2547-2548 ในขณะนั้นมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้รวบรวมข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 และในปี พ.ศ. 2583 สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นสูงเป็น ร้อยละ 32.1 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เนื่องจากคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวยิ่งขึ้นและอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลง ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 คาดว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีจำนวน 12.6 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย สัดส่วนนี้จะยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2583 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า โดยมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันแม้ว่าในภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.8 ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ แต่ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วน 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (รายงานสุขภาพคนไทย, 2562: 44)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นการนิยามโดยใช้จำนวนปีปฏิทินที่บุคคล มีชีวิตอยู่มาแล้ว 60 ปีเป็นเกณฑ์ “ผู้สูงอายุ” หรือบางคนเรียกว่า “ผู้สูงวัย” เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลข ของอายุว่ามีอายุมากโดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological Age) หรือทั่วไป เรียกว่า “คนแก่ หรือ คนชรา” โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายของคำว่า “คนแก่” คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชราและให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนี้ยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า “ราษฎรอาวุโส” (Senior Citizen) (พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน, 2554: 35) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older Person or Elderly Person แต่ในส่วนขององค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ มักใช้คำว่า Older Person มากกว่า Elderly Person องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุ เกิดตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional Markers) ดังเช่นในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุ กำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ขณะที่สังคมไทยให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการศึกษาด้านปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นลำดับแรก โดยสถาบันการแพทย์ได้สร้างความหมายชุดใหม่นอกจากการสงเคราะห์และความยากจนว่าการที่ผู้สูงอายุมีร่างกายที่อ่อนแอ มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคที่จะเกิดตามมา โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นมีโอกาสที่จะเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าคนอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า (กมลชนก ขำสุวรรณ และกฤษ สุนทรธาดา, 2553: 147) ขณะเดียวกันมิติด้านเศรษฐกิจและสังคมก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุมีการรวมตัวเป็นชมรมผู้สูงอายุในชนบทตามธรรมชาติ เพื่อประกอบกิจกรรมทางศาสนาหรืองานบุญในวัด หลังจากนั้นสถาบันการแพทย์ โดยกระทรวงสาธารณสุขเน้นการรวมตัวของผู้สูงอายุให้มีโครงสร้างบทบาทหน้าที่และมีระบบที่ชัดเจน เพื่อเป็นช่องทางส่งเสริมสุขภาพพบปะกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน ไม่เหงา และช่วยเหลือสังคม ต่อมาในปี พ.ศ. 2527 จึงผลักดันให้เกิดชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศโดยกรมประชาสงเคราะห์ (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2545: 33)

รัฐบาลได้มีนโยบายในการปฏิรูปประเทศไทย โดยกำหนดกรอบการปฏิรูปภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) โดยกรมกิจการผู้สูงอายุที่มีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนารูปแบบงานด้านสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อสภาพการณ์ทางสังคม กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีแผนพัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ที่นำไปสู่การสร้างสังคมสูงวัยที่มีสุขภาวะ ซึ่งส่งเสริมการสร้างพื้นที่ชุมชนดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะบนฐานนวัตกรรมบริการและผลิตภัณฑ์ที่เอื้อต่อรูปแบบวิถีชีวิตปกติใหม่ เช่น การให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม โดยการใช้อาหารบำบัดและการบำบัดทางจิตด้วยการทำสมาธิ รวมทั้งการศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคในแต่ละช่วงวัยหรือเชื้อชาติเพื่อนำมา

วิเคราะห์แรงจูงใจในการใช้บริการ ตลอดจนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้เป็นอารยสถาปัตยกรรม เพื่อรองรับการบริการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว การพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับชุมชนผู้สูงอายุ การพัฒนาพื้นที่ด้านกีฬา และการออกกำลังกาย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566: 59) ในขณะเดียวกัน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 และวิสัยทัศน์ด้านผู้สูงอายุที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) กล่าวว่า “ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมสมควรให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด” โดยที่ให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนแม่บท อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ เพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเอง ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติไม่ว่าเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรม มีการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก ด้วยการส่งเสริมให้ประชากรที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปีในปัจจุบัน เพื่อเตรียมการให้พร้อมให้มีชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ และเป็นพลังขับเคลื่อนสังคม และจากรายงานของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2566: 85) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 20 ของประชากร และจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ข้างหน้า ที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในมิติต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ โดยที่ผ่านมามีประเทศไทยได้ตระหนักถึงปรากฏการณ์ดังกล่าว และมีการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุมากกว่า 4 ทศวรรษ โดยปัจจุบันได้เน้นการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งไปสู่ “การสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะ” และ “การสูงวัยอย่างมีพลัง” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเชิงนโยบาย “Active Aging (พหุผลพลัง)” ขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพและเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม จะเห็นได้ว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีอายุที่ยืนยาวและมีสุขภาพที่ดีได้ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับแนวคิด พหุผลพลัง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองให้สมบูรณ์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีส่วนร่วมในสังคม ไม่เป็นภาระแก่สังคมและรวมถึงการได้ช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม ซึ่งแนวคิดพหุผลพลังขององค์การอนามัยโลกนั้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) หรือมักเรียกโดยทั่วไปว่า “สามเสาหลัก” (วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับพิเศษ : กรกฎาคม-ธันวาคม 2560: 53) และในปี พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) คณะกรรมาธิการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Economic Commission for Europe: UNECE) ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุผลพลังไว้ 4 ด้าน คือ 1) การมีสุขภาพดี (Health) 2) การมีส่วนร่วม

ร่วม (Participation) 3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) 4) สภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะ
 พกพลัง (Enabling Environment) (องค์การอนามัยโลก, 2541 อ้างถึงใน สำนักงานสถิติแห่งชาติ,
 2560: 15)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 สถาบันวิจัย
 ระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 (Hypertension) อ้วน (Obesity) ข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ภาวะ
 ร่างกายมีไขมันในเลือดมากกว่าปกติโดยเฉพาะคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ไตรกลี
 เซอไรด์ (Triglyceride) ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein: LDL) อยู่ใน
 ระดับสูง ส่วนไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein: HDL) อยู่ในระดับต่ำ
 ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary Heart
 Disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ และถ้าระดับค่าน้ำตาลในเลือดสูง ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) มากขึ้น ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (รายงานสุขภาพคนไทย, 2562:
 33) ทำให้เกิดผลกระทบและลดทอนความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ และ “โรค NCDs”
 (Non Communicable Diseases) หรือชื่อภาษาไทยเรียกว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเป็นชื่อเรียก
 กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัสคลุกคลี
 หรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่างๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกาย
 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากการดำเนินชีวิตประจำวันหรือวิถีชีวิต (Lifestyle) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่ม
 เหล้าการสูบบุหรี่หรือการขาดออกกำลังกายอาหารหวานมันเค็มจัดมีความเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น
 ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับโลกและของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 (Non-communicablediseases: NCDs) ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Heart
 disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic
 Obstructive Pulmonary Disease: COPD) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคเบาหวาน
 (Diabetes Mellitus) เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ที่มีปัจจัยมาจากพฤติกรรม
 เสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่
 เพียงพอ (Physical Inactivity) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของ
 สังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำ
 ให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น สำหรับสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพของเพศชายหรือเกิด
 การเสียชีวิตส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน (Incident) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และ
 โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ตามลำดับ ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
 และป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ

ภาวะและต้นทุนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังจะเห็นได้จากการมี “แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มีการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะร่วมกับการมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) สอดคล้องภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนรวมทั้งการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2561: 12) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute) (2561: 47) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน (Diabetes Mellitus) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2545 พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้น 2 เท่าตัวจากร้อยละ 8.3 เป็นร้อยละ 16.5 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เพิ่มขึ้น 1.7 เท่าตัว จากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 33.6 และพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง จากรายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำปี พ.ศ. 2562 พบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Heart Disease) และหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า ระดับไขมันโดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นตามอายุในเพศชายสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี และเพศหญิงสูงสุดในช่วงอายุ 60-69 ปี จากข้อมูลการศึกษา Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS) ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในคนไทยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Heart disease) คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ร้อยละ 83.2 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร้อยละ 59.5 และเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ร้อยละ 50.7 (Bureau of Non Communicate Disease, 2019: Online)

สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเท่ากับ 291,149 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7 ของประชากรจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด (สำนักงานสถิติ จังหวัดเชียงใหม่, 2559: 12) สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะในเขตเทศบาลนคร จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนผู้สูงอายุ 31,154 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ของประชากรในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562: 36) ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่จะต้องปรับตัวเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงและปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีเพื่อนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของสังคม มีการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่จะมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพต่อตนเองเพื่อนำไปสู่การมีภาวะพหุผลดี โดยที่ภาวะพหุผลดีของผู้สูงอายุหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชุมชนเมือง เทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี (ก่อนปี พ.ศ. 2562)

และมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองให้สมบูรณ์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีส่วนร่วมในสังคม ไม่เป็นภาระแก่สังคมและรวมถึงการได้ช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมได้อีกด้วย กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในสถานะที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ คือ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ มีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคม โดยดำรงชีวิตให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม การมีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคมโดยดำรงชีวิตให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม ดังนั้นภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุจะประกอบด้วยการมีสุขภาพดี (Health) หมายถึง การมีสุขภาพกายสุขภาพจิตอยู่ในสภาพดี การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน รวมถึงการพัฒนาทั้งในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาโดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในชุมชน การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมั่นคงในด้านที่อยู่อาศัย รวมถึงการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอไม่ถูกทอดทิ้งและมีรายได้เพียงพอในการใช้ชีวิตประจำวัน และสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพัฒนาพลัง (Enabling Environment) หมายถึง สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุมีสิ่งสนับสนุนต่อการมีภาวะพัฒนาพลัง รวมถึงความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้สูงอายุ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีภาวะพัฒนาพลังอยู่ในระดับสูง จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ มีคุณค่า สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีอายุที่ยืนยาวต่อไป ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะพัฒนาพลังผู้สูงอายุและปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการวิจัยนี้ใช้พื้นที่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ทั้ง 4 แขวง คือ แขวงนครพิงค์ แขวงศรีวิชัย แขวงกาวิละ และแขวงเม็ງราย เป็นพื้นที่ตัวอย่างเนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางความเจริญ เป็นสังคมที่มีประชากรมากอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เป็นศูนย์กลางในด้านต่างๆ เช่น การค้า การคมนาคม พาณิชยกรรม อุตสาหกรรม การศึกษา ระบบสาธารณสุข เป็นต้น มีความซับซ้อนของปัญหาในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะได้ศึกษาถึงภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมภาวะพัฒนาพลังและเพื่อจะได้มีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีภาวะพดพลงเป็นอย่างไร อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ควรมีแนวทางการดำเนินการอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อการมีภาวะพดพลงของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน และอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี (ก่อนปี พ.ศ. 2562) ได้แก่ พื้นที่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ซึ่งมีการแบ่งเขตพื้นที่เป็นแขวง ดังนี้ 1) แขวงนครพิงค์ 2) แขวงศรีวิชัย 3) แขวงกาวิละ และ 4) แขวงเม็งราย

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี (ก่อนปี พ.ศ. 2562) และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่
2. ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) โดยมีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถพึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ และมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561: 12)

3. มีการแบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม

3.1 อายุ 60-69 ปี

3.2 อายุ 70-79 ปี

3.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป

4. ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 31,154 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562: 55) และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Random Sampling)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยประมาณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และเกิดความคลาดเคลื่อนได้ 5% (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553: 207)

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

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนรวมทั้งหมดของประชากรที่ใช้ศึกษา

e = ความผิดพลาดที่ยอมรับได้ (การศึกษาครั้งนี้กำหนดให้เท่ากับ 0.05)

แทนค่า $n = \frac{31,154}{1+31,154(0.05)^2}$

$$n = 394.92 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 395 คน โดยคำนึงถึงความเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ดีและมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและเพียงพอ

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส พื้นที่ที่อาศัยอยู่ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

- 2.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
- 2.2 การมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social)
- 2.3 การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance)

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยา

- 3.1 สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological)
- 3.2 ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)
- 3.3 ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style)

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

- 4.1 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition)
- 4.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise)
- 4.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness)
- 4.4 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management)

5. ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ

- 5.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)
- 5.2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive)
- 5.3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill)
- 5.4 ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)
- 5.5 การจัดการตนเอง (Self Management)
- 5.6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุ (Active Aging) ประกอบไปด้วย

1. ด้านการมีสุขภาพที่ดี (Health)
2. ด้านการมีส่วนร่วม (Participation)
3. ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง (Security)
4. ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพลพลัง (Enabling Environment)

ขอบเขตด้านพื้นที่

เขตชุมชนเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ เขตพื้นที่เทศบาลนครเชียงใหม่ แบ่งเป็น 4 แขวง คือ

1. แขวงนครพิงค์
2. แขวงศรีวิชัย
3. แขวงกาวิละ
4. แขวงเม็ງราย

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชุมชนเมือง เทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี (ก่อนปี พ.ศ. 2562) และเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) โดยมีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ และมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

เขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง พื้นที่ที่อยู่ในเขตการปกครองของเทศบาลนครเชียงใหม่ มีพื้นที่ 40.2 ตารางกิโลเมตร เป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นรูปแบบหนึ่ง เรียกว่า เทศบาลนคร มีหน้าที่รับผิดชอบครอบคลุมถึงแขวงอีก 4 แขวง คือ แขวงนครพิงค์ แขวงกาวิละ แขวงเม็ງราย และแขวงศรีวิชัย โดยมีลักษณะพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางความเจริญเป็นสิ่งที่มีประชากรมากและอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และเป็นศูนย์กลางในด้านต่างๆ เช่น การค้า พาณิชยกรรม อุตสาหกรรม การศึกษา และการบริการอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นที่รวมของผู้คนที่มีความแตกต่างทางพื้นเพ โดยชุมชนเมืองมักอยู่ในเขตเมืองหรือเทศบาล

ภาวะพลพลัง (Active Aging) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในสถานะที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ คือ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ มีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคม โดยดำรงชีวิตให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม โดยภาวะพลพลังประกอบไปด้วย

1. **การมีสุขภาพดี (Health)** หมายถึง การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตอยู่ในสภาพดี
2. **การมีส่วนร่วม (Participation)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน รวมถึงการพัฒนาทั้งในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาโดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในชุมชน

3. **การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security)** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในด้านที่อยู่อาศัย รวมถึงการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ไม่ถูกทอดทิ้ง และมีรายได้เพียงพอในการใช้ชีวิตประจำวัน

4. **สภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพหุพลัง (Enabling Environment)** หมายถึง สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุมีสิ่งสนับสนุนต่อการมีภาวะพหุพลัง รวมถึงความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลัง (Active Aging) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามปีปฏิทิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชุมชนเมือง เทศบาล นครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่อย่างน้อย 1 ปี (ก่อนปี พ.ศ. 2562) และมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองให้สมบูรณ์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีส่วนร่วมในสังคม ไม่เป็นภาระแก่สังคมและรวมถึงการได้ช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมได้อีกด้วย

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง สิ่งที่ได้รับหรือช่วยเหลือจากสังคมทั้งในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนต่างๆ และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการจนเกิดภาวะการมีสุขภาพดี

การมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social) หมายถึง โครงสร้างทางสังคมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตามบทบาทหน้าที่ในสังคมที่อยู่บนพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) หมายถึง การดำเนินการต่างๆ ในชีวิตด้วยตนเอง โดยใช้ความพยายามและความสามารถของตนเองได้อย่างอิสระ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามแบบวัด Barthel Activities of Daily Living (ADL) โดยมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป

ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่

สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ ความคิด ภายในจิตใจของตนเองซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา เป็นภาวะที่เป็นสุขที่มีภาวะทางอารมณ์ที่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมั่นคง

ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกยอมรับของบุคคลที่มีต่อตนเองที่เป็นลักษณะความรู้สึกภายในทางบวกในการตอบสนองความต้องการต่อชีวิตความเป็นอยู่และความสุขที่เกิดขึ้น

ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดความสุขในการใช้ชีวิตเกิดความพึงพอใจการใช้ชีวิตประจำวัน มีความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้เกิดภาวะทางกายและทางจิตใจที่ดีต่อตนเอง

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) หมายถึง การดูแลสุขภาพของตนเอง การหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง การทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายให้เกิดการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น เพื่อให้เกิดความสมดุลในร่างกาย

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และมีประโยชน์ต่อร่างกาย ให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอ

พฤติกรรมจัดการความเครียด (Stress Management) หมายถึง การกระทำต่างๆ ของบุคคลที่กระทำเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และลดความเครียดที่เกิดขึ้นต่อตนเอง มีอารมณ์ที่เหมาะสมและมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

ปัจจัยด้านรอบรู้เรื่องสุขภาพ ได้แก่

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) หมายถึง มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี

ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) หมายถึง มีความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

การจัดการตนเอง (Self-Management) หมายถึง มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) หมายถึง มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมไปถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. แนวคิดพหุพลัง
2. ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎีทางจิตวิทยา
5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
6. แนวคิดเกี่ยวกับทางสังคมและวัฒนธรรม
7. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดพหุพลัง

ความหมายของพหุพลัง

คำว่า พหุพลัง (Active Aging) ได้รับการบัญญัติโดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) และมีกำหนดกรอบนโยบายพหุพลังขึ้นในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) โดยกล่าวว่า “พหุพลัง” เป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย (WHO, 2002: Online) ซึ่งคำว่า “Active” หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และกิจกรรมในท้องถิ่น ไม่เพียงแต่การคงไว้ซึ่งความกระฉับกระเฉงทางด้านร่างกายหรือการมีส่วนร่วมในภาคแรงงานเท่านั้น โดยแม้ว่าผู้สูงอายุจะเกษียณจากงานแล้ว มีความเจ็บป่วยหรือมีความพิการ ก็ยังคงสามารถมีส่วนร่วมกับครอบครัว เพื่อน ชุมชน และประเทศชาติได้ ส่วนองค์การความร่วมมือและพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) ได้ให้ความหมายที่เน้นทางด้านเศรษฐกิจไว้ว่า พหุพลังคือ ความสามารถของบุคคลเมื่อสูงวัยที่สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ และภาคเศรษฐกิจได้ (Hutchison et al., 2006: 54) โดยความหมายขององค์การความร่วมมือและพัฒนาทาง

เศรษฐกิจนี้มุ่งเน้นเฉพาะจุดเปลี่ยนผ่านในช่วงของการเกษียณจากงานรวมถึงนโยบายเกี่ยวกับตลาดแรงงานและเงินบำนาญเท่านั้น

นอกจากนี้สหภาพยุโรปยังให้ความหมายของพหุพลังไว้ว่า เป็นวิธีการที่ทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี สามารถทำงานได้ยาวนานขึ้น มีการเกษียณอายุการทำงานช้าลงและยังคงมีความกระฉับกระเฉงภายหลังจากการเกษียณอายุของการทำงาน (Hutchison et al., 2006: 63) ส่วนกระทรวงสาธารณสุขของประเทศแคนาดาให้ความหมายว่า พหุพลัง คือกระบวนการตลอดชีวิตของบุคคลที่จะทำให้มีความผาสุกด้านสุขภาพ สังคม และจิตใจ รวมถึงทำให้มีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดียาวนานขึ้น (Kalache, 1999: 145) ส่วนของ บายส์และมิลเลอร์ (Buys & Miller, 2008: 44) ได้ให้ความหมายของพหุพลังว่า เป็นความสามารถในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มีพฤติกรรมทางจริยธรรมที่ดี มีความกระฉับกระเฉงทั้งร่างกายและจิตใจ อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการทำงานและกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน

สำหรับนักวิชาการไทยระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีความคล่องแคล่วว่องไว สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลและพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมทั้งสมาชิกอื่นในสังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561: 47) ส่วน จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2549: 16) กล่าวว่า พหุพลัง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ คือ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ มีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคม โดยดำรงชีวิตให้เกิดคุณประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม นอกจากนี้ กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553: 20) ยังให้ความหมายของพหุพลังไว้ว่า หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน มีส่วนร่วมในการทำงาน และมีส่วนร่วมในครอบครัวและกลุ่มสังคม รวมทั้งมีความมั่นคงทั้งด้านการเงินและด้านกายภาพ ส่วนในมุมมองของผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุให้ความหมายของพหุพลังไว้ว่า หมายถึง “การยังประโยชน์ของผู้สูงอายุอย่างมีความสุข” (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552: 32) โดยผู้สูงอายุมีการกระทำที่สามารถเกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและลูกหลาน และต่อสังคม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและความภาคภูมิใจ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002 อ้างถึงใน ฐานญา สมภู, 2560: 30-37) ได้เสนอแนวคิดพหุพลังของผู้สูงอายุ (Active Aging) ว่าจะต้องประกอบด้วย สุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิตโดยที่

1. สุขภาพ (Health) สุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ หากบุคคลมีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นเงื่อนไขแรกของการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเอง อันเป็นลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุที่มี

ศักยภาพ การที่บุคคลจะมีสุขภาพดี แข็งแรงหรือไม่ นั้นล้วนเกี่ยวข้องกับทั้งปัจเจกบุคคลเอง ครอบครัวและสังคมแวดล้อม

2. การมีส่วนร่วม (Participation) กิจกรรมในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นผู้ดำรงไว้ซึ่งสิทธิมนุษยชน และวัฒนธรรมของสังคม ผู้สูงอายุที่ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ นอกจากจะรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีเกียรติภูมิแล้ว ยังรู้สึกถึงความเป็นผู้มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลานด้วย เหล่านี้ช่วยทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพกายด้วย

3. การมีหลักประกัน (Security) ความมั่นคงของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยทางด้านร่างกาย จากที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย ตลอดจนสถานที่ต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องไปใช้บริการแล้ว ยังมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณภาพ

อาจกล่าวได้ว่า ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) ให้น้ำหนักที่ปัจจัยด้านสังคมเป็นหลัก กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อน และชุมชน หรือการบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ประเด็นที่ให้ความสนใจถัดมาคือ ประเด็นทางเศรษฐกิจ ทั้งการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ และเป็นความมั่นคงในชีวิต ขณะที่ให้ความสนใจด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นลำดับหลัง

เพ็ญแข ประจักษ์ (2550: 42) ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาระดับสูงวัยทางการศึกษาให้ความหมาย Active Aging คือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความพร้อมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นรวมทั้งสังคม มีร่างกายสมบูรณ์เหมาะสมกับวัย มีการเรียนรู้ที่จะดูแลตัวเองและจิตใจให้สุขสมบูรณ์ ก้าวทันกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถมีส่วนร่วมในสังคมและสามารถช่วยเหลือหาประโยชน์ให้แก่สังคมได้

โดยสรุปจากการวิจัยครั้งนี้ แนวคิดพลวัตของผู้สูงอายุ (Active Aging) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองให้สมบูรณ์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีส่วนร่วมในสังคม ไม่เป็นภาระแก่สังคมและยังอาจรวมถึงการได้ช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมได้อีกด้วย

องค์ประกอบของพัฒนาพลัง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบนโยบายพัฒนาพลังขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ด้าน (WHO, 2002: 16) คือ

1. ด้านสุขภาพ (Health) คือ การส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และการเสริมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการส่งเสริมให้ประชาชนมีปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุประชาชนจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและบริการสุขภาพลดลง รวมถึงสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ตามสิทธิและความจำเป็นของตน

2. ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) คือ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในกิจกรรมด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ตามความสามารถ ความต้องการ และความชอบของบุคคล โดยการสร้างนโยบายและโปรแกรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านตลาดแรงงาน การจ้างงาน การศึกษา สุขภาพ และสังคม ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมที่ได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้าง

3. ด้านหลักประกัน (Security) คือ การสร้างหลักประกันให้กับประชาชน เพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อประชาชนเข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้รับการปกป้อง การเคารพ และได้รับการดูแลเมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยการสร้างนโยบายหรือโปรแกรมที่เน้นหลักประกันด้านสังคม การเงิน และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัย ตามความต้องการและสิทธิของประชาชน รวมถึงการให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลได้

บายส์ และมิลเลอร์ (Buys & Miller, 2006: 22) ได้ศึกษาองค์ประกอบของพัฒนาพลังของประชากรชาวออสเตรเลียที่อายุ 50 ปี ขึ้นไป พบว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพ (Health) ได้แก่ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต 2) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การให้ตอบแทน การพัฒนาตนเอง และการทำงาน และ 3) ด้านความมั่นคง (Security) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การพึ่งพาตนเอง การเงิน และประสบการณ์ในชีวิต

ส่วนองค์ประกอบของพัฒนาพลังในบริบทของสังคมไทย พบว่า มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของพัฒนาพลังตามกรอบนโยบายพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน กล่าวคือ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2549: 15) ดังนี้

1. การมีสุขภาพที่ดี คือ การดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีเหมาะสมกับวัย ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งผู้ที่ไม่มีโรคและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง โดยการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ให้แข็งแรงตามวัย การดูแลให้มีสุขภาพใจดี การมีสุขภาพทางสังคมที่ดี คือ มีการพบปะติดต่อกับครอบครัว ชุมชน และสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่อย่างสม่ำเสมอ มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกคนอื่น สามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม และการมีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ดี คือ การมีความเชื่อในหลักคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือ และสามารถนำหลักคำสอนมาปฏิบัติได้

2. การไม่อยู่เหงาโดยทำกิจกรรมตลอดเวลา คือ การทำกิจกรรมที่ตนชอบในยามว่างและ การทำกิจกรรมในองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ชมรม สมาคม และมูลนิธิต่างๆ

3. การมีความมั่นคงในชีวิต คือ การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ในการดำรงชีวิต ได้แก่ ด้านรายได้ เช่น เงินบำนาญ รายได้จากบุตร และการทำงานเชิงเศรษฐกิจด้วยตนเอง เป็นต้น ด้านที่อยู่อาศัย โดยการสร้างบ้านของตนเองให้เป็นหลักแหล่งและมีความปลอดภัย และด้านผู้ดูแล โดยการเตรียมการให้มีผู้ดูแลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ วัตถุประสงค์ ค่ารักษาพยาบาล การดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพยามเจ็บป่วย และการสนับสนุนส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในสังคม

จากแนวคิดพัฒนาพลังดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปและนำกรอบนโยบายพัฒนาพลังมาประยุกต์ใช้กับการวิจัยเรื่อง ภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยที่พัฒนาพลัง (Active Aging) หมายถึง การกระทำตามกระบวนการที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในการที่จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัยขึ้น ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและชุมชน คือ 1) ประโยชน์ต่อตัวบุคคล คือ ทำให้สุขภาพร่างกายโดยรวมและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ลดการเกิดโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนจากอาการป่วย นอกจากนั้นการมีพัฒนาพลังยังทำให้บุคคลนั้นมีการแยกตัวจากสังคมลดลง มีการติดต่อทางสังคมมากขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้นและมีความสุขทางใจดีขึ้นด้วย และ 2) ประโยชน์ต่อชุมชน จะช่วยส่งเสริมพัฒนาพลังให้กับประชาชน และการวางแผนรวมทั้งออกแบบชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกัน และกลายเป็นชุมชนที่เอื้อประโยชน์ให้กับคนทุกวัยโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ ช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพดีและมีความกระฉับกระเฉง ลดภาระด้านค่ารักษาและการบริการสุขภาพในชุมชน ผู้สูงอายุยังมีส่วนช่วยในด้านแรงงานในชุมชน โดยใช้ประสบการณ์ ทักษะ และภูมิปัญญา

ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโดยทั่วไป หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยเสื่อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกัน นอกจากอาการเสื่อมดังกล่าวแล้ว ยังได้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์สากล เพื่อให้ทราบว่าบุคคลใดสมควรเป็นผู้สูงอายุ สำหรับความหมายผู้สูงอายุในทางวิชาการนั้น มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ ซึ่งได้จัดสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

Grandall (1980: 44) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า คือ กระบวนการของบุคคลที่เจริญเติบโตไปสู่การมีวัยสูงขึ้น ซึ่งปกติแล้วบุคคลจะเติบโตขึ้นในช่วงอายุ 25-30 ปี และหลังจากนั้นร่างกายจะเสื่อมถอยลงโดยบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปนั้นถือเป็นผู้สูงอายุ

ฝน แสงสิงแก้ว (2526: 16) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลในช่วงสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งจะเริ่มต้นตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว และวัยชรา และกำหนดเกณฑ์ปลดเกษียณจากราชการคือ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นการเริ่มต้นของวัยชรา

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2528: 29) ได้แยกระดับของผู้สูงอายุ ดังนี้ อายุระหว่าง 60-75 ปี เรียกว่า วัยเริ่มมีอายุ (Young old) และระยะที่ 2 อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เรียกว่า เป็นวัยที่มีอายุเต็มที่ (Old หรือ Really Old)

กรมประชาสงเคราะห์ (2530: 42) ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้อาจเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินการต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งที่มีชีวิตนั้นและกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539: 44) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่สังคมได้กำหนดเกณฑ์อายุเมื่อมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

บรรลุ ศิริพานิช (2542: 18) อธิบายว่าคนเมื่อเกิดและเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่และสุดท้ายเป็นผู้สูงอายุ หรือบางที่เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The Aged, Aging, Old Man) ซึ่งสามารถเรียกผู้สูงอายุได้ตามลักษณะหลายลักษณะทางสรีระที่ปรากฏ เช่น ผมหงอก ผิวหนังย่น เป็นต้น การเรียกผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งในแต่ละภูมิภาคก็กำหนดความเป็นผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เช่น ภูมิภาคยุโรปและอเมริกามักเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไป ว่าเป็นผู้สูงอายุในขณะที่ภูมิภาคอื่นรวมทั้ง

เอเชียเรามักเรียกคนอายุ 60 ปีขึ้นไปว่าเป็นผู้สูงอายุ การเรียกผู้สูงอายุตามลักษณะทางสังคม โดยอาศัยตำแหน่ง บทบาท อำนาจหน้าที่ ตามความรับผิดชอบ ซึ่งคนที่อยู่ในระดับที่สูงกว่า มักถูกเรียกว่าผู้สูงอายุต่างๆ ที่เขาเหล่านั้นอาจจะยังไม่แก่หรืออายุยังไม่มาก

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2553: 45) อ้างตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

ส่วนผู้ที่ทำงานวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Gerontologists) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ของความ เป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ประเภท คือ (Hall, 1976 อ้างถึงใน กชกร สังขชาติ, 2538: 45)

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การนับจำนวนอายุจริงตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่เกิดขึ้นทั้งด้านสภาพ เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก เป็นต้น และกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏ ขณะที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ ของการรับรู้แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซอร์ปัญญาและลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะ ต่างๆ ของชีวิตแต่ละคน เช่น เกิดความกลัวในการถูกทอดทิ้ง ความจำเสื่อม น้อยใจ เป็นต้น

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงานของราชการ สโมสรและอื่นๆ เป็นต้น

สุรกุล เจนอบรม (2541: 55) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้ที่จะเข้าข่ายเป็น ผู้สูงอายุสามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ที่แตกต่างกันดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาท หน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบ ในการทำงานลดลง

นักวิชาการให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมายซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้น มีความหมายแตกต่างกันตามสังคม และระยะเวลาของผู้สูงอายุในการกำหนดว่าเป็นผู้สูงอายุในสังคม ดั้งเดิมนั้นแต่ละสังคมมักใช้บทบาทที่ผู้สูงอายุมีต่อสังคมเป็นเกณฑ์บทบาทต่างๆ นี้มักจะเป็นบทบาทที่ แสดงถึงความเป็นผู้นำและมีความรับผิดชอบสูง ส่วนในสังคมสมัยใหม่มักจะใช้อายุตามปฏิทิน เป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวัย ช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ที่มีคุณค่ามีศักดิ์ศรีและได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคมมาเป็นระยะเวลายาวนาน การกำหนดให้บุคคลเป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคมแต่ละสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นภาระสังคมพึ่งพา ตนเองได้ และเป็นผู้มีคุณค่าต่อสังคมโดยรวม โดยทำการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) ที่มีความสามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) และมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561: 12)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดการสูงอายุ

ประเทศไทยได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุตามมติสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศ ออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ซึ่งให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ซับซ้อนและ หลากหลายที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจเลี่ยงได้และมีผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดน้อยลง ความสามารถในการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายในและ ภายนอกลดน้อยลง แต่ประสบการณ์การเรียนรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาจะพัฒนามากขึ้น การสูงอายุจึงมีความหมายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงและการรับรู้และให้ความหมาย ต่อการเปลี่ยนแปลงของแต่ละคน จากการศึกษาของ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536: 55) พบว่า กระบวนการสูงอายุเริ่มต้น เมื่ออายุ 50-60 ปีขึ้นไป เมื่อผู้สูงอายุนับรู้ภาวะสุขภาพกายว่าเปลี่ยนแปลง ไปในทางเสื่อม ทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพกายพบได้เด่นชัด กว่าด้านจิตและสังคม

ความสูงอายุเป็นกระบวนการของชีวิตที่มีพัฒนาการและความเสี่ยงตามสภาพทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปตลอดชีวิต กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย พบว่า หลังอายุ 30 ปี ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่มีหน้าที่ทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลง หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ก็จะลดลงและจะเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน แต่รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุโดยรวมจะมีลักษณะที่คล้ายกัน โดยจะพบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต

ผู้สูงอายุ (Older Person) ความหมายตามลักษณะทางกายภาพ เช่น คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่า การให้ความหมายทางสังคม เช่น ผู้อาวุโส จากการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ สำหรับทางยุโรปหรืออเมริกา ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนทางเอเชียรวมทั้งประเทศไทยให้ยึดเอาเกณฑ์บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 48)

ผู้สูงอายุ (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พ.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจและยอมรับใช้กันอย่างแพร่หลายมาจนกระทั่งปัจจุบันนี้ซึ่งผู้สูงอายุต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงข้อจำกัด
3. เป็นผู้ที่เหมาะสมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคสมควรได้รับความช่วยเหลือ

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ในลักษณะที่เสื่อมถดถอยลงไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลและในประเทศไทยยังได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยอีกด้วย

ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว (Longevity Aging)

การดำรงชีวิตของมนุษย์ท่ามกลางการพัฒนาการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาวมีโอกาสเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้น ความต้องการมีอายุยืนยาวนี้กลายเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกชาติ ทุกภาษา (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2537: 48) ในประเทศไทยความต้องการการมีอายุยืนยาวสะท้อนออกมาให้เห็นในเรื่องความเป็นอยู่ในคนต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กันของคนในสังคมการกล่าวคำอวยพร เช่น ขอให้อายุมันขวัญยืน ขอให้มียุยืนหมื่นปี หรือความจำเป็นที่จะมีเครื่องรางของขลังเพื่อป้องกันภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นที่จะทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร แสดงให้เห็นว่ามนุษย์ได้ใช้พลัง

ความสามารถทั้งหมดเพื่อค้นหาอายุวัฒนะหลายแบบ เพื่อที่จะทำให้ตนเองชะลอวัย และตายช้าลง ฉะนั้นความแก่ ความชราจึงเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา องค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา มนุษย์มีภาวะอย่างไรเมื่อก้าวเข้าสู่วัยชราซึ่งเป็นเรื่องที่มีความเสื่อมถอย เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ จึงพบว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาความสูงอายุนั้นมีหลายเกณฑ์ เช่น การใช้ระดับอายุเป็นเกณฑ์ (Chronological Age) เป็นการใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย (Function) ใช้เหตุการณ์เชิงประวัติศาสตร์เป็นเกณฑ์ (Historical Age) และใช้ภาวะทางสังคมเป็นเกณฑ์ (Social Age) มนุษย์ทุกคนจึงต้องการที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ การสูงอายุอย่างประสบความสำเร็จ หรือการสูงอายุอย่างผาสุกเป็นการมองในทางบวก คือ การที่พึ่งพาตนเองได้ช่วยเหลือตนเองให้มีชีวิตที่ดี ได้ทำในสิ่งที่ต้องการและมีความก้าวหน้าในชีวิต แนวคิดของการสูงอายุอย่างประสบความสำเร็จตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (Interindividual Variability) และแต่ละบุคคลมีความยืดหยุ่นสูงต่อสถานการณ์ต่างๆ (Interindividual Plasticity) และพบว่าผู้สูงอายุยังมีกำลังสำรองหรือมีศักยภาพสูงมาก ถ้าได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ การใช้ศักยภาพและการฝึกฝนอย่างเต็มที่ ซึ่งแนวคิดนี้ต่างจากแนวคิดด้านชีววิทยา ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือประสบความสำเร็จก็คือ มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคและการทำหน้าที่ทางจิต กาย และทางสังคมสูง (Yong, 2002: 58) สุขภาพของผู้สูงอายุจะวัดได้ดีที่สุด ด้วยความสามารถในการทำหน้าที่มากกว่าพยาธิสภาพของโรค สามารถทำหน้าที่ได้อย่างอิสระภายในสังคม การรู้คิด และสติปัญญา ดังเช่น การศึกษาวิจัยของ Hsu (2006: 45) ศึกษาแนวคิดของการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในประเทศไต้หวันพบว่า การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จให้คุณค่าด้านสุขภาพและการไม่เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้สูงอายุจึงพยายามมีส่วนร่วมในสังคม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ พยายามเลือกสรรกิจกรรมที่เหมาะสม การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและจิตดี ดังนั้นการที่จะตัดสินได้ว่าร่างกายของผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้วยการที่มีความสามารถในการทำหน้าที่จึงมีความสำคัญมากกว่าการวัดด้วยอายุหรือจำนวนปี เนื่องจากถูกมองว่าไม่มีคุณค่านั้นคือความมียาอายุมาก หมายถึง ความเสื่อมประโยชน์ของการมองผู้สูงอายุด้วยความสามารถหรือการมีศักยภาพนั้นเกี่ยวข้องกับระดับของความผาสุก มีสวัสดิภาพและมีเจตคติทางบวกต่อความสูงอายุนั้น เพื่อที่จะได้เข้าใจชัดถึงศักยภาพและความต้องการจริงๆ ของผู้สูงอายุจึงแบ่งช่วงชีวิตผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้สถานะสุขภาพ (Health Status) เป็นหลักดังนี้ (ชินุทัย กาญจนจิตตรา, 2550: 14)

1. ผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง (Active Aging) ช่วงแห่งการเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลัง ช่วงนี้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างดีแล้วยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ในด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ผู้สูงอายุในช่วงนี้แทบไม่ต่างจากคนที่อ่อนวัยกว่า ช่วงแห่งการเป็น “พลฒพลัง”

มักจะอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) สำหรับหลายคนช่วงนี้คือจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญาและการคิดวิเคราะห์ เป็นช่วงที่พลังทางกายและสติปัญญากระฉับกระเฉงอยู่ ถ้าสถานการณ์อื่นๆ เอื้ออำนวยผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงนี้สามารถสร้างสรรค์สิ่งที่ดีแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มากสำหรับบางคนในช่วงนี้อาจยาวไปอายุ 70-80 ปี แต่สำหรับบางคนช่วงเวลานี้อาจเป็นเพียงประสบการณ์สั้นขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเองมาตลอดตั้งแต่อยู่ในวัยก่อนหน้านี้อาจขึ้นอยู่กับการได้มีส่วนร่วมในแรงงาน หรือในสังคมว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. ช่วงแห่งการพักผ่อน (Relaxation Aging) ช่วงนี้สุขภาพโดยรวมก่อนข้างดีถึงแม้ว่าจะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยบางอย่างมารบกวนการดำเนินชีวิตบ้างก็ตาม ผู้สูงอายุบางคนอาจเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่วทางร่างกาย อันเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ทำให้ต้องระมัดระวังการเคลื่อนไหว ความสามารถในการเห็น การได้ยินลดลง มีการสูญเสียฟันบดเคี้ยวและข้อเข่ามีปัญหา แต่ด้านจิตใจ ความจำ ตลอดจนความคิดวิเคราะห์ยังอยู่ในสภาพที่ค่อนข้างดี บางรายเริ่มมีความเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวแต่ส่วนใหญ่แล้วยังช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุบางรายสามารถทำงานประเภทที่ไม่ต้องออกแรงมากนักหรืองานที่ทำอยู่ในบ้านได้ อาจช่วยผู้อื่นได้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มักประสบกับสภาพเช่นนี้ แต่บางท่านอาจประสบสภาพเช่นนี้ตั้งแต่อายุ 60 ปี ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาแห่งการพักผ่อนมากกว่าการทำงานเป็นเวลาสำหรับผู้สูงอายุได้ปล่อยวางมากขึ้น และหาความสุขให้ชีวิตด้วยการหันเข้าหาหนทางแห่งชีวิตที่สงบหรือให้รางวัลชีวิตแก่ตนในทางที่เหมาะสม

3. ช่วงแห่งการพึ่งพิง (Dependence Aging) ในช่วงนี้ความเจ็บป่วยจะรุมเร้าการเสื่อมสภาพของอวัยวะส่วนต่างๆ ปรากฏชัดเจน ผู้สูงอายุบางคนอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นจึงต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น และผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสประสบกับสภาพเช่นนี้มาก สำหรับบางคนอาจจะต้องพึ่งพิงผู้อื่นตั้งแต่อายุนี้ขึ้นอยู่กัสุขภาพร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ช่วงที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นนี้อาจจะยาวหรือสั้นแค่ไหน ขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพของแต่ละคน โดยทั่วไปแล้วซึ่งยังมีอายุยืนยาวมากขึ้นแล้วโอกาสเสี่ยงที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิตมักจะมากขึ้นตามไปด้วย ประกอบกับความเจริญทางเทคโนโลยีการแพทย์สามารถยืดอายุของผู้ป่วยไว้นานขึ้น

เนื่องด้วยผู้สูงอายุได้ผ่านการดำเนินชีวิตมายาวนานตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก วัยกลางคน ซึ่งทำให้มีประสบการณ์ที่สะสมมาก่อนจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีวุฒิภาวะของความเป็นผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์ซึ่งวุฒิภาวะในวัยสูงอายุอาจจะสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และผ่านเหตุการณ์ต่างๆ เกิดการเลือกตัดสินใจกระทำอย่างมีเหตุมีผลเพื่อให้บรรลุ

เป้าหมายที่ตั้งไว้และประสบความสำเร็จในชีวิตได้ ฮาวิกเฮิร์สต์ (Havighurst, 1953: 22) อธิบายลักษณะของผู้ใหญ่วัยสูงอายุคือ

1. เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม
2. รู้จักสร้างเศรษฐกิจที่มั่นคง
3. มีความสุขกับการเป็นผู้ใหญ่และยอมรับถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีแก่ผู้อื่น
4. ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์
5. ผูกพันรับผิดชอบต่อกุศลธรรม
6. ยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของตนเอง
7. สามารถปรับตัวต่อบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุเป็นพลังของสังคมเพราะเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ซึ่งสามารถทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชนและสังคมเพียงผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างต่อเนื่องเท่านั้นก็นับว่าเป็นพลังของสังคมมากมาย ผู้สูงอายุที่ไม่มีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองได้ ได้ทำในสิ่งที่ต้องการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขมีความก้าวหน้าในชีวิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย และมีการรับรู้ที่ดี ทำหน้าที่ทางจิต ทางกายและทางสังคมได้สูง

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเอง และองค์ประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่เซลล์จากทฤษฎีทางชีววิทยาของการสูงอายุจะพบว่า ในแต่ละทฤษฎีนั้นก็ได้พยายามที่จะค้นหาความจริงเพื่อนำมาอธิบายว่าการสูงอายุหรือความแก่เป็นผลจากสิ่งใดในการนำทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้ไปใช้ผู้ศึกษาแต่ละคนมีแนวความเชื่อในเรื่องใด ล้วนแต่จะนำแนวคิดของทฤษฎีไปประกอบการศึกษาถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับความแก่มากมายแต่ก็ยังไม่มียุทธวิธีใดที่สามารถนำไปใช้อธิบายได้อย่างครอบคลุม/ครบถ้วนสมบูรณ์ ทราบแต่เพียงว่ากระบวนการชราภาพหรือความแก่ของเซลล์ต่างๆ เป็นปฏิกิริยาซับซ้อนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเผาผลาญฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาทต่อมไร้ท่อรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะเท่านั้น โดยมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้ (ยรรยงค์ มณีวงษ์, 2554: ระบบออนไลน์)

ทฤษฎีนี้ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุขั้นพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต และอธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุของเซลล์ นักชีววิทยาหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพและตั้งข้อสมมติฐานและแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสูงอายุดังนี้

1. กระบวนการความสูงอายุของคนเริ่มขึ้นตั้งแต่มีการปฏิสนธิ
2. การเกิดความสูงอายุแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานะต่างๆ เช่น พันธุกรรม สังคม จิตใจและสภาวะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
3. การมีอายุเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งเป็นผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นระยะที่กลไกของการซ่อมแซมของร่างกายไม่สมดุล
4. ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายได้เมื่ออายุมากขึ้นกระบวนการของความสูงอายุทางชีวภาพจะแตกต่างกันไปตามหน้าที่การทำงานของอวัยวะ เช่น อัตราการกรองของไต เมื่อมีอายุมากขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเพราะอัตราการทำงานของเซลล์ในแต่ละคนจะแตกต่างกัน การทำงานของระบบใดระบบหนึ่งในร่างกายจะลดลงมากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันระบบอื่นๆ ของร่างกายจะไม่มีเปลี่ยนแปลงชัดเจน ทฤษฎีความสูงอายุทางชีวภาพ แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทคือ (Eberole, 1985)

4.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theory) เป็นทฤษฎีอธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของยีน หนึ่งในทฤษฎีที่มีผู้กล่าวถึงมากที่สุดคือ ทฤษฎีโปรแกรม (Program Theory of Aging) ซึ่งอธิบายว่าช่วงชีวิตของสัตว์ถูกกำหนดโดยยีน (Gene) หรือเรียกว่านาฬิกาชีวิต (Clock Life) ในมนุษย์ถูกกำหนดไว้สูงสุดประมาณ 110 ปี สำหรับผู้หญิงจะมีอายุยืนกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี กล่าวคือ อายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุขัยยาวนานไม่เท่ากัน ทั้งนี้จะถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสพันธุกรรม เช่น แมลงหวี่ มีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 1 วัน หนู 2-3 ปี สุนัข 12 ปี ม้า 25 ปี ลักษณะทางเพศถูกกำหนดขึ้น โดยเพศชายจะมีโครโมโซม (Chromosome) XY เพศหญิงมีโครโมโซม (Chromosome) XX และเนื่องจากเพศหญิงมีโครมาติน (Chromatin) X มากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีอายุยืนยาวกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุขัยยืนยาวด้วย เช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลให้รหัสพันธุกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนแปลง เช่นกัน

4.2 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theory) เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากรังสี ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น รังสีจะทำให้โครโมโซม (Chromosome) ผิดปกติและมีจำนวนมากขึ้น จากการทดลองในหนู พบว่าหนูที่ไม่ได้รับรังสีก็จะเจริญเติบโตตามปกติ และมีอายุไขนานกว่าเกือบ 1 เท่า รังสีทำให้เซลล์ชนิดที่สามารถแบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่าขึ้น เมื่อมีการผ่าเหล่าสะสมเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่เสียหายที่ของยีนและโครโมโซม จะทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้เซลล์จะตาย เช่น เซลล์ของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเซลล์เยื่อบุผิวของลำไส้และผิวหนัง การผ่าเหล่าจะพบได้ภายหลังที่มีการแบ่งเซลล์ในรุ่นต่อไป เนื่องจากมีความผิดพลาดในการจำลอง ส่วนเซลล์ชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก

เช่น เซลล์ประสาทเซลล์กล้ามเนื้อลายก็จะเสื่อมโทรมเร็วขึ้นและก็ตายไปในที่สุด ส่วนสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมถ้าไม่ได้รับรังสีจำนวนของเซลล์ที่มีการผ่าเหล่าจะพบได้น้อยมาก เซลล์ที่ได้รับรังสีจะมีการทำลายของ DNA ซึ่งภายในเซลล์จะมีกลไกในการซ่อมแซมด้วยแต่จะช้ากว่าการทำลายทำให้เซลล์ตายในที่สุด

4.3 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory of Aging) ภายในนิวเคลียสของเซลล์จะมีรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นโครงสร้างของโมเลกุลของ DNA (Deoxyribonucleic Acid) รหัสพันธุกรรมจะถูกคัดลอกและแปลอีกหลายขั้นตอนจึงจะได้โมเลกุลของโปรตีนหรือเอนไซม์ตัวสุดท้าย โปรตีนที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วยกรดอะมิโน (Amino Acid) ซึ่งจะมีการสร้างบนไรโบโซม (Ribosome) รหัสพันธุกรรมจาก DNA ที่จะถ่ายทอดไปยังไรโบโซมจะต้องอาศัยโมเลกุลของ DNA ที่เรียกว่า Messenger Ribonucleic Acid-RNA (m-RNA) ฉะนั้นถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ จะทำให้มีการจำลองโปรตีนหรือเอนไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ดั้งเดิมได้ เป็นเหตุให้เซลล์ตายในที่สุด นอกจากนี้พบว่าเอนไซม์ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ได้น้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่เอนไซม์บางชนิดจะทำหน้าที่ได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเกิดได้มากในวัยหนุ่มสาว อัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต่อมาเซลล์ก็จะตาย ความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาดหรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งเกิดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมีของการสร้างโปรตีนในเซลล์ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาวต่อมาเมื่อสูงอายุมากขึ้นอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ถ้าความผิดพลาดสะสมถึงระดับเซลล์ หรือเนื้อเยื่อจะค่อยๆ เสื่อมสภาพและตายหรือเซลล์อาจไม่ตายแต่การทำหน้าที่อาจจะหยุดชะงัก ทำให้เสียสมดุลการควบคุมของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์สำคัญ เช่น เซลล์สมอง เป็นต้น

4.4 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) ความสูงอายุมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยจะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้าเป็นช่วงชีวิตหนึ่งของการเจริญและการแพร่พันธุ์ แต่สิ่งมีชีวิตจะมีระยะเวลาสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

4.5 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch Spring Theory, Programming Theory) ความสูงอายุถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนกำหนดให้เซลล์ต่างๆ หรือระบบแก่งเมื่อถึงเวลาที่กำหนดให้ สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85-90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วย การเจริญเติบโตการพัฒนา และเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด ซึ่งเป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

4.6 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) อธิบายว่าเซลล์ร่างกายปกติมีข้อจำกัดในการสร้างและทำหน้าที่ การตายเกิดขึ้นเพราะเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพไม่สามารถสร้างใหม่มาทดแทนได้ในสภาพที่สมบูรณ์หรือในอัตราเร็วที่เพียงพอ ทฤษฎีนี้ยังอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตมีพลังงานที่จำกัดจำนวนหนึ่งที่จะใช้ได้อย่างเพียงพอในกระบวนการเสื่อมถอยในภาวะที่ปกติ แต่ไม่เพียงพอเมื่อมีปัจจัยอื่นที่เป็นอันตรายเพิ่มเข้ามา เช่น การสูบบุหรี่ การขาดสารอาหาร กล้ามเนื้ออ่อนล้า หรือการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก เป็นต้น ทฤษฎีนี้เปรียบเทียบกับสิ่งที่มีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานมากๆ ก็จะเกิดความผิดปกติขึ้น แต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกันเพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทนในอวัยวะบางอย่าง เช่น เซลล์ของผิวหนัง เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว แต่มีเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ประสาท เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลงและตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะเหล่านี้ลดลง

4.7 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative Theory) ความสูงอายุของเซลล์เกิดจากการคั่งค้างของของเสียสะสมในเซลล์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงรูปร่างและเสียปฏิกิริยาทางเคมีในการสร้างพลังงานและเซลล์อาจตายได้ การสะสมของเสียจากการเผาผลาญอาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีกจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทสมอง ไขสันหลัง และเซลล์ของไต เป็นต้น ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำเรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) สารไลโปฟัสซินนี้ คือ รงควัตถุไขมัน (Fatty Pigment) หรือรงควัตถุชรา (Age Pigment) สามารถตรวจพบได้โดยใช้ Fluorescent Microscope เท่านั้น เชื่อว่าสารนี้เป็นผลิตภัณฑ์มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน ในขบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไป (Peroxidation) ของผนังเซลล์ และเป็นของเสียในกระบวนการเผาผลาญ มีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ และพบว่า ไลโปฟัสซินจะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รั้งไข่ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจและสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากันขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละชนิด นอกจากนี้พบว่าจำนวนของ RNA (Ribo Nucleic Acid) ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของไลโปฟัสซิน ไลโปฟัสซินที่อยู่ในไซโตพลาสมาของเซลล์จะทำให้กอลจิบอดี (Golgi Body) และไมโทคอนเดรีย (Mitochondria) ไม่ทำงาน โดยปกติกอลจิบอดีทำหน้าที่ขนส่งสารออกจากเซลล์ส่วนไมโทคอนเดรีย ทำหน้าที่สร้างพลังงานและเอนไซม์ เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการต่างๆ ของเซลล์ เมื่อร่างกายมีไลโปฟัสซินมากขึ้นก็จะมีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ และทำให้คุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาพบว่า วิตามินอีและซีลีเนียม สามารถทำให้ลูกโซ่ของไลโปฟัสซินแตกจากกันได้ ยับยั้งการทำลายไขมันที่เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ (Fatty Membrane)

และป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเซลล์ด้วย จากการทดลองในสัตว์พบว่า ถ้าเพิ่มวิตามินอีในอาหาร จะสามารถลดการสร้างไลโปพัสซินได้

4.8 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้ถูกกล่าวถึงตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 จนถึงปัจจุบัน โดยอธิบายว่าอนุมูลอิสระเกิดจากกระบวนการเผาผลาญในภาวะปกติทั่วไป หรือจากปฏิกิริยาต่อรังสี การเชื่อมต่อกับอนุมูลอิสระตัวอื่น และจากปฏิกิริยาออกซิเดชันของมลพิษ ในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โอโซน สารพิษและมลพิษทางอากาศ เนื่องจากอนุมูลอิสระไม่มี RNA (Ribo Nucleic Acid) จึงทำการผลิตของเสียสะสมอยู่ในนิวเคลียสและไซโตพลาสแล้วยิ่งก่อให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรม แม้ว่าร่างกายจะมีกลไกการป้องกันตัวเองตามธรรมชาติ ซึ่งมีผลชะลออัตราเร็วของการเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันหรือป้องกันผลเสียที่เกิดจากอนุมูลอิสระ เช่น เพิ่มปริมาณอาหารประเภทวิตามินซี วิตามินอีแต่กลไกการป้องกันตัวนี้จะหย่อนสมรรถภาพลงหรืออัตราการเกิดอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้นเมื่อสูงอายุมีผลให้ผนังเซลล์ถูกทำลายและมากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้

สารที่นำมาใช้ในการถนอมอาหาร เรียกว่า บิวทีไฮดรอกซีโทลูอิน (ButyateHydroxytoluin) เป็นส่วนที่ต่อต้านการเกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจนเช่นกัน โดยไปยับยั้งการสร้างอนุมูลอิสระ ร่างกายของมนุษย์จะถูกกรุกเร้าโดยอนุมูลอิสระทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ฉะนั้นการลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดี ลดภาวะของอากาศและเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณสมบัติต่อต้านการเกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจน และลดสารอาหารที่จะไปเพิ่มการทำหน้าที่ของอนุมูลอิสระด้วย นอกจากนี้การรับประทานอาหารจำนวนอาหารน้อยๆ โดยแบ่งออกเป็นหลายมื้อ จะทำให้ของเสียที่ได้จากกระบวนการออกซิเดชันมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งไม่มีอันตรายต่อร่างกาย สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอายุยืนนานขึ้น

4.9 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) ความมีอายุที่สูงมากขึ้น ทำให้มีการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกัน หรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ ซึ่งโดยปกติแล้ว โมเลกุลเหล่านี้ต้องแยกจากกันเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนแปลงไป การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุด คือ โปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ คือ อิลาสติน (Elastin) และคอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน คอลลาเจนประกอบด้วยโปรตีนในร่างกายประมาณ 25-30 กรัม มีลักษณะเหนียวคล้ายวุ้นจะอยู่รอบๆ เซลล์ มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นส่วนประกอบของโครงสร้างร่างกาย พุงและให้ความแข็งแรงแก่เนื้อเยื่อ คอลลาเจนพบได้มากในผิวหนัง เอ็นกระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดหัวใจและสารประกอบที่อยู่ในสารนั้น (Grand Substance) การเชื่อมตามขวางจะเป็นมากและเร็วขึ้นเมื่อมีอายุระหว่าง 30-50 ปี สารที่ทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางพบได้ทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของอาหารและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เช่น อัลดีไฮด์ ทองแดง แมกนีเซียม นอกจากนี้สารอาหารประเภทโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และกรดนิวคลีอิก

ก็มีผลทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางได้เช่นกัน จากการศึกษาพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเชื่อมตามขวางของคอลลาเจนเพิ่มมากขึ้น ทั้งภายในเซลล์ ระหว่างเซลล์และภายนอกเซลล์ คอลลาเจนจะมีคุณลักษณะแข็งและละลายได้น้อยลง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังจะพบได้เมื่อคอลลาเจนมีความหนาแน่นมากขึ้น และเข้าไปแทนที่ในสารประกอบต่างๆ ทำให้เซลล์ไม่สามารถที่จะขนส่งหรือขับถ่ายของเสียออกจากเซลล์ได้สะดวก ขาดความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โปรตีนชนิดหนึ่งในเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เรียกว่า อีลาสติน (Elastin) มีแนวโน้มเกิดการเชื่อมตามขวางได้เท่ากับคอลลาเจน เมื่ออายุมากขึ้น อีลาสติน (Elastin) จะมีลักษณะหลุดลุ่ย แตกและเปราะง่าย ปริมาณน้ำที่อยู่นอกเซลล์จะลดลง ทำให้เพิ่มความเข้มข้นของแคลเซียม โซเดียม และคลอไรด์ พบว่า เกลือแคลเซียมจะเกาะทั่วไปในระบบหัวใจ และหลอดเลือดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจทั้งชั้นในและชั้นนอก ลิ้นหัวใจ และหลอดเลือดใหญ่ การเกาะของแคลเซียมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโมเลกุลและเพิ่มพลังในการจับตัวกันมากขึ้น ตัวอย่างที่พบได้ง่ายว่าการมีเชื่อมตามขวางของอีลาสติน (Elastin) คือ ที่ผิวหนัง จากลักษณะที่เรียบ อ่อนนุ่ม มัน ดึง ก็จะเป็นผิวแห้ง หย่อน มีความตึงตัวน้อยลง การเกิดการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีผลต่อการซึมผ่านของเซลล์ การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การบีบรัดของหัวใจ การซึมผ่านของก๊าซ สารอาหารหลอดเลือดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเอ็นจะแห้งและแข็ง ฟันจะหัก ผนังหลอดเลือดแดงจะลดแรงดึงตัว

4.10 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัว (Stress and Adaptation Theory) ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเครียด จะมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์และทำให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ ทำให้เกิดความสูงอายุได้เร็ว

4.11 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ระบบคุ้มกันประกอบด้วยส่วนต่างๆ หลายส่วนทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากเชื้อจุลินทรีย์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและเซลล์แปลกปลอม ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายของตนเอง เช่น การติดเชื้อ เซลล์มะเร็ง กลไกในการป้องกันมี 2 วิธี คือ การสร้างแอนติบอดี (Antibody) เพื่อทำลายจุลินทรีย์และโปรตีนที่แปลกปลอมและการสร้างเซลล์ชนิดหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญการตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ (Cell-Mediated Immune Response: CMIR) เซลล์ที่ทำหน้าที่นี้ คือ ที-ลิมโฟไซต์ (T-Lymphocyte) การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยใช้สารน้ำ หมายถึง แอนติบอดี (Antibody) ของกลุ่มเซลล์ที่รับผิดชอบ คือ บี-ลิมโฟไซต์ (B-Lymphocyte) และเซลล์ของพลาสมา นอกจากนี้ยังมีสารน้ำอื่นมาร่วมทำงานด้วย ทั้งที-ลิมโฟไซต์ (T-Lymphocyte) และบี-ลิมโฟไซต์ (B-Lymphocyte) นี้ผลิตจากไขกระดูกที่อยู่ในกระดูกสันหลังเมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย บี-ลิมโฟไซต์ (B-Lymphocyte) จะเปลี่ยนเป็นเซลล์ของพลาสมา และทำหน้าที่เป็นแอนติบอดี (Antibody) ซึ่งสามารถมีปฏิกริยากับสิ่ง

แปลกปลอมหรือแอนติเจนได้ โดยปกติ ที-ลิมโฟไซต์ (T-Lymphocyte) จะซับซ้อนมากขึ้น บางส่วนจะช่วย บี-ลิมโฟไซต์ (B-Lymphocyte) ในการสร้างเคราะห์แอนติบอดี (Antibody) บางส่วนจะกดการสังเคราะห์แอนติบอดี นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ซับซ้อนอื่น ๆ และป้องกันการสร้างเนื้องอก เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า การทำหน้าที่ของ ที-ลิมโฟไซต์ (T-Lymphocyte) จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักจะลดลงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงทำให้เกิดทำให้กลไกในการป้องกันตัวเองลดลงด้วย จากสัตว์ทดลองพบว่า ระบบของภูมิคุ้มกันในสัตว์ที่มีอายุมากจะมีน้อยกว่าสัตว์ที่มีอายุน้อย และระบบภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสภาพในการจดจำโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ภายในร่างกายด้วย ทำให้แอนติบอดี (Antibody) มีปฏิกิริยากับเซลล์ของร่างกายตนเอง (Autoimmune Antibody) ทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune Disease) เช่น โรคโลหิตจางบางชนิด โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) โรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease: RHD) ภาวะหลอดเลือดแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตัน (Atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นต้น นอกจากนี้ความสามารถในการจำเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปเสื่อมลง เช่น เซลล์มะเร็งในปัจจุบัน พบว่า โรคมะเร็งในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันและการสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกัน

12. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) โดยปกติการทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกันเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย พบว่าในผู้สูงอายุต่อบ่อยจะผลิตอินซูลิน (Insulin) ออกมาน้อยลง ในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีแนวโน้มจะเกิดโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะสืบพันธุ์ ต่อมหมวกไต และส่วนต่างๆ ที่ผลิตฮอร์โมน โดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนที่ผลิตจากสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) เมื่อมีความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อจะทำให้มีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้ทำงานผิดปกติและตายในที่สุด (ปิยะพันธุ์ นันตา, 2553: 24-30)

สรุปได้ว่า การสูงอายุตามกระบวนการทางชีววิทยามีผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเป็นการดำเนินตามธรรมชาติ ตามกาลเวลาเป็นวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ไม่สามารถย้อนกลับได้ ดังคำกล่าวที่ว่าผู้ที่พร้อมที่สุดจะเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่คำว่าพร้อมที่สุดไม่ได้หมายถึงความแข็งแรงประการเดียว แต่ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี ลักษณะของวิวัฒนาการชีวิตนั้นมองได้สองทิศทาง ทิศทางแรกคือ ความชราเป็นลักษณะเด่นของความมีชีวิตยืนยาว ทิศทางที่สองคือ ความชราเป็นลักษณะเด่นของความจำกัด เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุยืนยาวจนทำให้เสื่อมสภาพของร่างกายและผ่านเข้าสู่ระยะที่ไม่พร้อมในการวิวัฒนาการต่อไป ฉะนั้นจะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล อัตรา

การเกิดกระบวนการสูงอายุของสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดและแต่ละเซลล์ก็มีความแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุ มีกระบวนการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องตามระยะหรือวงจรการเจริญเติบโตในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว จะมีการใช้พลังงานอย่างสมดุลเพื่อการควบคุม ป้องกันไม่เกิดอันตรายกับร่างกาย และเพื่อให้มีการดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาวที่สุด

ทฤษฎีทางจิตวิทยา

คำอธิบายด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) ได้ช่วยอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของ ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งไม่สามารถอธิบายด้วยปัจจัยเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งทั้งพันธุกรรมและ สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในแต่ละวัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่อง ของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การศึกษา ปัจจัยภายในของบุคคลจะต้องเข้าใจใน เรื่องความจากการรับรู้การเรียนรู้และบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ในผู้สูงอายุจะผันแปรไปตาม การเปลี่ยนแปลงของโมเลกุลเซลล์อวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย ส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอก ของบุคคลนั้น ศาสตร์ด้านจิตวิทยาอธิบายว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมของร่างกายกับ ปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม (Social) และส่วนของสังคมนั้น คือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและโครงสร้างสังคม โดยทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่ใช้อธิบายกระบวนการสูงอายุในปัจจุบัน (ประนอม โอทกานนท์, 2554 อ้างถึงใน วิทมา ธรรมเจริญ, 2555: 16) ได้แก่

1. Jung Theories of Personality ทฤษฎีนี้เน้นการพัฒนาบุคลิกภาพกับการบรรลุ ความต้องการพื้นฐานของบุคคลในทุกช่วงชีวิต โดยเสนอว่า เมื่อบุคคลมีวัยที่สูงขึ้นบุคลิกภาพ ของบุคคลอาจจะเปลี่ยนไปคือ จากบุคลิกภาพการมีมิตรภาพ ชอบสมาคม เป็นบุคลิกภาพที่ใช้เวลา กับตนเอง

2. ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) หรือทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของ อีริกสัน อธิบายถึง การพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อีริกสันอธิบายว่า เมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคล จะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจต่างๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ ทั้งความสำเร็จสมหวังและผิดหวัง (ปล่อยวาง) ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่าง ที่เขามีเขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตของตน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลังอาลัย อารมณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ (ปล่อยวางไม่สำเร็จ) ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ไม่สามารถ ทำอะไรใหม่ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไปกลัวความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึก เศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งความพอดีระหว่างความมั่นคงทางใจ และความสิ้นหวังทำให้คนเกิดความเฉื่อยฉาบ รู้เท่าทันโลกและชีวิตซึ่งเป็นสิ่งพึงปรารถนาที่กล่าวมา

ทั้งหมดพอสรุปได้ดังคำกล่าวที่ว่า “Wisdom is the virtue that develops out of the encounter of integrity and despair on the last stage of life. Wisdom, then, is detached concern with life itself in the face of death itself”

3. ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) โรเบิร์ต เพค ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 56-75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคมซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ คือ เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ โดยจะรู้สึกว่าคุณค่าอยู่ต่อเมื่อบทบาทลดลงหรือเปลี่ยนไปจึงพอใจที่จะหาสิ่งอื่นๆ มาทำทดแทน (วัยผู้สูงอายุตอนต้น) และเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่า สภาพร่างกายของตนถดถอยลงและชีวิตจะมีสุขถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้ (อายุที่เพิ่มขึ้น) และลักษณะที่เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกลัวตวิตก (วัยผู้สูงอายุตอนปลาย)

4. Maslow's Hierarchy of Human Needs มาสโลว์ อธิบายความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เป็น 5 ระดับ คือ ความต้องการด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรัก ด้านการมีศักดิ์ศรีของตนเอง และด้านการบรรลุศักยภาพแห่งตน การที่จะบรรลุความต้องการในขั้นที่สูงสุดจะต้องได้รับความต้องการที่พึงพอใจในระดับที่ต่ำกว่าก่อน และความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงขับเคลื่อนของการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์

5. ทฤษฎีแรงจูงใจ (Maw & Maw, 1964: 69)

แรงจูงใจที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมต่างๆ เกิดจากแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motives) แรงจูงใจภายในเป็นสิ่งผลักดันจาก ภายในตัวบุคคลซึ่งอาจจะเป็นเจตคติ ความคิด ความสนใจ ความตั้งใจ การมองเห็นคุณค่า ความพอใจ ความต้องการในสิ่งต่างๆ โดยไม่หวังรางวัลหรือผลตอบแทนซึ่งแตกต่างจากแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motives) แรงจูงใจภายนอกเป็นสิ่งผลักดันภายนอกตัวบุคคล ที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมอาจจะเป็นการได้รับรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม หรือยกย่อง ซึ่งแรงจูงใจนี้ไม่คงทนเนื่องจากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าวเฉพาะกรณีที่ต้องการสิ่งตอบแทนหรือคำชมเท่านั้นนอกจากนั้นยังมีแรงจูงใจทางด้านสังคม (Social Motivation) แรงจูงใจด้านสังคมมีความสลับซับซ้อนมาก เนื่องจากเป็นความต้องการที่มีผลมาจากด้านชีววิทยาของมนุษย์ ในความต้องการอยู่ร่วมกันกับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เป็นความต้องการส่วนบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

ทฤษฎีทางจิตวิทยานี้ได้เชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการปรับตัวและพัฒนาการของบุคลิกภาพ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้น

ไม่สามารถยืนยันได้จากทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว อย่างไรก็ตามนักจิตวิทยายอมรับว่ากระบวนการชราด้านจิตวิทยา สามารถอธิบายได้จากลักษณะทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละวัย ซึ่งพิจารณาได้จากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกดังนี้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ สติปัญญา ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพ ทำให้พบว่าผู้สูงอายุจะมีการผันแปรไปตามการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ของร่างกาย ตามที่กล่าวไปแล้วในทฤษฎีทางจิตวิทยา มีงานวิจัยยืนยันว่า ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ได้เกือบเท่ากับคนอ่อนวัย แต่ต้องอาศัยเวลานานกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้คือ ความเครียดผลจากประสาทและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงทำให้เสียความจำ ส่วนแรงจูงใจพบว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นๆ ปัจจัยภายนอก คือ การเปลี่ยนแปลงทางเสรีภาพ ได้แก่ พันธุกรรม กับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมโครงสร้างสังคม

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสภาพร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Behavior)

พวงทอง ป่องภัย (2540: 18) ให้ความหมายว่า กิจกรรมทุกประเภทที่คนกระทำไม่ว่ากิจกรรมนั้นๆ จะสังเกตได้หรือไม่ อาจเป็นพฤติกรรมในด้านที่ถูกหรือผิด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้รับรวมทั้งความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจให้กระทำ

สุจิตรา พรมนุชาธิป (2540: 25) ให้ความหมายว่า การกระทำทุกอย่างของมนุษย์ไม่ว่าการกระทำนั้นผู้กระทำจะทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าผู้อื่นจะสังเกตการณ์กระทำนั้นหรือไม่ก็ตาม

สุชาติ โสมประยูร (2542: 19) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้อื่นสามารถสังเกตและวัดได้

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่นักวิชาการเหล่านั้นท่านได้ให้ความหมายไว้สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสามารถมีคุณภาพชีวิตในสังคมที่ดี ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม และแรงจูงใจในการกระทำสิ่งนั้นๆ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมานั้นถึงการกระทำของบุคคลเพื่อให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่แข็งแรงได้นั้น มักจะเป็นบุคคลที่รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองโดยการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีระบบ ระเบียบวินัย มีการควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพและการควบคุมโรค ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและป้องกันมิให้เกิดโรค การปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2535: 20) กล่าวคือ พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ถ้าสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในส่วนบุคคลและชุมชนได้

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะสุขภาพที่ผิดปกติที่จะรวมไปถึงการรับบริการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2535: 23) กล่าวคือ พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้

จากความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้จะเห็นว่ามีความหมายสอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังที่กล่าวมาข้างต้น คือ จัดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายเกิดภาวะสมบูรณ์แข็งแรงป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคได้

นอกจากการแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว สามารถแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็นลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ดังเช่น อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 15) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง อันได้แก่การมีพฤติกรรมกาคนที่ถูกสุขลักษณะ การมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

2. พฤติกรรมป้องกันโรค (Health Protective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคภัยต่างๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรักษาสุขภาพฟัน การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

นอกจากนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรค ยังมีความหมายรวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคขึ้นด้วย เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ การไปตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น พฤติกรรมการป้องกันโรคนี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายสำคัญ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ที่รับรู้ได้ บุคคลอื่นจะไม่สามารถรับรู้ได้ถ้าไม่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก ซึ่งบุคคลอื่นจะสามารถรับรู้พฤติกรรมภายในได้จากการคาดเดาเท่านั้น แต่ถ้าหากพฤติกรรมภายในที่ปรากฏออกมาก็จะทำให้บุคคลอื่นมีข้อมูลประกอบการสันนิษฐานถึงพฤติกรรมภายในได้ดียิ่งขึ้น พฤติกรรมภายในนั้นเป็นการทำงานของสมองในรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การคิด ค่านิยม การตัดสินใจ แรงบันดาลใจ

2. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ พฤติกรรมของบุคคลอื่นนอกเหนือจากเจ้าของพฤติกรรมที่สามารถที่จะรับรู้ได้ และบางพฤติกรรมเจ้าของพฤติกรรมเองยังไม่รู้ พฤติกรรมภายนอกนั้นบุคคลอื่นจะรู้ได้ต้องอาศัยการสังเกต (Observation) ไม่ว่าจะใช้ประสาทสัมผัสโดยตรงหรือใช้เครื่องมือ (Instrument) ช่วยในการสังเกตเพื่อให้ข้อมูล จึงจำแนกพฤติกรรมภายนอกออกเป็น 2 แบบย่อย คือ

2.1 พฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ โดยการสังเกตทั้งทางสายตาและการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 7 ด้านในการสังเกต คือ ตา (ดู) หู (ฟัง) จมูก (ดม) ลิ้น (ชิมรส) ผิวกาย (สัมผัสทางผิวหนัง) อวัยวะในช่องหูประสานกับตา (ทรงตัว) และกล้ามเนื้อเอ็น เนื้อเยื่อและข้อต่อ (รับรู้ความรู้สึกจากภายในร่างกาย)

2.2 พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นต้องใช้เครื่องมือ เพื่อช่วยในการสังเกตอันจะทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ

ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทำให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความปกติสุข โดยมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

Palank (1991: 22) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การมีกิจกรรมในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Pender & Stein (2006: 36) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

อำพล จินดาวัฒนะ สุรเกียรติ อชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล (2551: 11) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตน สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน เป็นต้น จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

Pender นักทฤษฎีทางการพยาบาล ได้พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence or Approach Oriented Model) และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 2006 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองดังนี้

(Pender et al., 2006; Pender, 1996 อ้างถึงใน สุรินธร กลัมพากร และคณะ, 2554: 44)

1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเองรวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้น บุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (Active Role) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Goal Directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีดังนี้ (Pender et al., 2006; Pender, 1996: 29)

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) แต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายาม และไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้นตามแนวคิดของ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สุรินธร กลัมพากร และคณะ, 2554: 66) ที่เชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะถูกสะสมไว้ในความทรงจำและต้องขจัดออกไป เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จพฤติกรรมต่างๆ ที่ได้กระทำก็มีอารมณ์เกิดร่วมด้วยจะเป็นอารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อนระหว่างหรือหลังการกระทำพฤติกรรมจะบันทึกไว้เป็นความจำ พฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ (Pender et al., 2006: 20) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียม

ประเพณี การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะ เช่น การรับรู้ว่าร่างกายแข็งแรง อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior Specific Cognition and Affect) ซึ่งปัจจัยด้านนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมโดยเพิ่มขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจและช่วยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกตื่นตัว และลดความรู้สึกอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนประโยชน์จากภายนอก ได้แก่ การได้รับรางวัลหรือการได้เข้ากลุ่มสังคมจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือมีอยู่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมและรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้นด้วย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self Efficacy) การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้สมรรถนะมากขึ้น

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงและการรับรู้อุปสรรคที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ

2.3.1 ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น

2.3.2 ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่นแล้วมาเปรียบเทียบกับตัวเอง

2.3.3 การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้สามารถนำความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ประโยชน์

2.3.4 สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ การผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจจากความสามารถของตน

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity Related Affect) บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งขณะก่อน ระหว่างหรือหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรมนั้นๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกอาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในภายหลัง การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมนี้จะส่งผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติในการปฏิบัติพฤติกรรมใด อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเชื่อ และเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพรวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคม กำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับ หรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทสามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรมความสวยงาม ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คนรวมกลุ่มในการออกกำลังกายกันมาก จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นการให้สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

3. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome)

3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) เจตจำนงในการปฏิบัติจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้นๆ นอกจากมีความต้องการและความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำวันเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลชื่นชอบเปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลาและสถานที่ที่กำหนดเอาไว้ โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และการหาวิธีที่จะกระทำและเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากกลวิธีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

3.2 ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เข้ามากระทบกันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อยเนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานต้องทำต้องดูแลครอบครัวอย่างกะทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลังอำนาจให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่

ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

ในการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น Pender et al. (2006: 18) ได้พัฒนาแบบวัดวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Life Style Profile II: HPLP - II) ซึ่งปรับปรุงมาจาก Walker et al. (1987) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (Walker et al., 1987; Pender et al., 2006 อ้างถึงใน นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2547: 66)

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อสร้างเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ

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

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิตมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

1.1 เพศ เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ (Pender et al., 2006: 18) เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ความคิดและความเชื่อ ซึ่งย่อมส่งผลให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งอาจเพิ่มตามอายุจนสูงสุด ในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (Orem, 1991 อ้างถึงใน นันทน์มนัส บุญโล่ง, 2552: 1)

1.3 สถานภาพสมรส เป็นบทบาททางสังคม คู่สมรสมีหน้าที่ต้องอุปการะ เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของคู่สมรสด้วยความเข้าใจ ความรัก การยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่สร้างความขัดแย้งต่อกัน มีการปรึกษาปัญหา และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ย่อมก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีความผูกพันในครอบครัวมีความสุขในชีวิตคู่และเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้จึงพบว่า บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าสถานภาพสมรส โสด หย่าร้าง และหม้าย

1.4 ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจของคนโดยทั่วไป (Maville & Huerta, 2008: 18) โดยระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพและการแสวงหาหนทางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

1.5 รายได้ มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตประจำวัน ในการบริโภค และการใช้จ่าย ในยามฉุกเฉิน บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสสร้างความมั่นคงในชีวิต ความมั่นคงทางสังคม และการหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

1.6 การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพแบ่งได้เป็น ภาวะสุขภาพสมบูรณ์ หมายถึง การไม่มีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ หมายถึง การมีโรคประจำตัว บุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ สามารถกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในเชิงป้องกันโรคได้ขณะเดียวกันบุคคลที่มีภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ ก็สามารถกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรกลุ่มต่างๆ

ส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม (Pender et al., 2006: 18)

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิด หรือเป็นสิ่งที่มียู่จริง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อการรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย ก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2006: 18)

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender et al., 2006: 18)

2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มหรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006: 18)

สภาวะร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลง

โรค NCDs หรือ Non Communicable Diseases เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย จึงอาจจัดว่าโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งต่างๆ สาเหตุหลักสำคัญของกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) คือ พฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหาร ที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง การรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นคนที่มีพฤติกรรมดำเนินชีวิตเช่นนี้จึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค NCDs

(Non-Communicable Diseases) ได้มากกว่าคนอื่นๆ แม้โรค NCDs (Non-Communicable Diseases) จะไม่ใช่โรคติดต่อ แต่จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยด้วยโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 300,000 คนต่อปี และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี การป้องกันโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) ทำได้ง่ายๆ คือ การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตกิจกรรมประจำวันต่างๆ รวมถึงการออกกำลังกายและทำให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอก็จะทำให้เราลดความเสี่ยงจากโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) ได้ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2556: ระบบออนไลน์)

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)

โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากไม่อาจนำแป้งและน้ำตาลที่บริโภคเข้าไปมาใช้ได้ เนื่องจาก ประการแรก ตับอ่อนไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ หรือได้ไม่เพียงพอ โดยอินซูลินนี้มีหน้าที่ช่วยส่งผ่านน้ำตาลที่อยู่ในรูปของกลูโคสในกระแสเลือดไปสู่ระบบเนื้อเยื่อต่างๆ เพื่อนำไปเผาผลาญและแปลงเป็นพลังงาน ประการที่สอง เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ (ไขมัน ตับ กล้ามเนื้อ) มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน

ด้วยความผิดปกติทั้งสองประการข้างต้น ส่งผลให้มีน้ำตาลตกค้างอยู่ในกระแสเลือดในปริมาณมากและหากไม่มีการดูแลรักษาอย่างถูกต้องก็จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ มากมาย โดยทั่วไปโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เบาหวานประเภทที่หนึ่งและเบาหวานประเภทที่สอง

เบาหวานประเภทที่หนึ่งนั้นพบค่อนข้างน้อยประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเบาหวาน เบาหวานประเภทนี้เกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เลย ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งการฉีดอินซูลินอย่างสม่ำเสมอ ไม่เช่นนั้นอาจก่อให้เกิดภาวะขาดอินซูลิน และระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนกระทั่งหมดสติ และเสียชีวิตแบบเฉียบพลันได้ โรคเบาหวานประเภทที่หนึ่งมักพบในเด็กและวัยรุ่นมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่ภาวะภูมิคุ้มกันทำลายเซลล์ที่สร้างอินซูลินในตับอ่อน นอกจากนี้ระดับน้ำตาลที่สูงเรื้อรังจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่อไป

โรคเบาหวานประเภทที่สองเป็นชนิดที่พบได้บ่อยคิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวาน ในคนไทยโดยเฉพาะในกลุ่มคนอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เบาหวานประเภทที่สองเกิดจากการที่ตับอ่อนของผู้ป่วยไม่สามารถสร้างอินซูลินให้เพียงพอ และร่างกายมีภาวะดื้ออินซูลินเบาหวานประเภทนี้มักไม่พบอาการอันตรายอย่างเฉียบพลันเหมือนแบบแรก แต่หากไม่มีการควบคุมให้ดีก็จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เป็นอันตรายอย่างเฉียบพลันได้เช่นกัน (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2553: ระบบออนไลน์)

2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือดแดง อันเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ (คล้ายแรงลมที่ดันผนังยางรถเวลาสูบลมเข้า) ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขนและมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ

1) ความดันช่วงบนหรือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวซึ่งอาจจะสูงตามอายุ ความดันช่วงบนในคนคนเดียวกันอาจมีค่าต่างกันเล็กน้อย ตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย

2) ความดันช่วงล่างหรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่าความดันโลหิตไว้ที่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถ้าวัดได้สูงกว่านี้ถือว่าเป็นค่าความดันโลหิตสูงโดยไม่ต้องคำนึงถึงอายุความเชื่อถือว่า ความดันโลหิตจะมีค่าสูงขึ้นตามอายุนั้นเป็นความจริง โดยเฉพาะค่าความดัน Systolic แต่ค่า Diastolic นั้นอาจลดลงได้เมื่อมีอายุมากขึ้น แต่ถึงแม้อายุจะเพิ่มมากขึ้นเพียงไร ค่าความดันโลหิตก็ควรจะต้องไม่สูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ทั้งสองค่านี้มีความสำคัญ ถ้าตัวหนึ่งตัวใดสูงจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาเพื่อควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดโรคอื่นซึ่งจะเกิดตามมาเนื่องจากความดันโลหิตสูงได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 2-3)

ตารางที่ 1 แสดงระดับความดันเลือด

ระดับความดันเลือด	ค่าความดันเลือด ขณะหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)	ค่าความดันเลือด ขณะหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)
ความดันเลือดปกติ (Normal)	น้อยกว่า 130	น้อยกว่า 85
ความดันเลือดปกติค่อนข้างสูง (High normal)	130-139	85-89
ความดันเลือดสูง		
ความดันเลือดสูงระดับก้ำกึ่ง (Mild hypertention)	140-159	90-99
ความดันเลือดสูงระดับปานกลาง (Moderate hypertention)	160-179	100-109
ความดันเลือดสูงระดับรุนแรง (Severe hypertention)	180-209	110-119
ความดันเลือดสูงระดับรุนแรงมาก (Very Severe hypertention)	210 หรือมากกว่า	120 หรือมากกว่า

ที่มา: อภิชาติ ไตรแสง (2549: 88)

ภาวะแทรกซ้อนหรือผลตามที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546: 2-3)

1. ผลแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ โรคหัวใจโต หัวใจวาย หรือหลอดเลือดในสมองแตก

2. ความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง ไต หัวใจ ทำให้เกิดโรคอัมพาต กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดแผลที่หัวใจ ไตวาย คนที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิดโรคอัมพาตได้บ่อยกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติได้ถึง 5 เท่า

โรคความดันโลหิตสูงถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ดีจะสามารถลดหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้

ข้อควรปฏิบัติเมื่อมีความดันโลหิตสูง

ควรพบแพทย์เป็นประจำตามกำหนดเพื่อตรวจโรคความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ รวมถึงปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

3. โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD/Coronary Heart Disease: CHD) เกิดจากการเกาะของคราบไขมัน (Plaque) ภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการสะสมของคอเลสเตอรอลและสารต่างๆ ภายในหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดตีบและอุดตันจนปิดกั้นการไหลเวียนของกระแสเลือด ผู้ป่วยจึงมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจติดขัดหรือรุนแรงถึงขั้นหัวใจวาย หากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้ร่างกายไม่สามารถส่งกระแสเลือดและออกซิเจนไปยังหัวใจได้ โดยเฉพาะในขณะที่หัวใจต้องทำงานหนัก เช่น ระหว่างออกกำลังกาย เป็นต้น โรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการดังนี้

2. เจ็บหน้าอก (Angina) ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นหน้าอกบริเวณกลางหรือด้านซ้ายของหน้าอก ลามไปจนถึงช่วงแขน คอ กราม ใบหน้าหรือช่องท้อง และอาจบรรเทาลงได้เมื่อนั่งพัก หรือหยุดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยสาเหตุมักเกิดจากการที่หัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย หรือความเครียด เป็นต้น

3. หายใจติดขัด ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจติดขัดหรือหอบเหนื่อยรุนแรง หากหัวใจไม่ได้รับเลือดที่เพียงพอในการส่งต่อไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย

4. หัวใจวาย หลอดเลือดอุดตันอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายและอาจถึงตายได้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ผู้ป่วยมักมีอาการแน่นหน้าอกและปวดบริเวณหัวไหล่หรือแขน ประกอบ

กับการหายใจติดขัดและเหงื่อออกก่อนเกิดภาวะหัวใจวาย หากผู้ป่วยมีภาวะความดันตกหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย อาจทำให้ผู้ป่วยหมดสติและเสียชีวิตได้

5. หัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดขึ้นได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเกิดขึ้นในขณะที่หัวใจอ่อนแรงจนไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจติดขัดจากภาวะน้ำท่วมปอด เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือหากมีอาการน้ำท่วมปอดรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุจากการรวมตัวกันของไขมันที่ผนังภายในหลอดเลือดหัวใจ โดยก่อนไขมันนี้เกิดจากคอเลสเตอรอลและของเสียอื่นๆ และมีชื่อว่า “อเธอโรมา” (Atheroma) การเกาะตัวกันของก้อนไขมันทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวหรือกระบวนการที่เรียกว่า อะเทอโรสเคลอโรซิส (Atherosclerosis) รวมถึงการขัดขวางทางเดินของเลือด ร่างกายจึงไม่สามารถส่งเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจได้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดกระบวนการเหล่านี้ ได้แก่

คอเลสเตอรอล ไขมันอิ่มตัวในอาหารที่มีความจำเป็นต่อเซลล์ในร่างกาย แต่คอเลสเตอรอลในกระแสเลือดที่มากเกินไปอาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ คอเลสเตอรอลแบ่งออกเป็นหลายประเภท แต่มี 2 ประเภทที่สำคัญ คือ

LDL (Low Density Lipoprotein) หรือ “ไขมันร้าย” ไขมันร้าย LDL คือ ตัวการปิดกั้นหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจ

HDL (High Density Lipoprotein) หรือ “ไขมันดี” ทำหน้าที่นำไขมันร้ายออกจากเซลล์ต่างๆ และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงส่งผลให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตตรวจวัดได้และมีค่าตรวจวัดดังต่อไปนี้

ความดันช่วงบน/ความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) คือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจสูบฉีดเลือด

ความดันช่วงล่าง/ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) คือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวและมีเลือดหล่อเลี้ยง

ในการตรวจวัดความดัน ความดันซิสโตลิกจะปรากฏเป็นจำนวนแรกและมีค่าสูงกว่าจำนวนที่ตามมาซึ่งคือ ค่าความดันไดแอสโตลิก ผู้มีโรคความดันสูงจะมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) หรือค่าความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ขึ้นไป

การสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจคือการสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจมากถึง 24% สารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่ส่งผลให้หัวใจ

เกิดความเครียด มีอัตราการเต้นที่เร็วขึ้นในขณะที่พัก ทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงให้เลือดจับตัวกันเป็นลิ่มหรือก้อนอีกด้วย

โรคเบาหวาน เป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากถึง 2 เท่า ผนังหลอดเลือดที่หนาขึ้นอาจมีผลต่อการปิดกั้นการไหลเวียนของโลหิต และการมีระดับน้ำตาลสูงหรือควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานจะเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเร็วขึ้นเช่นกัน

ภาวะหลอดเลือดอุดตัน (Thrombosis) คือ การที่เลือดจับตัวกันเป็นลิ่มหรือก้อนในเส้นเลือดใหญ่หรือหลอดเลือด มักเกิดขึ้นบริเวณเดิมซึ่งเป็นผลจากกระบวนการอะเทอโรสเคลอโรซิส (Atherosclerosis) หากภาวะนี้เกิดขึ้นในหลอดเลือดหัวใจจะทำให้หลอดเลือดตีบและขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจในการสำรองเลือดได้ จึงอาจส่งผลต่อภาวะหัวใจวาย

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการวินิจฉัยอาจขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและความต้องการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งอาจมีวิธีการต่อไปนี้

1. การตรวจเลือด แพทย์อาจใช้การตรวจเลือดเพื่อวัดระดับเอนไซม์ในหัวใจ (Cardiac Enzyme Test) ในการตรวจสอบความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ
2. การเอกซเรย์ทรวงอก ใช้ตรวจดูสาเหตุและอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นบริเวณหัวใจ ปอด และผนังทรวงอก
3. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography Scan: CT Scan) แพทย์จะฉีดสารทึบแสงเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยเพื่อสร้างภาพอวัยวะและวัดปริมาณแคลเซียมสะสมที่ผนังหลอดเลือดได้
4. การสร้างภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) ช่วยในการสร้างภาพหัวใจ โดยผู้ป่วยจะนอนหงายบนเครื่องสแกนที่มีลักษณะคล้ายอุโมงค์และติดตั้งแม่เหล็กโดยรอบ จากนั้นเครื่องสแกนจะสร้างภาพอวัยวะโดยคลื่นแม่เหล็ก
5. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG/Electrocardiogram: EKG) สามารถวัดระดับ อัตราและความคงที่ของการเต้นหัวใจ ทั้งยังแสดงถึงภาวะหัวใจวายที่เคยเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น โดยการติดแผ่นอิเล็กโทรด (Electrode Patch) บนแขน ขา และทรวงอกของผู้ป่วยเพื่อตรวจจับอัตราการเต้นของหัวใจ
6. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) ใช้คลื่นเสียงในการสร้างภาพของหัวใจ เพื่อแสดงความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจ โครงสร้างและการสูบฉีดเลือด ซึ่งคล้ายคลึงกับการอัลตราซาวด์ที่ใช้ในการตรวจครรภ์ แพทย์จะทาเจลหล่อลื่นบริเวณทรวงอกของผู้ป่วยและใช้เครื่องทรานสดิวเซอร์ (Transducer) ตรวจโดยรอบ

7. การสวนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiogram หรือ Angiography/Cardiac Catheterization) คือการตรวจดูภายในหลอดเลือดหัวใจ โดยการฉีดสีเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจ (Angiogram) ผ่านการสอดท่อยาวขนาดเล็ก (Catheter) บริเวณขาหนีบ แขน หรือคอไปยังหลอดเลือดหัวใจ การฉีดสีจะช่วยให้สร้างภาพของหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน รวมถึงบ่งบอกถึงความดันโลหิตภายในหัวใจและสมรรถภาพในการสูบฉีดเลือด กระบวนการสวนหลอดเลือดหัวใจมีความปลอดภัยและมักไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น เลือดออกเล็กน้อยหรือมีแผลฟกช้ำบริเวณที่สอดท่อเข้าสู่ร่างกาย แต่ในบางครั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งพบได้น้อยมากหรือไม่เกิน 1% เช่น ภาวะเส้นเลือดสมองหรือเส้นเลือดบริเวณอื่นๆ ของร่างกายอุดตันจากการหลุดลอยของคราบตะกรันไปอุดตันตามหลอดเลือดบริเวณต่างๆ

8. การตรวจสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test: EST) ตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจขณะเดินบนสายพานหรือปั่นจักรยาน เพื่อทราบถึงความแข็งแรงของหัวใจขณะสูบฉีดเลือด ทั้งยังสามารถบ่งบอกถึงสาเหตุการเจ็บหน้าอก ซึ่งมักเป็นผลจากโรคหลอดเลือดหัวใจ บางกรณีแพทย์อาจใช้การอัลตราซาวด์ก่อนหรือหลังการวิ่งบนสายพานหรือปั่นจักรยาน (Exercise Stress Echocardiogram) หรืออาจใช้ยาเพื่อกระตุ้นหัวใจระหว่างการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

9. เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง (Holter Monitoring) ในบางกรณีแพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยติดเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง เพื่อบันทึกความผิดปกติของจังหวะการเต้นหัวใจระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

10. การทดสอบโดยการฉีดสารกัมมันตรังสี (Radionuclide Tests) คือ การฉีดสารกัมมันตรังสีไอโซโทป (Radioactive Isotope) เข้าสู่กระแสเลือดเพื่อทราบถึงประสิทธิภาพการสูบฉีดเลือดและการไหลเวียนของเลือดไปยังผนังกล้ามเนื้อหัวใจ

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. โรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่มีวิธีจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 การรักษาด้วยตนเอง

1.2 งดสูบบุหรี่

1.3 ลดน้ำหนักส่วนเกิน

1.4 ควบคุมความเครียด

1.5 หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูปและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีไขมันต่ำหรือน้ำตาลน้อยเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

1.6 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับคำแนะนำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

การรักษาด้วยการใช้ยา

หากอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยอาจต้องรับการรักษาโดยการให้ยา ซึ่งมีหน้าที่ลดความดันโลหิตหรือขยายหลอดเลือดเพื่อให้การไหลเวียนและการสูบน้ำเลือดในหัวใจดีขึ้น ยาบางชนิดอาจส่งผลข้างเคียงจึงควรพบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำที่ถูกต้อง ทั้งนี้ ผู้ป่วยไม่ควรหยุดใช้ยาหากไม่ได้รับการยืนยันจากแพทย์ เนื่องจากอาจทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงได้ ยาที่ใช้มีตัวอย่างเช่น

1. กลุ่มยาคอเลสเตอรอล ช่วยลดปริมาณคอเลสเตอรอลในกระแสเลือด โดยเฉพาะในส่วน of ไขมันร้ายหรือ LDL ซึ่งมักจับตัวสะสมในหลอดเลือดหัวใจ
2. ยาต้านเกล็ดเลือด
3. ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ใช้รักษาความดันโลหิตสูงและป้องกันอาการเจ็บหน้าอก โดยการปิดกั้นฮอร์โมนในร่างกายซึ่งช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ฟันฟุการไหลเวียนของเลือด และลดความเสี่ยงของภาวะหัวใจวายเช่นกัน
4. ยาขยายหลอดเลือด มีทั้งในรูปแบบเม็ด สเปรย์ หรือแผ่นสำหรับติดบริเวณผิวหนัง ยาประเภทนี้ทำหน้าที่ลดความดันโลหิตและอาการปวดบริเวณหัวใจ แต่อาจทำให้ปวดหัวและมึนงงได้
5. ยาช่วยลดความดันโลหิตและยังช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
6. ยาปิดกั้นแคลเซียม ใช้ในการลดความดันโลหิตโดยการสร้างความผ่อนคลายให้กับกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด จึงทำให้หลอดเลือดกว้างขึ้น แต่อาจทำให้เกิดอาการปวดหัว
7. ยาขับปัสสาวะ ช่วยขับน้ำและเกลือส่วนเกินออกจากร่างกายผ่านปัสสาวะ

การรักษาด้วยการผ่าตัดและกระบวนการทางการแพทย์

ในกรณีที่หลอดเลือดหัวใจตีบและไม่สามารถรักษาได้ด้วยการใช้ยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่ออาการที่ดีขึ้น เช่น

1. การทำบอลลูนหัวใจ เป็นกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือใช้ในการรักษาอาการฉุกเฉิน ผู้ป่วยต้องได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนการรักษาด้วยการทำบอลลูนเพื่อประเมินความจำเป็นในการผ่าตัด การรักษาประเภทนี้มักเกิดขึ้นในผู้มีภาวะหัวใจวายฉุกเฉิน ซึ่งใช้การสอดท่อพร้อมบอลลูนเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นจึงทำการสูบลมให้บอลลูนพองตัวขึ้นเพื่อช่วยผลักไขมันที่อุดตันออกจากหลอดเลือดหัวใจ
2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการทำบายพาสหัวใจ การผ่าตัดชนิดนี้มักใช้กับภาวะหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน ซึ่งไม่สามารถรักษาได้ หรือการทำบอลลูนไม่สามารถช่วยรักษาได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนเพื่อทราบถึงความจำเป็นในการรักษา การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ใช้ปอดและหัวใจเทียม (Off-Pump Coronary Artery

Bypass: OPCAB) คือ วิธีการรักษาที่เป็นที่นิยม มีจุดประสงค์เพื่อให้หัวใจสูบฉีดเลือดเอง โดยไม่ต้องใช้ปอดหรือหัวใจเทียม ศัลยแพทย์จะต่อเส้นเลือดใหม่ข้ามผ่านจุดที่มีการอุดตันเดิม จึงทำให้กระแสเลือดไหลเวียนได้ตามปกติ กระบวนการนี้เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open-Heart Surgery) ส่วนใหญ่จึงใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีจำนวนหลอดเลือดอุดตันมากเท่านั้น

3. การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ใช้สำหรับกรณีที่รุนแรงและไม่สามารถรักษาได้ด้วยการใช้ยาหรือหัวใจไม่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยต้องเข้าพบแพทย์หลังการผ่าตัดเพื่อตรวจสอบการทำงานของหัวใจและผลข้างเคียง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไปนี้

1. เจ็บหน้าอก การอุดตันของหลอดเลือดทำให้เลือดไม่สูบฉีดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะขณะออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่หัวใจต้องทำงานหนัก จึงทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น

2. หัวใจวาย การสะสมของคราบไขมันและลิ่มเลือด คือ สาเหตุของหลอดเลือดอุดตันซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจึงไม่สามารถส่งเลือดไปยังหัวใจและส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ

3. หัวใจล้มเหลว หากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด หัวใจจะไม่สามารถสูบฉีดเลือดตามความต้องการของร่างกายได้ ส่งผลให้น้ำท่วมปอด หายใจติดขัด จนทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น

4. หัวใจเต้นผิดจังหวะ คนปกติมีอัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที แต่เมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย คลื่นไฟฟ้าของหัวใจจะทำงานผิดปกติ ซึ่งอาจมีอัตราการเต้นช้าลง (Bradycardia) เร็วขึ้น (Tachycardia) หรือสั่นพลิ้ว (Fibrillation) ได้ ความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตทันที เนื่องจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจคือระดับคอเลสเตอรอล การสูบบุหรี่ เบาหวาน และความดันโลหิต การมีสุขภาพที่ดีจะช่วยสร้างความแข็งแรงให้กับหัวใจ ซึ่งทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

2. การออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมักมีแนวโน้มที่จะประสบภาวะหัวใจวายได้มากถึง 2 เท่า การออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์เป็นเวลา 30-60 นาที ใน 4-5 วันต่อสัปดาห์ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยลดน้ำหนักส่วนเกินและควบคุมโรคเบาหวาน รวมถึงคอเลสเตอรอลและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อป้องกันโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรวางแผนในการรับประทานอาหาร ดังนี้

3.1 รับประทานอาหารประเภทไขมันต่ำและกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ถั่วและธัญพืชที่มีคอเลสเตอรอล ไขมันอิ่มตัว และโซเดียมในระดับต่ำ ซึ่งช่วยควบคุมน้ำหนัก ความดันโลหิตและคอเลสเตอรอลได้

3.2 รับประทานปลาที่มีกรดไขมันสูง เช่น ปลาซาดีน ปลาแซลมอน ปลาทูน่า หรือปลาทะเลน้ำลึก ซึ่งอุดมไปด้วยกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่เชื่อกันว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดไขมันอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าบุคคลทั่วไปควรรับประทานปลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 หน่วยบริโภค

3.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น อาหารแปรรูปประเภทไส้กรอกหรือลูกชิ้นเนย ชีส เค้กและอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำมันปาล์มหรือน้ำมันมะพร้าว

3.4 ลดและจำกัดปริมาณเกลือไม่เกิน 6 กรัมหรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน เพื่อลดอัตราการเกิดความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้การรับประทานน้ำมันปลาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่อาจช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างโอเมก้า 3 ซึ่งช่วยในการไหลเวียนเลือด ลดการอักเสบ ลดระดับไตรกลีเซอไรด์และความดันโลหิต อีกทั้งน้ำมันปลาบางยี่ห้ออาจมีการเพิ่มสารสำคัญเพื่อประโยชน์ ด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น แอสตาแซนธินที่มีประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระและป้องกันโรคในระบบหลอดเลือดหัวใจ หรือวิตามินอีที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ พร้อมทั้งจะช่วยให้ไขมันปลาในร่างกายอยู่ในปริมาณที่คงที่

อย่างไรก็ตาม ปริมาณและความเหมาะสมในการรับประทานน้ำมันปลาจะขึ้นอยู่กับช่วงวัยของแต่ละบุคคล จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนการรับประทาน โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคประจำตัว เพื่อความปลอดภัย

4. งดสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่คือปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สารนิโคตินในบุหรี่ขัดขวางการไหลเวียนของเลือดและกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักขึ้น นอกจากนี้ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ยังทำหน้าที่ลดปริมาณออกซิเจนในเลือดและทำลายผนังเลือดอีกด้วย

5. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

หากไม่สามารถงดเว้นได้ ควรควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้เหมาะสมหรือไม่เกิน 14 แก้วต่อสัปดาห์และไม่ควรดื่มอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะหัวใจวายได้

6. ควบคุมความเครียด ควรฝึกวิธีการควบคุมความเครียด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจ เป็นต้น

7. ตรวจสุขภาพ

ผู้ป่วยควรเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาสุขภาพหัวใจและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจเกิดขึ้น

8. ควบคุมความดันโลหิต

9. ควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับวิธีการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมกับอายุและอาการของตนเอง และควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมด้วยเพื่อการควบคุมที่ดียิ่งขึ้น

10. ควบคุมคอเลสเตอรอล แพทย์จะแนะนำวิธีการที่เหมาะสมในการลดคอเลสเตอรอล

11. ควบคุมโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานถือเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจึงควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดน้ำหนักส่วนเกิน และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับ 130/80 mmHg

12. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาอาการและระดับภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ และไม่ควรงดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เนื่องจากอาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยงและทำให้อาการต่างๆ แย่ลงได้

4. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ภาวะผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก

กลุ่มหนึ่ง ประมาณ 80-90% เป็นภาวะที่ไม่มีเลือดไปเลี้ยงสมองซึ่งอาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดอุดตันหรือภาวะหลอดเลือดตีบ

กลุ่มที่สอง ประมาณ 15-20% จะเป็นภาวะที่มีเลือดออกในสมองซึ่งโรคที่ทำให้เกิดก็มาจากการฉีกขาดของหลอดเลือดเล็กๆ หรือเรียกว่า หลอดเลือดฝอยฉีกขาด และอีกประมาณ 5% จะเป็นลักษณะของหลอดเลือดโป่งพองแล้วมันแตก อันนี้อัตราเสียชีวิตค่อนข้างสูง

สรุป คือ ภาวะหลอดเลือดผิดปกติจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่สมองขาดเลือดกับกลุ่มที่มีเลือดออกในสมอง

สาเหตุ

โรคหรือภาวะหลอดเลือดในสมองผิดปกติ เราพบได้ตั้งแต่อายุ 20, 30 และ 40 ปีขึ้นไปจนถึงวัยกลางคน ไปจนถึงผู้สูงอายุ สาเหตุรูปแบบของการผิดปกติ มันมีความแตกต่างกันหลายรูปแบบ

ในกลุ่มคนอายุน้อย อาจจะเป็นลักษณะของความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติของระดับพันธุกรรมที่ทำให้หลอดเลือดในสมองผิดปกติเกิดเป็นปานหรือเนื้องอก เกิดการมีรอยต่อกันของหลอดเลือดที่ผิดปกติ

ส่วนในวัยกลางคนก็มักจะเกิดจากการวิถีการดำเนินชีวิต เช่น สูบบุหรี่จัด ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย พักผ่อนน้อย ความเครียด เป็นต้น ส่วนใหญ่สาเหตุหลักจะมาจากการสูบบุหรี่ นอกนั้นก็จะเป็นเรื่องของสารเคมีที่ใช้หรือยาที่ใช้ยาบางอย่างก็ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น มีการอุดตันหรือมีการอักเสบของหลอดเลือดได้ หลอดเลือดแข็งกระด้าง เป็นต้น

ส่วนในผู้สูงอายุก็จะเป็นลักษณะของความเสื่อม คือ ผนังหลอดเลือดมันเสียความยืดหยุ่นไป หลอดเลือดแข็งกระด้าง หรือมีภาวะของโรค เช่น เบาหวาน ความดันสูง โรคที่มีความผิดปกติกับเลือด เช่น เม็ดเลือดขาวผิดปกติ เม็ดเลือดแดงผิดปกติ ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในวัยกลางคน และวัยผู้สูงอายุ

สัญญาณเตือน

อาการหลัก คือ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง หรือมีการพูดไม่ชัด แต่โอกาสที่มันจะเตือน ระยะเวลามันสั้นมาก บางคนไม่คิดว่านี่คือ การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพราะแท้จริงแล้ว อาการปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน มันเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เพราะฉะนั้น มันค่อนข้างยากที่จะบอกว่าเป็นอาการของหลอดเลือดสมอง แต่ก็ต้องบอกว่าเป็นอาการปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการนำของการเกิดภาวะของหลอดเลือดผิดปกติในสมอง

การรักษา

ทุกคนก็ทราบดีว่าเวลามันเกิดความเสียหายขึ้นในสมองแล้ว โอกาสที่เราจะกลับมาเหมือนเดิมเรียกว่ามันค่อนข้างยาก เพราะว่ามันขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น ขนาดของเลือดที่ออก หรือขนาดของตำแหน่งของสมองที่เสียหาย ขนาดของสมองที่ขาดเลือด ตำแหน่งที่มีการเสียหายของสมอง อันนี้จะเป็นตัวแปรที่จะทำให้เราบอกได้ว่าคนไข้จะกลับมาได้มากน้อยแค่ไหน

ส่วนอีกเรื่องหนึ่งคือ เมื่อสมองได้รับความเสียหายของระบบประสาทหรือสมองที่เกิดขึ้นแล้ว มันเกิดขึ้น ณ วินาทีนั้นเลย ที่มีการฉีกขาดหรือมีการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เพราะฉะนั้นโอกาสที่คนไข้จะกลับมาเหมือนเดิมเลยมักขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการรักษาเราก็ต้องจัดการในหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น ถัดมาก็คือ ปัญหาที่สมอง เราจะสามารถควบคุมการอักเสบของสมองไม่ว่าจะเกิดจากการที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองและเมื่อหลังจากที่ผู้ป่วยรอดชีวิตมาแล้ว ต้องทำการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาหรือพอที่จะขยับแขนขาหรือลดการกดทับของร่างกายให้ได้มากที่สุด

การป้องกัน

1. ต้องไม่สูบบุหรี่ สำหรับเรื่องแอลกอฮอล์ ถ้าหลีกเลี่ยงได้ก็ยิ่งดี
2. การควบคุมโรคพื้นฐานที่เราเรียกว่า โรคที่ไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ภาวะโภชนาการเกิน ถ้าเราสามารถควบคุมตรงนี้ได้ เราก็สามารถควบคุมโรคเหล่านี้ได้ ป้องกันภาวะผิดปกติของหลอดเลือดในสมองได้
3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาบางกลุ่มที่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองผิดปกติ เช่น ยาที่กระตุ้นให้กระปรี้กระเปร่าหรือยาที่ทำให้อวัยวะแข็งตัว แม้แต่ยาคุมกำเนิด วิตามินบางชนิดก็อาจจะทำให้เกิดภาวะผิดปกติของหลอดเลือดในสมองได้เหมือนกัน เพราะฉะนั้น ถ้าเราสามารถหลีกเลี่ยงหรือใช้ในปริมาณที่เหมาะสม เราก็จะสามารถลดโอกาสในการเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองได้

5. โรคมะเร็ง (Cancer)

มะเร็งเป็นโรคที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่เด็กแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ แต่โดยส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก และพบได้สูงในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป “มะเร็ง” หรือทางการแพทย์เรียกว่า “เนื้องอกที่เป็นเนื้อร้าย” เป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจริญของเซลล์ที่มีความผิดปกติ คือ เซลล์จะแบ่งตัวและเจริญอย่างควบคุมไม่ได้ ก่อเป็นเนื้อร้าย และรุกรานไปยังอวัยวะส่วนข้างเคียง หรือแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายที่อยู่ห่างไกล ผ่านระบบน้ำเหลืองหรือกระแสเลือด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง แบ่งออกเป็น 2 ประเภทที่สำคัญ คือ

1. เกิดจากสิ่งแวดล้อมหรือ ภายนอกในร่างกาย ซึ่งปัจจุบันนี้เชื่อกันว่ามะเร็ง ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ ได้แก่
 - 1.1 สารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหารและเครื่องดื่ม เช่น สารพิษจาก เชื้อราที่มีชื่อ “อัลฟาทอกซิน” (Aflatoxin) สารก่อมะเร็งที่เกิดจากการปิ้งย่าง พวก “ไฮโดรคาร์บอน” (Hydrocarbon) สารเคมีที่ใช้ในขบวนการถนอมอาหาร “ไนโตรซามีน” (Nitrosamine) สีสผสมอาหารที่มาจากสีข้อมผ้า
 - 1.2 รังสีเอ็กซ์เรย์ อุลตราไวโอเลตจากแสงแดด
 - 1.3 เชื้อไวรัส ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสนิวแมนแพบพิลโลมา
 - 1.4 การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ
 - 1.5 จากพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น
2. เกิดจากความผิดปกติภายในร่างกาย ซึ่งมีเป็นส่วนน้อย เช่น เด็กที่มีความพิการมาแต่กำเนิดมีโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น การมีภูมิคุ้มกันที่บกพร่องและภาวะทุพโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบางชนิด เช่น วิตามินเอและซี เป็นต้น จะเห็นว่า มะเร็งส่วนใหญ่

มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้น มะเร็งก็น่าจะเป็นโรคที่สามารถ ป้องกัน ได้เช่นเดียวกับโรคติดเชื้อ อื่นๆ (Hill & Tannock, 1987: 58) ถ้าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสารก่อมะเร็ง และสารช่วย หรือให้เกิด มะเร็งที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมแล้ว พยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารเหล่านั้น เช่น ดูปุหรี่หรือหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ เป็นต้น สำหรับสาเหตุภายในร่างกายนั้น การป้องกันคงไม่ได้ผลแต่ทำให้ทราบว่าตนเองจัดอยู่ในกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งสูง หรือมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นก็ควรไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งต่อไป กรณีที่เป็นมะเร็ง ได้ตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งจะมีการตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่สำคัญ มี 2 ข้อ ได้แก่

ข้อแรก คือ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย เช่น สารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหาร อากาศ เครื่องดื่ม ยารักษาโรค เป็นต้น รวมทั้งการได้รับรังสี เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และพยาธิ บางชนิด

ข้อที่สอง คือ ได้แก่ปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความบกพร่อง ของระบบภูมิคุ้มกันและภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง มีดังนี้

1. ผู้ที่สูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งของระบบหายใจ ได้แก่ ปอด และกล่องเสียง
2. ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับ ถ้าทั้งดื่มสุราและสูบบุหรี่จัด จะเสี่ยง ต่อการเป็นมะเร็งช่องปากและในลำคอด้วย
3. ผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบีหรือผู้ที่ชอบรับประทานอาหารที่มีสารพิษ ชื่อ “อัลฟาทอกซิล” ที่พบจากเชื้อราที่ปนเปื้อนในอาหารเช่น ถั่วลิสงปน เป็นต้น หากรับประทาน ประจำจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับ
4. ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำ จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ มะเร็งเยื่อบุหลอด และมะเร็งต่อมลูกหมาก
5. ผู้ที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ในตับและรับประทานอาหารที่ใส่ดินประสิวเป็นประจำจะเสี่ยงต่อ การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตับ
6. ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอันเกิดจากความผิดปกติจากพันธุกรรมหรือติดเชื้อไวรัสเอดส์ จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งของหลอดเลือด เป็นต้น
7. ผู้ที่รับประทานอาหารเค็มจัด อาหารที่มีส่วนผสมดินประสิวและส่วนไหม้เกรียม ของอาหารเป็นประจำจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระเพาะ อาหารและลำไส้ใหญ่
8. ผู้ที่มีประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว เช่น มะเร็งของจอตา มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิดที่เป็นติ่งเนื้อ เป็นต้น

9. ผู้ที่ตากแดดจัดเป็นประจำจะได้รับอันตรายจากแสงแดดที่มีปริมาณของแสงอุลตราไวโอเล็ตจำนวนมาก มีผลทำให้เป็นมะเร็งผิวหนังได้

6. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีทางเดินหายใจภายในปอดอุดกั้นอย่างช้าๆ การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอดอักเสบทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตันไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ โรคนี้ประกอบด้วย 2 โรค ดังนี้

6.1 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) เป็นโรคที่มีการไอมีเสมหะเรื้อรังโดยมีอาการเป็นๆ หายๆ อย่างน้อย 3 เดือน เป็นเวลาติดต่อกันประมาณ 2 ปี หรือมากกว่านั้น โดยไม่มีสาเหตุอื่น

6.2 โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพมีการทำลายผนังถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมจะมีการขยายตัวโป่งพองมีผลทำให้การถ่ายเทแลกเปลี่ยนอากาศผิดปกติไป โดยทั่วไปมักพบโรคสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกันซึ่งแยกจากกันได้ยาก

สาเหตุที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ ควันบุหรี่มีสารเคมีมากมาย เมื่อปอดสัมผัสกับควันบุหรี่เป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในปอดได้

สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ มลภาวะอากาศเป็นพิษ การขาด “เอนไซม์อัลฟาแอนตี้ทริปซิน” (Alpha Antitrypsin) เป็นต้น

อาการ

ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ หอบเหนื่อย และหายใจมีเสียงหวีด ระยะแรกอาจยังไม่ปรากฏอาการ แต่เมื่อปอดถูกทำลายมากขึ้น อาการดังกล่าวจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ดูลักษณะอาการต่างๆ ทางคลินิก
2. การตรวจภาพรังสีทรวงอก พบมีกระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก
3. การตรวจสมรรถภาพปอด โดยมีสมรรถภาพปอดลดลงกว่าปกติ
4. การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง มีประโยชน์เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงของโรค และวางแผนติดตามการรักษาโดยในระยะแรกค่ามักจะปกติ เมื่อโรครุนแรงมากขึ้นจะมีค่าก๊าซออกซิเจนในเลือดต่ำลงและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ คือภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว เนื่องจากการมีออกซิเจนลดลง เป็นเวลานานทำให้หลอดเลือดแดงในปอดเกิดการบีบรัดตัวและแรงดันสูงขึ้น ทำให้หัวใจซีกขวา ต้องทำงานหนักมากขึ้นเป็นเวลานานจนเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว

แนวคิดเกี่ยวกับทางสังคมและวัฒนธรรม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เป็นความจริงที่ว่าคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมต้องมีการติดต่อกับบุคคลอื่นเสมอบางคนอาจจะใกล้ชิดกันมากบางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อยการติดต่อกันทำให้รู้จักกันทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคนจนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคมขึ้น ซึ่งเครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้างเช่นกับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ตัวขยายวงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้านเพื่อนที่เรียนหนังสือด้วยกันเพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกชมรมหรือสมาคมต่างๆ เป็นต้น การได้ติดต่อกันและสื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารสร้างความสนิทสนมคุ้นเคย ทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือกันบางครั้ง บุคคลหนึ่งอาจจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นแต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยการสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม

จากการสังเคราะห์ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ผู้ให้การสนับสนุนได้ให้แก่ผู้รับแรงสนับสนุน ทั้งการติดต่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเอง (Cobb, 1976: 55) เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (Pilisuk, 1982: 17) รู้สึกที่ดีต่อกันเข้าใจและเชื่อว่ามีบุคคลความรักความห่วงใยความเอาใจใส่ สนใจความผูกพันซึ่งกันและกันให้การยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน (Kahn, 1979: 26) นับถือไว้วางใจยกย่องการให้สิ่งของ การเงิน กำลังแรงคน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยใช้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และสามารถประเมินตนเอง (House, 1981: 20) เห็นคุณค่าในสิ่งที่ปฏิบัติทำให้กำลังใจเพื่อเป็นเกราะกำบังภัย (WHO, 1986: Online) ที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุนจะได้รับโดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย (Hubbard, Mulenkamp & Brown, 1984: 241) จนกระทั่งทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนหรือแรงผลักดันนั้น (Caplan, 1976: 222) สามารถปฏิบัติไปในทางที่ดีเพื่อดูแลตนเอง

1. ประเภทหรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคมการแบ่งประเภทหรือชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายในที่นี้ จะกล่าวเพียงบางส่วนที่เกี่ยวข้องและสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษาเท่านั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือการแสดงถึงความห่วงใย (House, 1981: 20) ความผูกพันความอบอุ่นใจและความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Schaefer, 1981: 99) การให้ความรักการดูแลเอาใจใส่การยอมรับเห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Thoits, 1982: 19)

1.2 การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ (House, 1981: 20) ในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล (Schaefer, 1981: 99)

1.3 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) คือ เป็นการให้ความช่วยเหลือในสิ่งของเงินทองหรือบริการระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Schaefer, 1981: 78) การช่วยเหลือด้านแรงงานอุปกรณ์ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ (Thoits, 1982: 19) รวมถึงเวลาที่ได้รับแรงสนับสนุน (House, 1981: 20)

1.4 การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) คือการให้ข้อมูลป้อนกลับการเห็นพ้องหรือให้รับรองผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (House, 1981: 20)

2. แหล่งสนับสนุนทางสังคม Kaplan et al. (1977: 55) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุนคือได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่ายของแต่ละคน (Norbeck, 1982) และจากการศึกษาของ (Kaplan et al., 1977: 55) พบว่า คนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคมจะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวเองตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในทางตรงกันข้ามคนเราอยู่ในสังคมเมื่อประสบปัญหาหมักจะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง ฉะนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา (House, 1981: 20) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

2.1 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการหรือกลุ่มแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมนุญมิ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ

- 1) บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง คือ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ เครือญาติ คู่สมรส
- 2) บุคคลครอบครัวใกล้ชิด คือ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2.2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติย- ภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับ บทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็น ส่วนมาก

- 1) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริมป้องกันรักษา ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/ทีมสุขภาพ
- 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกัน เป็นหน่วยชมรมสมาคมซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ คือ สมาคมผู้สูงอายุ เป็นต้น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้

3. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ Gottlieb (1985: 45) ได้แบ่ง แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

3.1 ระดับกว้าง เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้ จากสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ และการดำเนินชีวิตในสังคม

3.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย เป็นการมองโครงสร้างและหน้าที่เครือข่ายทางสังคม ด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ คือ กลุ่มเพื่อนชนิด ของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3.3 ระดับแคบหรือลึก เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิท สนมกันมากที่สุด ทั้งนี้เชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมนี้ คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

พรทิพย์ มาลาธรรม (2553: 16) อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้าง ระดับกลาง ระดับลึก โดยที่ระดับกว้างเป็นการเข้าร่วมในสังคมพิจารณาจากความสัมพันธ์ กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ ระดับกลาง เป็นการเน้นถึงบุคคลที่มี ความสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ เช่น การให้ คำแนะนำการช่วยเหลือด้านสิ่งของของความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง และ

ระดับลึกเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดกันมากที่สุด โดยมีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ บุคคลในระดับนี้ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวตลอดจนคนรัก เป็นการให้การสนับสนุนทางจิตใจ การแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของแบนดูรา อธิบายว่าจริยธรรมคือ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจความผิดถูกของพฤติกรรม หลักการดังกล่าวเกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยที่การเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์ตรงของตนเองส่วนหนึ่งเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นเป็นการเรียนรู้ด้วยการสังเกต และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการฟังคำบอกเล่าและการอ่านสารบันทึกของผู้อื่น การเรียนรู้ประเภทหลังนี้ช่วยให้มนุษย์มีความรู้ว่าจะทำอะไรอย่างไรอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ผลการเรียนรู้อยู่ในรูปของความเชื่อว่าจะสัมพันธ์กับอะไร โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผลกรรมความเชื่อนี้ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ทั้งนี้เป็นเพราะความสามารถในการสังเกตในการคิดของมนุษย์ยังมีข้อบกพร่องอยู่มากและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผลกรรมที่เกิดขึ้นจริงก็มีความซับซ้อน

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมได้ถูกนำเสนอโดยอาศัยแนวความคิดทางจิตวิเคราะห์หลายอย่างเป็นแนวทางในการสร้างทฤษฎีที่สามารถทดสอบด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์แนวความคิดที่สำคัญอย่างหนึ่งของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในสมัยแรกๆ คือ การถอดแบบ ได้รับอิทธิพลแนวคิดดังกล่าวและพัฒนาเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมสมัยใหม่นักวิทยาศาสตร์ที่มีแนวคิดน่าสนใจ และมีผู้นิยมชมชอบในยุคสมัยใหม่ก็คือ แบนดูรา ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมสมัยใหม่ มีสาระสังเขปดังนี้

1. ด้านการเรียนรู้ มนุษย์เรียนรู้จาก ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์กับเหตุการณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผลจากพฤติกรรมสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากสิ่งเหล่านี้จะพัฒนากลายเป็นความเชื่อที่จะส่งผลควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์เอง ดังนั้นเมื่อมนุษย์เรียนรู้ว่าเหตุการณ์ใดจะเกิดตามเหตุการณ์ใดอย่างไรเมื่อมนุษย์ประสบกับเหตุการณ์จริงๆ พวกเขาจะคาดหวังเกี่ยวกับเหตุการณ์หนึ่งใด ทำให้เกิดอาการแสดงหรือพฤติกรรมล่วงหน้าได้ เช่น อาการดีใจ เสียใจ วิตกกังวล และอาการกลัวได้

2. วิธีการเรียนรู้ การเรียนรู้เกิดจากประสบการณ์ตรงของมนุษย์เอง เช่น การประสบกับเหตุการณ์ด้วยตนเอง มนุษย์สามารถสังเกตได้ การสังเกตวิธีประกอบพฤติกรรมของผู้อื่นและผลกรรมที่เกิดแก่ผู้อื่นจึงเป็นวิธีการเรียนรู้ของมนุษย์อย่างหนึ่ง การเรียนรู้จากการสังเกตเป็นวิธีการเรียนรู้ที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง การสังเกตทำให้มนุษย์สามารถเข้าใจและลึกซึ้งจากพฤติกรรมได้แตกต่างกัน การได้เจอกับประสบการณ์ที่แตกต่างกันทำให้มนุษย์เรียนรู้แตกต่างกันได้ นอกจากนี้

มนุษย์เรายังสามารถสื่อสารด้วยสัญลักษณ์ สัญลักษณ์ทำให้มนุษย์ ถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกันได้สะดวก กว้างขวางและรวดเร็วมากขึ้น

3. ความเชื่อ การเรียนรู้ทางสังคม ทำให้เกิดความเชื่อที่ว่าอะไรสัมพันธ์กับอะไร และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผลกรรมที่เกิดขึ้นมีความซับซ้อน ความเชื่อมีพลังอำนาจในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน เช่น การทำบุญด้วยการถวายเงินสร้างวัด หรือการทำทานด้วยการเสียสละทุนทรัพย์หรือบริจาคข้าวของเครื่องใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อน เป็นความเชื่อทางศาสนาที่จะช่วยให้มีความสุขในภพหลังความตาย

4. การควบคุมพฤติกรรมด้วยการวิเคราะห์ มนุษย์มีความพร้อมที่พัฒนา มีความตั้งใจ และเห็นความสำคัญของการคิดวิเคราะห์ตนเอง เพื่อทำความรู้จักตนเองด้วยการพิจารณาเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและสามารถใช้สัญลักษณ์แทนสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ มนุษย์จึงสามารถนำสัญลักษณ์เหล่านี้มาไตร่ตรองวิเคราะห์ทำให้พวกเขาสามารถที่จะเห็นวิธีการที่จะทำให้เกิดผลกรรมตามที่ตนเองต้องการ

5. จริยธรรม การตัดสินใจทางจริยธรรมเป็นกระบวนการตัดสินใจความถูกต้องของการกระทำตามกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่แต่ละคนคิดว่าเกี่ยวข้องกับตัดสินใจนี้มีจำนวนมาก เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์มีแตกต่างกันอย่างมากมาย การที่จะตัดสินใจความถูกต้องของพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ต่างๆ จึงใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกัน เช่น เด็กในแต่ละวัยจะมีแนวความคิดและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน การใช้เกณฑ์พิจารณาความผิดชอบชั่วดีต้องแตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตามประสบการณ์ในชีวิตจากการเลี้ยงดูและการเจริญเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม เป็นปัจจัยสำคัญให้บุคคลพร้อมที่จะพัฒนาตนเองให้มีจริยธรรมสูงกว่า

6. การบังคับตนเอง การเรียนรู้กฎเกณฑ์ทางสังคมช่วยให้มนุษย์สามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองปฏิบัติต่อกับตนเองทั้งทางบวกและทางลบ รวมทั้งประเมินพฤติกรรมคนอื่นได้ ยกตัวอย่าง เช่น เกิดความรู้สึกเป็นป्ली้มที่ตนเองได้บริจาคสิ่งของช่วยเหลือผู้อื่น มีความภูมิใจในตนเองจนให้รางวัลแก่ตนเอง เป็นต้น สำหรับปฏิบัติทางด้านลบ ได้แก่ ความเสียใจที่พูดไม่ตรงกับตามารดา ความละอายใจจากการลอกข้อสอบเพื่อน การประณามตนเอง ฯลฯ สิ่งนี้เองเป็นผลกรรมที่มนุษย์บันดาลให้กับตนเองและใช้บังคับตนเองเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่ทางบวกและสิ่งที่จะทำพฤติกรรมด้านลบ

จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูราที่กำลังกล่าวมาทั้ง 6 ด้านนั้น ผู้เขียนเห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเป็นการนำเอาสิ่งที่อยู่กับสังคมมาเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมซึ่งในที่นี้ก็คือสังคมนั่นเอง ทำให้เกิดการพัฒนาเรียนรู้โดยเฉพาะทางด้านจริยธรรม อันจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมภายในสังคมนั้นๆ ต่อไป

เครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายสังคม (Social Network) แนวคิดเครือข่ายทางสังคมเป็นหนึ่งในกระบวนการทัศน์ของศาสตร์ยุคใหม่ ซึ่งมีความแตกต่างจากกระบวนการทัศน์ของศาสตร์สาขา ฟิสิกส์ ชีววิทยา มานุษยวิทยา สังคมวิทยา และจิตวิทยา แนวคิดเครือข่ายถูกกล่าวถึงมานานแล้ว ในประเทศไทยได้มีการดำเนินงานลักษณะเครือข่ายกันอยู่บ้างทั้งโดยการเริ่มต้นจากความพยายามจัดตั้งเครือข่ายแล้ว ลงมือดำเนินงาน โดยอาศัยตัวบุคคลในโครงสร้างเครือข่ายที่ออกแบบไว้เป็นกลไกดำเนินการ ซึ่งมักพบว่ามีโอกาสล้มเหลวมากกว่าสำเร็จ เนื่องจากส่วนมากเครือข่ายแบบจัดตั้งจะละเลยคุณลักษณะสำคัญที่มีความละเอียดอ่อนของแบบแผนของโครงสร้างเครือข่าย และองค์ประกอบเครือข่าย ทั้งในส่วนที่เป็นตัวปัจเจกบุคคลตำแหน่งของบุคคลต่างๆ ในเครือข่ายระบบการติดต่อสื่อสาร ตลอดจนสาระที่ต้องการสื่อสาร ทำให้ไม่เกิดกระบวนการเครือข่ายอย่างแท้จริง ในขณะที่นักวิชาการบางส่วนศึกษาเครือข่ายโดยเริ่มต้นจากปรากฏการณ์จริงในพื้นที่และวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้เห็นแบบแผน และกระบวนการทำงานของเครือข่ายเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์ทำให้เห็นถึงของความสัมพันธ์ ระหว่างปัจเจกบุคคล และองค์กรที่ทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในรูปของเครือข่ายมากขึ้น สำหรับนักทฤษฎีเครือข่ายต่างประเทศจะให้ความสนใจต่อความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่มองค์กรว่าเป็นการกระทำในลักษณะของความสัมพันธ์ระดับบุคคลขึ้นไป โครงสร้างที่เป็นรูปธรรมฐานของการเชื่อมโยงของโครงสร้างทางสังคมอยู่ที่ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีคุณค่าทั้งทรัพย์สิน อำนาจและข้อมูลที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีอยู่ในตัวปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กรต่างๆ ในสังคมการแลกเปลี่ยนแบ่งปันทรัพยากรจึงเกิดขึ้นผ่านกระบวนการเครือข่าย

เครือข่ายสังคม หมายถึง โครงสร้างทางสังคมที่สร้างขึ้นจากกลุ่มของผู้กระทำและความสัมพันธ์ทวิภาค ระหว่างผู้กระทำเหล่านี้ทัศนคติเครือข่ายสังคมช่วยให้สามารถวิเคราะห์โครงสร้างของหน่วยสังคมทั้งหมดได้อย่างกระจ่างแจ้ง การศึกษาโครงสร้างเหล่านี้ใช้การวิเคราะห์เครือข่ายสังคม เพื่อระบุแบบอย่างท้องถิ่นหรือทั่วโลก ค้นหาหน่วยสังคมที่มีอิทธิพลและตรวจวัดพลวัตของเครือข่าย

แนวคิดและทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม แนวคิดและทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมที่จำเป็นและใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาและการดำเนินงานเครือข่ายในอนาคต จากการศึกษางานที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคม พบว่า มีกลุ่มงานวิจัยที่สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Kilduff & Tsai, 2003: 89)

1. กลุ่มงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีนำเข้า (Import Theories) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่หยิบยืมมาจากศาสตร์สาขาอื่น เช่น คณิตศาสตร์และจิตวิทยาสังคม ทฤษฎีที่นำมาจากคณิตศาสตร์คือ ทฤษฎีกราฟ (Graph Theory) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการวิจัยในด้านนี้อย่างต่อเนื่อง ส่วนทฤษฎีที่นำมาจากศาสตร์สาขาจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ทฤษฎีสมดุล (Balance Theory) และทฤษฎีการเปรียบเทียบทางสังคม

(Social Comparison Theory) ทฤษฎีเหล่านี้ต่างมีคุณประการต่อกระบวนการศึกษาเครือข่ายทางสังคมในองค์กรต่างๆ

2. กลุ่มงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีเติบโตจากภายใน (Home-Grown Theories) ได้แก่

2.1 ทฤษฎี Heterophily Theory ซึ่งกล่าวถึงแนวคิดด้านจุดแข็งของการเกาะเกี่ยวกันอย่างหลวมๆ (The Strength of Weak Ties) และหลุมของโครงสร้าง (Structure-Hole)

2.2 ทฤษฎีบทบาทเชิงโครงสร้าง (Structural Role Theory) ซึ่งกล่าวถึงแนวคิดด้านความเท่าเทียมกัน ทางโครงสร้าง ความเหนียวแน่นในโครงสร้าง และความเท่าเทียมกันในบทบาท ซึ่งจะสามารถทำนายว่าผู้แสดง (Actors) ในเครือข่ายมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของคนอื่นอย่างไร

3. กลุ่มงานวิจัยที่ส่งออก (Exportation) แนวคิดเรื่องเครือข่ายให้แก่กลุ่มทฤษฎีองค์กร โดยใช้ทฤษฎีองค์กร (Organization Theories) ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์กรภายในมุมมองของเครือข่ายทางสังคมและมีการศึกษาค้นคว้าก้าวไกลออกไป เพื่อให้เห็นศักยภาพของความสัมพันธ์อย่างสำคัญระหว่างทฤษฎีองค์กรและแนวคิดด้านเครือข่ายทางสังคม ซึ่งในภาคธุรกิจได้นำมาใช้เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรในเครือข่ายและการสร้างอำนาจการต่อรองให้แก่องค์กรของตน เพื่อสามารถดำเนินธุรกิจอยู่ให้ได้ท่ามกลางการแข่งขันที่สูงมากในปัจจุบัน งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีต่างๆ ดังกล่าว พยายามที่จะอธิบายว่าพื้นฐานทางทฤษฎีต่างๆ เหล่านั้น สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระหว่างองค์กรว่ามีลักษณะอย่างไร เช่น ในขณะที่ทฤษฎี Import Theories จะกล่าวถึงความสัมพันธ์/ปฏิสัมพันธ์ในระดับ Micro Level ของปัจเจกบุคคลเป็นหลักนั้น ทฤษฎีที่เติบโตขึ้นจากภายใน (Home-Grown Theories) กลับมุ่งเน้นเอื้อต่องานวิจัยทั้งระดับ Micro และระดับ Macro

แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance)

กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ (2538: 23) กล่าวถึง การพึ่งตนเองขององค์กรชุมชนควรมีการจัดระบบที่เอื้ออำนวยเพื่อให้สมาชิกสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Self-Fulfillment) ด้วยวิธีการช่วยเหลือตนเอง ด้วยการร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันการพึ่งตนเองที่แท้จริงหมายถึง การมีอิสระของกลุ่มชนในการตั้งเป้าหมาย และมีอิสระในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้ความพยายามและกำลังของตนเอง ส่วนการดำเนินงานของกลุ่มหรือองค์กรชุมชน หมายถึง กลุ่มควรมีความเป็นอิสระสามารถตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมด้วยตัวของกลุ่มเอง เพื่อผลประโยชน์ของสมาชิกหรือให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ กล่าวคือ องค์กรชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องมีกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการหรือแก้ไขปัญหาที่สมาชิกกำลังประสบผลสำเร็จในที่สุดหรือพึ่งตนเองได้ในที่สุด

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2543: 66) ได้ให้ความหมายการพึ่งตนเอง (Self-Reliance) หมายถึง ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระมั่นคง สมบูรณ์ การพึ่งตนเองได้ มีได้ทั้งระดับปัจเจกชน และชุมชน คำว่า “ปัจเจกชนพึ่งตนเอง” หมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงอยู่ได้อย่างอิสระ เช่น สามารถแยกตัวออกมาต่างหากจากพ่อแม่ มีความมั่นคงในชีวิต ตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ได้ หรือสามารถขอคำแนะนำของผู้อื่นมาประกอบการตัดสินใจของตน

แนวคิดการพึ่งตนเองของชุมชนชนบท 5 ด้าน คือ

1. การพึ่งตนเองได้ทางเทคโนโลยี (Technological Self-Reliance) หมายถึง การมีปริมาณและคุณภาพของเทคโนโลยีทางวัตถุ เช่น เครื่องมือ เครื่องจักรกล และเทคโนโลยีทางสังคม เช่น การวางโครงการการจัดการ มนุษยสัมพันธ์ เป็นการรู้จักใช้อย่างมีประสิทธิภาพการบำรุงรักษาให้คงสภาพดีอยู่เสมอ เพื่อใช้งานเทคโนโลยีซึ่งหมายรวมถึงของสมัยใหม่และของดั้งเดิมของท้องถิ่น ที่เรียกว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” (Folk Wisdom) ด้วย

2. การพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ (Economic Self-Reliance) หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจที่มีความมั่นคงสมบูรณ์พูนสุขพอสมควรและให้เกิดความสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน จุดสมดุลอยู่สูงพอสมควรถึงขั้นสมบูรณ์พูนสุขดังกล่าว

3. การพึ่งตนเองได้ทางทรัพยากรธรรมชาติ (Natural Resource Self-Reliance) ซึ่งหมายถึง สิ่งใดๆ ที่มีอยู่โดยธรรมชาติในชุมชนหรือสามารถหามาได้จากธรรมชาติ มีความสามารถในการใช้ประโยชน์ และรักษาธรรมชาติให้ดำรงอยู่ ไม่ให้เสื่อมสลายไป

4. การพึ่งตนเองได้ทางจิตใจ (Psychological Self-Reliance) หมายถึง การที่สภาพจิตใจที่กล้าแข็งพร้อมที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคในการหาเลี้ยงชีพ การพัฒนาชีวิตให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น ในการปกครองตนเอง ในการป้องกันกิลเลศตัมหา ไม่ให้โลก โกรธ หลง หรืออยากได้ อยากมี จนเกินความสามารถของตนเอง

5. การพึ่งตนเองได้ทางสังคม (Social Self-Reliance) หมายถึง สภาพการณ์ที่กลุ่มคนกลุ่มหนึ่งมีความเป็นปึกแผ่นเหนียวแน่น มีผู้นำที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำกลุ่มคนเหล่านี้ปฏิบัติหน้าที่ หรืออาจขอความช่วยเหลือจากภายนอกได้ เป็นกลุ่มที่มีความรู้ความสามารถระดับหนึ่งติดต่อสัมพันธ์กันด้วยดีสม่ำเสมอ

เสรี พงศ์พิศ และคณะ (2536: 41) ได้สรุปเรื่องภูมิปัญญา หรือภูมิปัญญาชาวบ้านหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) หมายถึง พื้นฐานของความรู้ของชาวบ้าน ที่เรียนรู้และมีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมหรือความรู้ที่สะสมสืบต่อกันมานำมาใช้แก้ปัญหา เป็นสติปัญญา เป็นองค์ความรู้ของชาวบ้าน

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ (2545: 48) กล่าวถึง การพัฒนาแบบพึ่งพาตนเอง เป็นแนวคิดเชิงสัมพันธ์และเกี่ยวข้องทั้งด้านการเมือง สังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ โดยพิจารณาจากมิติต่างๆ ทั้งด้านคุณภาพ การสร้างสรรค์ ด้านการปลดปล่อยสังคม ด้านความเป็นไทยและประชาธิปไตย ด้านการรื้อฟื้น เชิดชู พัฒนาคุณค่า ศักดิ์ศรี จิตสำนึกต่อสังคมและจริยธรรมของมนุษย์ อีกทั้งด้านความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ และด้านอุดมการณ์

นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2541: 20) กล่าวว่า การพึ่งตนเองจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการผลิตแบบพอมีพอกิน ไม่พึ่งพาเทคโนโลยี ไม่ปลูกพืชเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว แต่มุ่งทำการเพาะปลูกเพื่อให้ได้อาหารและปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีพ ส่วนที่เหลือจากการบริโภคจึงจะนำไปขาย ซึ่งการกลับไปสู่การผลิตเพื่อพึ่งตนเองนั้น ต้องทำควบคู่ไปกับการศึกษาที่มุ่งเน้นการถ่ายทอดความรู้ และอุดมการณ์ อันเหมาะสมแก่วิถีชีวิตแบบพึ่งตนเอง รวมทั้งการเรียนรู้ศักยภาพชุมชนของตนเอง เพื่อที่จะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากระบบเศรษฐกิจสมัยใหม่ได้

แนวคิดการพึ่งตนเองในประเทศไทยแนวคิดการพึ่งตนเองในประเทศไทย เริ่มเป็นที่แพร่หลายในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 โดยเฉพาะช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาดังกล่าว ซึ่งมีสาระสำคัญที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาชนบทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด ซึ่งช่วงแรกเป็นการมองแนวคิดการพึ่งตนเองในแง่ที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนามากกว่าจะเป็นวิธีการหรือยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

ภูมิธรรม เวชยชัย (2534: 23) ได้กล่าวถึง แนวคิดการพึ่งตนเองที่ปรากฏขึ้นในสังคมไทย 3 แนวทางใหญ่ๆ คือ

1. แนวความคิดเกี่ยวกับการพึ่งตนเอง ที่ถูกนำเสนอขึ้นจากภาครัฐบาล ภายใต้วิกฤตการณ์และความกดดันของระบบทุนนิยมโลก ได้เสนอว่าทางออกของชาวชนบทไทย คือ การที่จะต้องพึ่งตนเองซึ่งเป็นการเสนอยุทธศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนในประเทศเข้ามารับการแก้ไขปัญหของตนเองให้มากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนกลุ่มที่มีพลังหรืออำนาจต่อรองน้อย ก็ยิ่งจะถูกผลกระทบให้รับภาระให้รับผิดชอบตนเองมากที่สุด ยุทธศาสตร์การพึ่งตนเองแบบนี้ จึงถือเป็นการลดภาระและแรงกดดันที่รัฐบาลพึงได้รับจากภาวะความกดดันและวิกฤตการณ์ของระบบทุนนิยมโลก

2. แนวคิดการพึ่งตนเองของชุมชน ซึ่งถูกเสนอโดยนักพัฒนาชนบทจำนวนหนึ่งซึ่งมองเห็นว่าการพึ่งตนเองเป็นเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และการให้ความสำคัญต่อสถาบัน ชุมชน กล่าวคือเชื่อว่าสถาบันชุมชนมีรากฐานการพึ่งตนเองมาโดยตลอด แม้ว่าจะระงับหลังอ่อนแอลงเพราะถูกรอบงำจากระบบและอิทธิพลจากภายนอกชุมชนก็ตาม แต่ไม่ได้ทำลายสำนึกแห่งการพึ่งตนเองที่มีอยู่ในชุมชน

3. แนวคิดการพึ่งตนเองที่เสนอขึ้นมาโดยให้ความสำคัญต่อการสร้างอำนาจต่อรองของประชาชนให้มากที่สุด เพื่อจะได้สามารถลดภาระการพึ่งพาให้เหลือน้อยลงที่สุด แนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความสัมพันธ์ในสังคมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ทั้งในขอบเขตของจุลภาคและมหภาค

ระดับการพึ่งพาตนเอง ในการกล่าวถึง แนวคิดการพึ่งพาตนเองหรือโมทัศน์การพึ่งพาตนเอง เพื่อให้เกิดความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ตรงกันมากขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องระบุถึงระดับของการพึ่งตนเองด้วย เพราะการพึ่งตนเองเป็นมโนทัศน์ที่มีตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของการนิยามการพึ่งตนเองเป็นอย่างมาก ดังนั้น เพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจถึงระดับของการพึ่งตนเองโดยรวมทั้งหมด ซึ่งนักวิชาการ นักพัฒนามักจะกล่าวถึงและเน้นเฉพาะระดับใดระดับหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยและนำไปประยุกต์ใช้กับงานพัฒนา การพึ่งพาตนเองได้มีการกำหนดขึ้นไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการพึ่งพาตนเองได้ ในที่สุด สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 โดยมีแผนพัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ที่น่าไปสู่การสร้างสังคมสูงวัยที่มีสุขภาวะและเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเอง และการจัดการตนเองเพื่อสร้างสังคมคุณภาพ เป็นต้น

การพึ่งตนเองในระดับปัจเจกบุคคล

กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ (2538: 15) ได้ให้ความหมายของการพึ่งตนเองไว้ได้ 2 ส่วน คือ

1. การให้ความหมายในเชิงปัจเจกบุคคล การพึ่งตนเอง หมายถึง กิจกรรมทั้งหลายที่กระทำโดยปัจเจก และครัวเรือน เพื่อบรรลุมีหลักประกันของการดำรงชีพ
2. การให้ความหมายในลักษณะกลุ่มการพึ่งตนเอง หมายถึง สังคมกลุ่ม มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเองด้วยวิธีการช่วยเหลือตนเอง ด้วยการร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน

Galtung (1991: 42) ได้กล่าวไว้ว่า การพึ่งตนเอง หมายถึง ความอิสระที่จะกำหนดเป้าหมายและตระหนักว่าเป้าหมายนั้นจะเป็นไปได้ด้วยความพยายามของตนเอง โดยใช้พลังและปัจจัยทางเศรษฐกิจของตนเอง ความเป็นเอกราชและการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยที่ความเป็นเอกราชหมายถึง ความเป็นอิสระ ซึ่งต้องประกอบไปด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง ความเพียงพอทางเศรษฐกิจในระดับสูง และความไม่เกรงกลัว ส่วนความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน หมายถึง ความเสมอภาค ซึ่งมีลักษณะของความร่วมมือที่ไม่ก่อให้เกิดแบบแผนใหม่ของการพึ่งพาตนเองไม่ได้มีความหมายเป็นการแยกตัว

เป็นอิสระ ซึ่งเป็นแบบโดดเดี่ยวแยกตนเองจากผู้อื่นหรือการปิดสังคมปิดประเทศไม่สัมพันธ์กับโลกภายนอก

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

ความหมายของการเห็นคุณค่าของตนเอง โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึง การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) มักสะท้อนถึงการประเมินตนเองของบุคคลในแง่ของคุณค่า (Worth) เป็นการที่บุคคลตัดสินตนเองภายใต้เจตคติ (Attitude) ที่มีต่อตัวตน (Self) การเห็นคุณค่าในตนเอง รวบรวมแนวคิด ความเชื่อ (Beliefs) เกี่ยวกับ ตัวตนของบุคคล (Oneself) เช่น ฉันเป็นคนมีความสามารถ ฉันมีคุณค่า เป็นต้น และสภาวะทางอารมณ์ (Emotional State) เช่น ยินดีในชัยชนะความรู้สึกพ่ายแพ้ ความภาคภูมิใจ และความรู้สึกละอายใจ เป็นต้น (Hewitt, 2009: 42) สอดคล้องกับ Smith & Mackie (2007: 48) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นอัตมโนทัศน์แห่งตน (The Self-Concept) คือ การที่มนุษย์คิดเกี่ยวกับตัวตนของตนเองในแง่มุมต่างๆ การประเมินตนเองในทางบวกและทางลบ รวมทั้งการรับรู้ความรู้สึก (Feel) ที่มีต่อตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของจิตใจ เป็นความรู้สึกและความคิดที่มีต่อตนเองเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเอง และการแสดงออกของตนเอง (สุธณี ลิกขไชย, 2555: 77) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีผู้ศึกษาไว้ หลายด้าน จึงเป็นการยากที่จะหาคำจำกัดความที่จะครอบคลุมความหมายทั้งหมด มีคำที่ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น ความมั่นใจในตนเอง (Self-Confidence) การรับรู้คุณค่าของตนเอง (Self-Worth) การเคารพนับถือตนเอง (Self-Respect) ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง การหยิ่งในศักดิ์ศรีของตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้เลือกใช้คำว่า “การเห็นคุณค่าในตนเอง” นิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองมีความหลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและประมวลนิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองตาม แนวคิดของนักวิชาการและนักจิตวิทยาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

Coopersmith (1984: 22) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้และ ประเมินตนเอง แล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมไปถึงการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง สามารถรับรู้ได้จากคำพูดและพฤติกรรมการแสดงออกนั้นของบุคคล

Rosenberg (1965: 14) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า หมายถึง การเคารพตนเอง มองเห็นตนเองเป็นคนมีค่าโดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นว่าดีกว่าหรือ

เลวกว่า และไม่คิดว่าตนเองต้องเป็นคนดีเลิศ แต่ควรตระหนักในข้อจำกัดของตนและสามารถคาดหวังได้ว่าจะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ประภาส ณ พิกุล (2551: 45) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดีในเรื่องต่างๆ เช่น การประสบความสำเร็จ การประสบความล้มเหลว การปฏิเสธตนเอง การพึ่งตนเอง คิดว่าตนเองมีค่าในสังคม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นและสังคม

วิภาวี วงศ์อนันต์นนท์ (2552: 12) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ มีความหมาย ยอมรับตนเอง ภูมิใจในตนเอง และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2553: 91) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเมื่อบุคคลมองตนเอง ตัดสินว่าตนเองเป็นอย่างไร พอใจตนเองแค่ไหน มีความตระหนักถึงคุณค่าของตนและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน

แนวคิดและทฤษฎีของการเห็นคุณค่าของตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง (Coopersmith, 1984: 147) การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของมโนภาพแห่งตน เป็นปริมาณคุณค่าที่เราให้กับตนเอง ซึ่งได้จากการเรียนรู้จากผู้อื่นและกลายเป็นส่วนสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลอื่นยอมรับเราอย่างไร หรือความคิดที่เรามองเห็นจากการที่ผู้อื่นเห็นคุณค่าในตัวเราอีกทั้ง (Lindgren & Harvey, 1981: 18) กล่าวว่า “มโนภาพแห่งตน” (Self-Concept) มีลักษณะเป็นหน่วยรวมของความคิดที่มีระบบประกอบด้วย การรับรู้คุณลักษณะของสิ่งที่ตนเป็น “ตัวตน” และการรับรู้ความสัมพันธ์ที่ “ตัวตน” มีกับผู้อื่นและสิ่งอื่น รวมทั้งค่านิยมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้เหล่านี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งในขณะรู้ตัวและไม่รู้ตัว การรับรู้ตนเองจะเป็นในแง่ของความสามารถ คุณค่า ค่านิยม ข้อจำกัด ฯลฯ จึงเป็นรายละเอียดของเนื้อหาที่บุคคลใช้เพื่อชี้บอกธรรมชาติของตนเอง และใช้ในการเปรียบเทียบกับผู้อื่นโดยอาศัยประสบการณ์ของการปะทะสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลรอบข้างว่า ตนเองสามารถทำอะไรได้บ้าง มโนภาพแห่งตนจึงเป็นเรื่องของความคิดต่างๆ เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง ซึ่งอาจไม่ตรงกับที่เป็นจริง แต่เป็นเสมือนข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับจุดอ่อนจุดแข็ง มีความเจริญงอกงามที่เป็นไปได้และรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมตามปกติของตน สิ่งเหล่านี้ ไม่มีลักษณะคงที่แน่นอน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ต่างๆ ทำให้เป็นเสมือนข้อผูกมัดที่คนให้กับตนเองและมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (Rogers & Diamond, 1959: 33)

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ เป็นผู้ที่ได้ศึกษาค้นคว้าถึงความต้องการของมนุษย์ และพบว่าความต้องการของคนเรานั้นจะสามารถเรียงลำดับขั้นตอนได้ตามความสำคัญ โดยเริ่มต้น จากความต้องการข้อมูลฐานเรื่อยไปจนถึงความต้องการที่จะเกิดความตระหนักแท้ในตนเอง ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 5 ขั้น ดังนี้

1. ความต้องการทางกาย (Physiological Needs) มนุษย์ต้องการได้รับการตอบสนองทางสรีรวิทยาเป็นขั้นพื้นฐานก่อน เช่น มีอาหารรับประทาน มีที่อยู่อาศัย มียารักษาโรค มีเครื่องนุ่งห่มกันร้อนกันหนาว ฯลฯ จึงพัฒนาความต้องการประเภทอื่นๆ ตามมาได้ ถ้าความต้องการอันดับแรกยังไม่ได้รับการตอบสนองเพียงพอแรงจูงใจประเภทอื่นๆ ก็ยากจะเกิดขึ้นได้

2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เมื่อความต้องการอันดับแรกได้รับการตอบสนองแล้ว ต่อมาก็จะเกิดความต้องการที่จะรักษาชีวิตทรัพย์สินของตน ให้มั่นคง ปลอดภัย ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองมนุษย์ก็จะเกิดอาการหวาด เชื่อว่าความกลัวหลาย ๆ อย่างตั้งแต่ระดับสามัญจนถึงระดับผีดุเกิดขึ้น เกิดจากการไม่ได้รับการตอบสนองความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เพียงพอความต้องการทางสังคม หรือแรงจูงใจเพื่อเป็นเจ้าของ (Social Needs) เช่น ความรู้สึกว่าคุณเองมีชาติตระกูล มีครอบครัว มีสถาบัน มีครู มีโรงเรียน มีที่ทำงาน ฯลฯ กับความถูกต้อง การถูก รัก และได้รับการรักผู้อื่น เช่น ต้องการมีผู้อื่นมาอาหารหว่านโยตน และตนก็ต้องการหว่านโยอาหารแก่ผู้อื่นแล ผู้อื่นเช่นกัน

3. ความต้องการที่จะได้รับเกียรติและการนับถือ (Esteem Needs) คือ แรงจูงใจแสวงหา และรักษาศักดิ์ศรีเกียรติยศโดยตนเองสำนึกและผู้อื่นกล่าวขวัญยกย่องเชิดชู เช่น ความต้องการมีเกียรติ มีหน้าตา ความต้องการมีชื่อเสียงเป็นที่ยกย่องนับถือ มาสโลว์ กล่าวว่า ศักดิ์ศรีสำคัญต่อสุขภาพจิต คือ ความรู้สึกนับถือและเคารพตนเองกับการได้รับการนับถือจากผู้อื่นที่มีใช้ลักษณะฉาบฉวย

4. ความต้องการความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ความต้องการสัจการแห่งตน (Self-Actualized Needs) คือแรงจูงใจเพื่อตระหนักความสามารถของตนกับประพฤติปฏิบัติตนตามความสามารถโดยเพ่งเล็งประโยชน์ของบุคคลอื่นและสังคมส่วนรวมเป็นสำคัญ มาสโลว์เชื่อว่าทุกคนมีความมุ่งหมายในชีวิต เพื่อบรรลุถึงความปรารถนาระดับนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นคนเต็มโดยสมบูรณ์

Frank & Merolla (1985: 88) ได้แบ่งการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ประเภท ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาสโลว์ ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองจากภายใน หรือการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นพื้นฐาน (Inner Self Esteem or Basic Self Esteem) คือ การที่บุคคลมีความสามารถมีสมรรถนะและกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการแล้วได้ผลตามที่ตนเองปรารถนา กระบวนการประเภทนี้ได้มาจากการรับรู้ของตนเองจากสาเหตุแวดล้อมโดยเกี่ยวข้องกับกระทำ การควบคุมและกำลังความสามารถ เพราะถ้าบุคคลรู้จักตนเองและประเมินตนเองจากการกระทำได้รับผลสำเร็จจากความพากเพียรพยายาม สาเหตุนี้จะ

เป็นพื้นฐานของคุณสมบัติแห่งตน (Self-Efficacy) จะถูกสร้างขึ้นอย่างถาวรจากประสบการณ์ตั้งแต่วัยแรกของชีวิต

2. การเห็นคุณค่าในตนเองภายนอก หรือการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นปฏิบัติการ (Outer Self-Esteem or Functional Self-Esteem) การเห็นคุณค่าในตนเองชนิดนี้สร้างขึ้นโดยผ่านการประเมินปฏิสัมพันธ์ของสาเหตุต่างๆ ในชีวิตและเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และการได้รับการยอมรับจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองชนิดนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมและความสามารถในการเผชิญปัญหา และเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากกว่าส่วนที่เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นพื้นฐาน เพราะการเห็นคุณค่าในตนเองในส่วนนี้เป็นสาเหตุแรกที่จะสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ในสังคมและความก้าวหน้า

Rosenberg (1979: 19) การเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

1. การตระหนักรู้ด้วยตนเอง (Cognitive Self) เป็นเรื่องราวของความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากการที่บุคคลเป็นเจ้าของตำแหน่งสถานภาพภายในโครงสร้างสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่หรือเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้บุคคลแต่ละคนมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น เป็น พ่อแม่ เพื่อน ครู เอกลักษณ์ที่บุคคลได้รับจากสังคมทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร ซึ่งไม่เกี่ยวกับการประเมินของบุคคล

2. การประเมินตนเอง (Evaluative Self) เป็นการอธิบายตนเองซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสาเหตุอื่นหรือคนอื่น เพื่อที่จะให้บุคคลรู้ว่ามียุทธศาสตร์หรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงต่ำเพียงใด การประเมินตนเองของบุคคลในแนวสังคมวิทยาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าการที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไรก็จะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

Rosenberg อธิบายกระบวนการรับรู้ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้แต่ละบุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน 3 ประการ

1. หลักการประเมินแบบสะท้อนกลับ (The Principle of Reflected Appraisal) การที่บุคคลจะประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำมาจากการรับรู้การตอบสนองของผู้อื่นที่มีต่อตนเองแล้วก่อให้เกิดอัตมโนภาพต่อตนเอง โดยทั่วไปจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง ได้แก่ บิดา มารดา หรือเพื่อน เช่น เมื่อมีบุคคลอื่นแสดงกิริยาว่าเคารพนับถือเรา เราก็จะมีความเคารพนับถือตนเอง แต่หากผู้อื่นแสดงกิริยาดูถูกเหยียดหยามเราจะเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำไปด้วย

2. หลักการเปรียบเทียบกับสังคม (The Principle of Social Comparison) การที่บุคคลจะประเมินตนเองตามแนวคิดการประเมินทางสังคม ต้องมีพื้นฐานของการเปรียบเทียบกับผู้อื่น การประเมินตนเองทางสังคมทั้งด้านบวกและด้านลบเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบและอาจตัดสินตนเองกับมาตรฐาน ค่านิยม หรือความเชื่อโดยรวมที่บุคคลในสังคมนั้นๆ ยึดถือหรืออาจตัดสินใจตนเอง โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มคนในอาชีพเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไป การที่บุคคลนำตนเองไปเปรียบเทียบกับคนอื่น ผลการเปรียบเทียบจะนำไปสู่การมองตนเองในแง่บวกหรือแง่ลบ ซึ่งจะมีผลต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้นๆ

3. หลักคุณสมบัติของบุคคล (The Principle of Self Attribution) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ภายในจากผลของการกระทำในอดีต เช่น หากบุคคลประเมินว่าในอดีตที่ผ่านมาตนเองเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการทำงานได้รับความไว้วางใจหรือเชื่อถือจากผู้ร่วมงานมาโดยตลอด ก็จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นเห็นคุณค่าในตนเองสูง ในทางตรงกันข้ามหากตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาบุคคลมีความผิดพลาดหรือบกพร่องในการทำงานบ่อยครั้ง ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน จะสรุปว่าตนเองเป็นบุคคลที่ล้มเหลวในการทำงาน และส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าของตนเอง

Berk (1998: 15) และ Voigt (2007: 22) ได้อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของคนเรานั้น เกิดจากการที่ได้รับอิทธิพลจากหลายด้าน เช่น ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูจากการที่เด็กมีเจตคติต่อตนเองในเรื่องการช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ได้รวมไปถึงการที่ตนเองรู้สึกว่ามีความสามารถหรือมีปมด้อย นอกจากนี้การที่ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่นก็จะทำให้เด็กขาดความสามารถไปด้วยหรือขาดความน่าเชื่อถือของพ่อแม่ไปด้วย ในส่วนของสังคมก็มีส่วนที่จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองได้เช่นกัน โดยมาจากเพื่อน โรงเรียน ถ้าหากว่าเด็กรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเองแล้ว ครอบครัว เพื่อน หรือสังคมที่เขาอยู่จะต้องช่วยกันปรับเปลี่ยนและพัฒนาตามแนวทางที่ควรจะเป็น ซึ่งสอดคล้องกับ Aronson et al. (2007: 19) ได้อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เกิดและพัฒนามาจากทุกช่วงวัยของชีวิต เกิดจากการที่เราสร้างหรือจินตนาการเกี่ยวกับตัวเราเองรวมทั้งจากประสบการณ์การมีกิจกรรมของแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป ประสบการณ์ในวัยเด็กในการเล่นหรือการมีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นจะเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเด็กโตขึ้นพบกับความสำเร็จหรือความล้มเหลว ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกในครอบครัว ครู ศาสนา และเพื่อนๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยก่อรูปให้เกิดการเห็นคุณค่าในตัวตนของเรา นอกจากนี้อรอนสัน ยังกล่าวอีกว่า เด็กที่อยู่วัยเรียนเกรด 1-8 ควรได้รับความเข้าใจในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง

หลายต่อหลายครั้งที่เมื่อพูดถึงเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองเด็ก จะมีความรู้สึกในทางลบ ดังนั้นจึงควรใช้กิจกรรมเพื่อให้เด็กเกิดความสามารถและเปลี่ยนความรู้สึกเป็นไปในทางที่ดี

Coopersmith (1984: 22) ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 2 ประเภท คือปัจจัยภายในของบุคคลและปัจจัยภายนอกของบุคคล ดังนี้

1. ปัจจัยภายในของบุคคล คือ ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical Attributes) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะทางกายภาพบางอย่างมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เช่น ความสวยงามของร่างกาย ส่วนสูง น้ำหนัก และลักษณะทางกายภาพที่เอื้อต่อความสำเร็จในการทำกิจกรรมที่บุคคลให้คุณค่า เช่น ความแข็งแรง และความรวดเร็ว ซึ่งคุณลักษณะทางกายเหล่านี้มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตามลักษณะทางกายภาพใดๆ ก็ตามที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองก็ขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมนั้น กล่าวโดยสรุป บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่น่าพึงพอใจจะมีความพึงพอใจในตนเอง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ไม่น่าพึงพอใจ

1.2 ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และการปฏิบัติ (General Capacity, Ability and Performance) ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน และมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล โดยแต่ละด้านจะบ่งบอกถึงความถี่ของการประสบความสำเร็จของบุคคล ทั้งในขณะที่อยู่ในระบบโรงเรียนและเมื่ออยู่ในสังคม ขณะเดียวกันมีสติปัญญาเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในวัยเรียน โดยสรุปสติปัญญามีผลต่อสมรรถภาพและผลการเรียน ซึ่งส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน บุคคลจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จทั้งในครอบครัว โรงเรียน และสังคมทั่วไป การประสบความสำเร็จจะเป็นแรงเสริมแก่ตนเองและทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้น ความสำเร็จหรือความล้มเหลวเรื่องการเรียนรู้ของผู้ที่อยู่ในวัยเรียนจึงส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองได้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับสติปัญญาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วย และบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องความสำเร็จมากจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องความสำเร็จน้อย

1.3 ภาวะทางอารมณ์ (Affective Stage) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ความวิตกกังวล ฯลฯ ของบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแล้ว ส่งผลต่อการเปรียบเทียบและประเมินตนเอง โดยบุคคลที่ประเมินตนเองไปในทางบวกจะส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถ ประสบความสำเร็จแล้วเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองชื่นชมตนเอง พึงพอใจและมีความสุข ก็จะมีผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ส่วนบุคคล

ที่ประเมินตนเองไปในทางลบจะมองตนเองว่าไร้ความสามารถไร้สมรรถภาพ จึงรู้สึกด้อย วิตกกังวล และไม่มีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขมากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลางหรือสูง และพบว่าบุคคลที่มีทัศนคติต่อตนเองในทางบวกจะมีความเบิกบานมีการแสดงอารมณ์ที่เป็นสุขและปราศจากความวิตกกังวล

1.4 ปัญหาต่างๆ และโรคร้ายไข้เจ็บ (Problems and Pathology) ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป อาการทางกายมีสาเหตุมาจากจิตใจ กล่าวคือ ถ้าบุคคลใดมีปัญหาดังกล่าวดังสูงจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและแสดงออกในรูปของความวิตกกังวลมีความทุกข์มีความยุ่งยากส่วนตัว ส่วนผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวน้อยจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

1.5 ค่านิยมส่วนบุคคล (Self-Values) โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป และเมื่อให้คุณค่าต่อสิ่งใดแล้วก็มักมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการตัดสินคุณค่าของตน เช่น บุคคลให้ความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแต่กลับพบว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จในด้านนี้ จะมีผลให้บุคคลประเมินคุณค่าของตนเองต่ำลงและยังพบว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้มาตรฐานทางสังคมเป็นตัวตัดสินคุณค่าของตนเองอีกด้วย

1.6 ความปรารถนาของบุคคล (Aspiration) การตัดสินคุณค่าของตนเกิดจากการที่บุคคล เปรียบเทียบผลงานและความสามารถของตนกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ถ้าผลงานและความสามารถเป็นไปตามเกณฑ์หรือดีกว่าที่ตั้งไว้ จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ในทางตรงข้ามถ้าผลงานและความสามารถไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่บุคคลตั้งไว้บุคคลก็จะมองตนเองล้มเหลวและตัดสินว่าตนเองไร้ค่า

2. ปัจจัยภายนอกของบุคคล คือ สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ลักษณะที่เป็นส่วนประกอบภายนอกของบุคคลที่มีผลให้บุคคลรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย

2.1 สัมพันธภาพกับพ่อแม่ในวัยเด็ก ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลอย่างมาก ดังนั้นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจึงเป็นรากฐานสำคัญในชีวิต เด็กที่ได้รับความรัก ความอบอุ่น การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้อิสระในการกระทำตาม ความคาดหวังต่างๆ และรวมไปถึงการดูแลระเบียบกฎเกณฑ์ที่พ่อแม่ใช้ปกครองลูก และการจัดการดูแลให้เด็กได้มีอิสระในการปฏิบัติตามที่พ่อแม่กำหนดไว้ โดยมีการกำหนดและจำกัดขอบเขตการกระทำไว้อย่างชัดเจน การที่พ่อแม่ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข สิ่งเหล่านี้จะทำให้เด็กสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.2 โรงเรียนและการศึกษา โรงเรียนสามารถจัดสภาพแวดล้อมในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนได้ต่อจากทางบ้านการที่ครูเปิดโอกาสให้นักเรียนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระโดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบที่วางไว้ การให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนในการแก้ไข ปัญหาต่างๆ เป็นการส่งเสริมให้นักเรียนมีความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ รวมทั้งความใส่ใจ

ที่ครูมีต่อนักเรียนสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดของนักเรียนที่มีต่อตนเองไปในทางที่ดี ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.3 สถานภาพทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงตำแหน่งหรือระดับทางสังคมของบุคคล โดยพิจารณาจากลักษณะอาชีพ รายได้ ตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาททางสังคม และถิ่นที่อยู่อาศัย บุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูง จะได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าบุคคลอื่นๆ ฉะนั้นบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูงจึงมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับปานกลางและระดับต่ำ

2.4 กลุ่มเพื่อน การที่บุคคลมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าสัมพันธภาพของนักเรียนท่ามกลางเพื่อนในวัยเดียวกันมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง หากบุคคลอยู่ในสังคมหรือกลุ่มเพื่อนที่ชอบตำหนิอยู่เสมอ โดยไม่เปิดโอกาสได้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็ยากที่เด็กจะมองตนเองในทางบวก ดังนั้นการเป็นสมาชิกในสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนในวัยเดียวกันจึงมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อนไม่เป็นที่ประทับใจหรือไม่อยู่ในความสนใจของเพื่อน จะไม่ชอบใกล้ชิดกับใคร ไม่แบ่งปันความคิดเห็นความรู้สึกส่วนตัวกับเพื่อนและจะรู้สึกว่าไม่มีใครชอบและไม่นับถือตนเอง

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่แตกต่างกันไปส่งผลให้เห็นคุณค่าในตัวเองที่แตกต่างกัน เช่น รูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณ ภาวะทางอารมณ์ และปัจจัยภายนอก คือ สภาพแวดล้อมภายนอก ครอบครัว สังคม ที่ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน เช่น ความสัมพันธ์ของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ การยอมรับจากเพื่อน เป็นต้น

ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility)

ความหมายของพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม

Good (1973: 45) อธิบาย ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง คุณธรรมซึ่งแสดงออกความคิด รวบรวมในความรู้สึกผิดชอบชั่วดี อันเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อสนองความปรารถนาสามารถมองเห็นว่าอะไรเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของคนกลุ่มใหญ่และพร้อมที่จะแสดงเมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมมากกระตุ้น

Griffin (1996: 18) ความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นหน้าที่และข้อผูกพันขององค์กรในการมีหน้าที่ปกป้องและให้ผลประโยชน์ต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้างทั้งภายในและภายนอกองค์กร

กรมวิชาการ (2542: 4) กล่าวว่า ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง ความสนใจตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเพียรพยายาม ละเอียดรอบคอบ เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ยอมรับผลการกระทำของตนทั้งในด้านที่เป็นผลดีและผลเสีย รวมทั้งพยายามปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การแสดงบทบาทหน้าที่ที่ตลอดจนคุณธรรม และจริยธรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งต่อส่วนรวมหรือการกระทำใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อส่วนรวมทั้งในแง่ดี

องค์ประกอบความรับผิดชอบต่อสังคม

กมลรัตน์ ทวีชาติวิทยากุล (2531: 56) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบของความรับผิดชอบและรายงานผลเกี่ยวกับความรับผิดชอบสามารถแบ่งออกเป็น 13 ประเภทดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อการศึกษาเล่าเรียน
2. ความรับผิดชอบต่อเพื่อน
3. ความรับผิดชอบต่อครอบครัว
4. ความรับผิดชอบต่อการพัฒนาสังคม
5. ความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน
6. ความรับผิดชอบต่อความสงบเรียบร้อยของสังคม
7. ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพของตน
8. ความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
9. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง
10. ความรับผิดชอบต่อการสร้างลักษณะนิสัยที่ดีให้แก่ตนเอง
11. ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมสถานศึกษา
12. ความรับผิดชอบต่อความมุ่งหวังของสถานศึกษา
13. ความรับผิดชอบต่อเสถียรภาพและเศรษฐกิจของครอบครัว

แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม

เพ็ชรินทร์ ปฐมวนิชกะ (2535: 47) อธิบายเกี่ยวกับความหมายของความรับผิดชอบต่อสังคมว่า ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การรู้จักหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพทันตามกำหนดเวลา มี 5 ด้าน คือ

ความรับผิดชอบต่อตนเอง หมายถึง การรู้จักหน้าที่ของตนเองและปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ให้สำเร็จลุล่วง มีประสิทธิภาพทันตามกำหนดเวลา

ความรับผิดชอบต่อการศึกษาเล่าเรียน รวมทั้งตั้งใจศึกษาเล่าเรียนจนประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมายด้วยความขยันหมั่นเพียร ละเอียดรอบคอบ อดทน ซื่อสัตย์ และมีระเบียบวินัย

ความรับผิดชอบต่อครอบครัว หมายถึง การรู้จักฐานะ และหน้าที่ของตนที่มีต่อครอบครัว และปฏิบัติอย่างเหมาะสม

ความรับผิดชอบต่อสถานศึกษา หมายถึง การที่นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสถานศึกษา รักษาผลประโยชน์ เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนการสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าให้แก่สถานศึกษา

ความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อส่วนรวม เพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม โดยการปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม รวมทั้งจูงใจให้ผู้อื่นปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสุขของสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใน ศ.ศ. 1970 เริ่มต้นจากประเทศสหรัฐอเมริกาและได้รับความสนใจจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในประเทศไทยมีการใช้คำเรียก Health Literacy อยู่หลายคำ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559; นภาพร วาณิชกุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2556: 19) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” เมื่อกล่าวถึง Health Literacy ความรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy ปรากฏครั้งแรก ในประเทศไทยมีการนำความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในงานสุขภาพ เมื่อ 30 ปีก่อน เป็นการดำเนินงานที่เน้นการให้ความรู้ และสร้างพลังอำนาจให้กับบุคคลและชุมชนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี คำที่ใช้เรียก ความรู้ด้านสุขภาพ มีคำเรียกหลายคำที่แตกต่างกันไป เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) ความฉลาดด้านสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตริเพชศรีอุไร, 2554: 20) ความรู้เท่าทันสุขภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) หรือความฉลาดทางสุขภาพ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) หรือความรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559: 11)

คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีการให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งคณะวิจัยจากองค์การอนามัยโลกได้ทำการวิจัยระบบอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านคำจำกัดความกรอบแนวคิด (Sorensen, Brucke & Fullam, 2012 อ้างถึงใน อีระ วรรณรัตน์ และคณะ, 2558: 4)

World Health Organization (1998: 47) หรือ WHO ได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้คือองค์ความรู้และทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

คณะกรรมการด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999: 57) ให้คำจำกัดความว่า “ความรอบรู้” คือ ทักษะต่างๆ ที่รวมถึงความสามารถพื้นฐานด้านการอ่านและการคำนวณตัวเลข เพื่อนำไปปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ”

ดอน นัทปีม (Nutbeam, 2000: 18) ได้ให้คำจำกัดความ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine (2004: 14) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการการเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม

ดิคบุชซ์ และแม็ก (Kickbusch & Mag, 2005: 19) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันที่บ้าน ในชุมชน ในสถานที่ทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และในสถานที่สาธารณะ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการเสริมพลังอำนาจให้บุคคลสามารถควบคุมดูแลสุขภาพ มีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และมีความสามารถในการตอบสนองอย่างเหมาะสม

ซาร์คาโคลาส พลีแซนต์ และเกียร์ (Zarcadoolas, 2003; Pleasant & Greer, 2008: 44) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่หลากหลายและเป็นสามารของบุคคลในการประเมินและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต

อียู (European Union, 2007: 44) ได้ให้คำจำกัดความว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถในการอ่าน การเลือกและเข้าใจในข้อมูลบริการเกี่ยวกับสุขภาพขั้นพื้นฐานและ ความสามารถในการเลือกใช้ข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพ”

อิชิคาว่า และคณะ (Ishikawa et al., 2008: 25) นิยามว่า ความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลและการตัดสินใจในการนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ รวมถึงการเกิดทักษะในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพจนสามารถนำไปปฏิบัติตนและประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (Nutbeam, 2008: 45)

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน ด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy Skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative Interactive Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ หรือ Critical Health Literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับวิจรรณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

องค์ประกอบและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam เสนอกรอบแนวคิด (Conceptual Model) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นครั้งแรก “Conceptual Model of Health Literacy as a Risk” โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ การสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ต่อมา Sorensen (2009: 19) เสนอกรอบแนวคิดที่ได้จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดที่รวบรวมได้ในระหว่าง ค.ศ. 2000-2009 “Integrated Model of Health Literacy” และเสนอองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน

ได้แก่ การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรองและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและ การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษา และปรับปรุงสุขภาพ สำหรับประเทศไทยนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป็น 6 ระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลเมือง 4.0 (Smart Thai People 4.0) ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ซักถาม ประเมิน ตัดสินใจ รับผิดชอบต่อสุขภาพ และบอกต่อ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การรู้หนังสือ ที่ประกอบด้วย การอ่าน การเขียน การคำนวณ และความรู้เบื้องต้นของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะการเรียนรู้พื้นฐานที่สามารถจะนำมาพัฒนาโดยการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความรู้และสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เมื่อความรู้และสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นตามไปด้วยและด้วยความรู้และสมรรถนะนี้เอง เมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติ ก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งยึดมั่น สนับสนุนสิ่งที่เป็นความรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ความรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นยังทำให้บุคคลมีทักษะในการต่อรองและการจัดการตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและประเพณี วัฒนธรรมของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทางในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ คือ หลัก 3อ 2ส

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ตามหลัก 3อ 2ส

กระทรวงสาธารณสุข (2558: 5) ได้เสนอแนะแนวทางในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย โดยใช้หลัก 3อ 2ส ได้แก่

1. อ 1 อาหาร มีพฤติกรรมกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยให้ได้รับสารอาหาร 6 ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย

อาหารหมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ไขมัน นม ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะให้สารอาหารโปรตีนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตโดยการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ กระดูก ฮอร์โมน เอนไซม์ และใช้เป็นแหล่งของพลังงานของร่างกาย เมื่อร่างกายได้รับอาหารคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ

อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง เผือก มัน และน้ำตาล ซึ่งให้สารอาหาร คาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ มีหน้าที่หลักในการให้พลังงาน แต่ถ้ารับประทานอาหารพวกนี้ในปริมาณมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย สารอาหารคาร์โบไฮเดรตจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปไขมัน และสะสมในร่างกาย

อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่างๆ เช่น ผักบุ้ง คื่นช่าย ตำลึง ถั่วฝักยาว แตงกวา ฟักทอง เป็นต้น

อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ เช่น มะละกอ กล้วย ส้ม มะม่วง สับปะรด ฝรั่ง เป็นต้น

อาหารหมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 นี้สามารถรับประทานได้มาก เพราะผักและผลไม้เป็นแหล่งของสารอาหารจากพวกวิตามิน และแร่ธาตุช่วยให้ร่างกายปรับสมดุล ทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ตามปกติช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายและอุดมไปด้วยเส้นใยอาหาร

อาหารหมู่ที่ 5 ไขมันต่างๆ ทั้งจากสัตว์และพืช ซึ่งให้สารอาหารไขมันมีหน้าที่หลักในการให้พลังงานและกรดไขมัน แต่ถ้ากินอาหารประเภทนี้มากเกินไปจะถูกสะสมในรูปไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากกว่าปกติมี 2 ประเภท คือ อ้วนลงพุงและอ้วนทั้งตัว หรือบางคนเป็นทั้ง 2 ประเภทรวมกัน จะมีโรคแทรกซ้อนจากการที่มีน้ำหนักตัวมาก ได้แก่ โรคไขข้อ ปวดข้อ ข้อเสื่อม ปวดหลัง ระบบหายใจทำงานติดขัด เป็นต้น สามารถวินิจฉัยโรคอ้วนทั้งตัวเบื้องต้นด้วยค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

ค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ความสูง (เมตร²)

การแปลค่า BMI < 18.5 น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ

BMI อยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9 น้ำหนักตัวเหมาะสม

BMI อยู่ระหว่าง 25.0 - 29.9 น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน

BMI > 30.0 โรคอ้วน

BMI > 40 โรคอ้วนขั้นสูงสุด

2. ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 5 วัน และในแต่ละวันออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที การออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก แอโรบิกแดนซ์ และโยคะ เป็นต้น จะทำปอดหัวใจ หลอดเลือดตลอดจนระบบไหลเวียนทั่วร่างกายแข็งแรง ทนทาน และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรปฏิบัติ 3 ขั้นตอนคือ (1) การอบอุ่นร่างกาย (2) การออกกำลังกาย และ (3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วิธีการทดสอบว่าออกกำลังกายเพียงพอในแต่ละครั้ง ทำได้ด้วยการวัดอัตราเต้นของหัวใจ โดยการจับชีพจรหลังออกกำลังกายเสร็จหรืออาจดูง่ายๆ จากความเหนื่อยของตัวผู้ออกกำลังกาย เนื่องจากความแตกต่างของสมรรถนะในแต่ละคน จึงไม่ได้กำหนดอัตราเต้นของหัวใจไว้ตายตัว

แต่จะกำหนดไว้กว้างๆ ที่นิยมในปัจจุบันคือ ให้จับชีพจรหลังหยุดออกกำลังกายทันทีให้อยู่ระหว่าง ร้อยละ 65-80 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum Heart Rate) โดยวิธีคิดดังนี้

เอาอายุตัวไปลบด้วย 220 ได้เท่าใด เอาอัตราเต้นที่เป็นเป้าหมาย (ร้อยละ 65 - 80) มาคูณ
ตัวอย่าง อายุตัว 40 ปี ก็จะมีอัตราเต้นหัวใจสูงสุด = $220 - 40$
= 180 ครั้ง/นาที

ถ้าต้องการออกกำลังกายให้อัตราเต้นหัวใจเป้าหมายเป็นร้อยละ 70

ชีพจรหลังหยุดออกกำลังกายทันทีจะอยู่ที่ = 180×0.70
= 126 ครั้ง/นาที

3. อ 3 อารมณ์ มีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและสามารถแสดงบทบาท (สอดคล้องกับบทบาท) ในการเป็นแกนนำ อารมณ์ หรือความรู้สึก ความเป็นไปแห่งจิตใจในขณะหรือช่วงเวลาหนึ่งๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก มักมีคำพูดที่กล่าวว่า “กายและจิตสัมพันธ์กัน” ถ้าอารมณ์เสีย ชุ่นมัว ก็จะสนับสนุนการเกิดสุขภาพที่ทรุดโทรม แต่ถ้าอารมณ์ดี แจ่มใส ก็จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์เพื่อให้เสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ทั้งทางด้านป้องกันและด้านส่งเสริมหลายระดับ ดังนี้

3.1 การประกอบอาชีพโดยสุจริต กล่าววาจาโดยชอบ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และไม่ตกเป็นทาสของเครื่องเสพติดมีนเมาให้โทษต่างๆ

3.2 ขยันขันแข็งและความมีน้ำใจในการช่วยเหลือในกิจการงาน

3.3 ทำงานอย่างมีความสุข การทำงานด้วยความตั้งใจเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง โดยหวังเกื้อกูลผู้อื่น ย่อมก่อให้เกิดความภูมิใจและรู้สึกเป็นสุข

3.4 การออกกำลังกายจนเหงื่อออกพอสมควรเป็นประจำทุกวัน ทำให้ระบบประสาทคลายความเครียด

3.5 อย่าวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ มากเกินไปผู้ที่คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตัวเองตลอดเวลาเช่น กลัวจะไม่รวย กลัวจะขาดทุน กลัวจะไม่สวย กลัวคนจะไม่รัก กลัวจะไม่มีชื่อเสียง กลัวคนนิทาว่าร้ายกลัวจะเป็นโรคนั้นโรคนี้นี้ ย่อมทำให้จิตใจไม่เป็นสุขและเกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นจริงๆ

3.6 การฝึกแผ่ความรัก หรือแผ่เมตตาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เมตตาเป็นเครื่องบำบัดความโกรธและพยาบาทได้ เราต้องฝึกเมตตาให้ขยายขอบเขตออกไปเรื่อยๆ จะทำให้ใจของเราสงบคลายความหงุดหงิดและรำคาญ จิตของเราขณะนั้นจะอยู่ในภาวะที่เป็นกุศล เมื่อมีการพูดจาติดต่อกันกับผู้อื่นก็เป็นไปด้วยดี

3.7 การสวดมนต์ภาวนา เป็นการบริหารจัดการอย่างสูง มนุษย์เรียนรู้ความทุกข์จากการที่จิต ผักใฝ่อยู่แต่ในเรื่องของตนเอง จึงเกิดมีการสวดมนต์ขึ้น ถ้าจิตใจจดจ่ออยู่ในคำสวดก็เป็นการเอาจิต ออกจากความจดจ่อในเรื่องของตัวเองทำให้จิตสงบ

4. ส. 1 สูบบุหรี ไม่เสพติดบุหรี เป็นบุคคลตัวอย่างของผู้ไม่สูบบุหรี บุหรีเป็นสารเสพติด ชนิดหนึ่งที่ถึงแม้ว่าจะเสพได้โดยไม่ผิดกฎหมายแต่พิษภัยของบุหรีก็ร้ายแรงเพราะในควันบุหรี มีสารพิษอยู่มากมาย คือ

4.1 นิโคติน มีลักษณะเป็นน้ำมัน ไม่มีสี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจเต้น เร็วความดันโลหิตสูง

4.2 ทาร์ เป็นน้ำมันเหนียวข้น สีน้ำตาล จะเข้าไปจับอยู่ที่ปอดทำให้ระคายเคือง ถุงลม ในปอดขยายขึ้น

4.3 คาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง

4.4 ไนโตรเจนไดออกไซด์ ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้ถุงลมโป่งพอง

4.5 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมชนิดมีขนมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปทำลาย หลอดลมได้ง่ายซึ่งสารเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรีและผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี

5. ส 2 สุรา เป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างไม่ดีมีสุรา

สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เมื่อดื่มสุรา แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมเข้าไปสู่กระแส เลือดไปยังประสาทส่วนกลาง ซึ่งถ้าดื่มติดต่อกันเป็นประจำจะทำให้ติดสุรา

ลักษณะผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำจนติดสุรา จะมีนัยน์ตาแดง ใบหน้าบวมฉุ มือสั่น เนื้อตัว สกปรกการแต่งกายไม่เรียบร้อย และถ้าไม่ได้ดื่มก็จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด ฝันร้าย และ ประสาทหลอน

1. ทำให้เป็นโรคต่างๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหาร โรคไตอักเสบ โรคหัวใจ

2. มีพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพ เพราะบังคับตัวเองไม่ได้

3. ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายๆ เช่น พลัดตกหกล้ม รถชนกัน

4. ทำให้สติปัญญาและความสามารถในการทำงานลดลงทำงานบกพร่องหรือผิดพลาดได้ง่าย

5. ทำให้ครอบครัวมีปัญหา เช่น พ่อแม่ทะเลาะกัน ไม่มีเงิน

6. สิ้นเปลืองเงินทองในการซื้อสุรา

7. เป็นที่รังเกียจของผู้พบเห็น

วิธีหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรีและดื่มสุรา

1. ถ้ามีคนมาชักชวนให้ลองสูบบุหรีและดื่มสุรา ควรปฏิเสธทันที

2. อยู่ห่างจากผู้ที่สูบบุหรีหรือดื่มสุรา

3. ไม่รับเครื่องดื่มหรือบุหรี่จากคนแปลกหน้า
4. ศึกษาถึงโทษของการสูบบุหรี่และดื่มสุราในด้านต่างๆ เพื่อให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวรู้จักผลเสียที่ได้รับจากบุหรี่และสุรา
5. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง เป็นต้น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ตามหลัก 3 อ 2 ส กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทยและเสนอแนะวิธีการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีเพื่อให้คนไทยสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรมอนามัย (2563: 15) ได้เสนอแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน สุขศึกษา (Health Education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication Activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรงคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)
2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive)
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)
5. การจัดการตนเอง (Self Management)
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงอาศัยการสร้างเสริมคุณลักษณะพื้นฐานทั้ง 6 ประการ โดยพัฒนาคุณลักษณะแต่ละต้นตั่งแต่ระดับแรก คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional Health Literacy ระดับที่สอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์หรือ Communicative/Interactive Health Literacy และระดับที่สาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical Health Literacy

ตารางที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้านคุณลักษณะ 6 ด้าน

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)	มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและกรใช้อุปกรณ์สืบค้น อาทิคอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด ฯลฯ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการค้นหา ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูล มีความน่าเชื่อถือสำหรับกรนำมา ใช้
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)	การรู้และการจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีความรู้ ความเข้าใจระดับพื้นฐานและสามารถ อธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	มีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล เกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)	มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับกรปฏิบัติตัวเพื่อมีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถ สื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถ โน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)	มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกรับปฏิบัติเพื่อมีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐานและมี ความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิบัติ/หลีกเลี่ยง/เลือกรับปฏิบัติ ซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย ต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่ทักล้างความ เข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม
5. การจัดการตนเอง (Self Management)	มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมีความสามารถในการกำหนด เป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำ ตามแผนที่กำหนดไว้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และ มีความสามารถในการพบทวกรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตน ตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต่อพัฒนา เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)	มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เพื่อนำมาใช้ ในการดูแลสุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถ เปรียบเทียบวิถีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและ ผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และ มีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563: 15)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลายปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

คือ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคลที่ผลต่อความรอบรู้สุขภาพ (Manganello, 2008 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554: 18) ได้แก่

เพศ

เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องความคิด ค่านิยมและทัศนคติ ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมและสังคม กำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน

สุจนา ศิริวัลย์ (2546: 9) กล่าวว่า เพศ หมายถึงลักษณะที่ทำให้รู้ว่าเป็นหญิงหรือชาย คนทั่วไปมักเน้นความต้องการทางเพศหรือความรู้สึกทางเพศ บางครั้งจะมีความคิดเห็นเรื่องเพศ เรื่องเซ็กซ์ เป็นพฤติกรรมที่ไปในทางที่ไม่สุขภาพ สกปรก เป็นเรื่องลึกลับซับซ้อนต้องซ่อนเร้น บางสังคมเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม เป็นต้น ซึ่งความจริงเป็นสัญชาตญาณ (Sex Instinct) ตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมด้วยเพศ ความเจริญเติบโตทางเพศเป็นความเจริญเติบโตส่วนหนึ่งของมนุษย์ทั้งในร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เรื่องเพศจึงเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องประสบ

ลักษณะหรือธรรมชาติของความรู้เรื่องเพศ อาจแบ่งอย่างคร่าวๆ ออกตามเนื้อหาที่ประกอบกันเป็นความรู้ได้ 4 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Aspect)
2. ลักษณะทางสุขวิทยา (Hygienic Aspect)
3. ลักษณะทางจิตวิทยา (Psychological Aspect)
4. ลักษณะทางสังคมวิทยา (Sociological Aspect)

ลักษณะทางชีววิทยาของความรู้เรื่องเพศ ได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีระวิทยาของร่างกายมนุษย์เป็นส่วนใหญ่ เช่น โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในระบบการสืบพันธุ์ของเพศชายและเพศหญิง ลักษณะทางพันธุกรรมเกี่ยวกับเพศ ความเจริญเติบโตทางเพศในด้านร่างกาย (Biosexual Development) หรือจิตใจ (Physical Sexual Development) การมีหนดคราและชนรักแร้ เสี่ยงแตก การมีประจำเดือน การสืบพันธุ์หรือการร่วมประเวณี การปฏิสนธิ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร เป็นต้น

ลักษณะทางสุขวิทยาของความรู้เรื่องเพศ ได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ การระวังรักษาร่างกายได้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความผิดปกติทางเพศ เช่น ข้อควรระวังรักษาสุขปฏิบัติเกี่ยวกับอวัยวะเพศ ข้อควรปฏิบัติขณะมีประจำเดือน การตรวจโลหิตก่อนแต่งงาน กามโรค ความผิดปกติของอวัยวะเพศ เป็นต้น

ลักษณะทางจิตวิทยาของความรู้เรื่องเพศ ได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ เช่น การเจริญเติบโตทางเพศในด้านจิตใจ (Psycho Sexual Development) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความกดดันทางเพศ การระบายอารมณ์ทางเพศ ทักษะการติดต่อเพศตรงข้าม ความรัก ความต้องการหรือความรู้สึกทางเพศ ความผิดปกติทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เป็นต้น

ลักษณะทางสังคมวิทยาของความรู้เรื่องเพศ ได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับการปรับตัวให้เข้ากับสังคมและมาตรฐานความประพฤติหรือกฎเกณฑ์ทางสังคม เช่น ความเจริญเติบโตทางเพศในด้านสังคม (Socio Sexual Development) ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ เพศสัมพันธ์ อิทธิพลของเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม การเกี่ยวพาราสี การเลือกคู่ครองการแต่งงาน ชีวิตสมรสหรือชีวิตครอบครัว การวางแผนครอบครัว ประเพณีและวัฒนธรรมต่างๆ

เบญจา ยอดคำเนิน (2544: 11) ได้กล่าวว่า เพศภาวะ (Gender) หมายถึง บทบาททางสังคม วัฒนธรรมของชายและหญิง ที่มีการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด คือการมีหน้าที่ความหมายให้ผู้ชายปฏิบัติตนอย่างไร ซึ่งต่างกับคำว่าเพศชาย (Male) หรือเพศหญิง (Female) คือ เพศภาวะ คือ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา จึงจำเป็นต้องทราบและคำนึงถึงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อและการปฏิบัติของทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงพร้อมกันในแต่ละครอบครัว ชุมชนและสังคม จะประกอบไปด้วยสมาชิกทั้งสองเพศและการปฏิบัติให้ความเท่าเทียมกันจึงเป็นสิ่งสำคัญของเพศภาวะ ส่วนเพศศึกษาเป็นเพศศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ พฤติกรรมทางเพศ เพื่อเป็นกรอบให้เกิดแนวปฏิบัติและสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศได้

มิติทางเพศ (Sexuality) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมทางเพศ ทักษะที่มีต่อเรื่องเพศ ซึ่งถูกปลูกฝังและปรุงแต่งโดยเพศภาวะที่แตกต่างกันของผู้ชายและผู้หญิง สำหรับสังคมไทยผู้ชายถูกปลูกฝังให้มีสถานภาพและอำนาจทางเพศสูงกว่าผู้หญิง ปัจจุบันแนวคิดลักษณะเช่นนี้กลับเป็นอุปสรรคต่อผู้หญิง ในเรื่องพฤติอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิและความเท่าเทียมต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และปรับความเชื่อและควรปฏิบัติให้สอดคล้องกับพฤติกรรมมนุษย์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554: ระบบออนไลน์) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เพศ หมายถึง รูปที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Freud, 1970: 45) ได้กล่าวว่า เรื่องเพศเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ขึ้นในบุคคล และมนุษย์มีความรู้สึกทางเพศมาตั้งแต่เกิด

เคอร์ริกเคนดัล (Kirkendall, 1960: 48) ได้กล่าวถึงเรื่องเพศไว้ดังนี้

1. เรื่องเพศเป็นแรงผลักดันที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้คนเราเกิดมีความปรารถนาจะประสบความสำเร็จ และสามารถกระทำหรือแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามที่ได้ตั้งใจเอาไว้

2. เรื่องเพศเป็นแรงกระตุ้นหรือเครื่องเร้าใจที่สำคัญที่ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีความสนใจซึ่งกันและกัน
3. เรื่องเพศเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดบทบาท กิริยาท่าทาง ลักษณะการดำเนินชีวิตของคนเราอย่างเห็นได้ชัด แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าเพศใดจะสำคัญยิ่งหย่อนไปกว่ากัน
4. เรื่องเพศเป็นธรรมชาติที่แฝงอยู่ในร่างกาย และจิตใจของคนเราอย่างลึกซึ้งและถาวร ซึ่งจะแสดงบทบาทสำคัญที่สุดให้เห็นได้ในชีวิตรักและครองเรือน
5. เรื่องเพศเป็นสิ่งที่สามารถกลับตาลปัตรให้ชีวิตมีความต่อเนื่องกันจากช่วงชีวิตหนึ่งไปยังอีกช่วงชีวิตหนึ่งโดยกระบวนการสืบพันธุ์

ในการศึกษาครั้งนี้เพศ หมายถึง เพศที่ระบุตามบัตรประชาชน ได้แก่ เพศชายและเพศหญิง นอกจากเพศแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญดาว กล้ารัตน์ 2554: 14)

อายุ (Age)

เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม คนที่อายุน้อยมักจะมีความคิดเสรีนิยม ยึดถืออุดมการณ์ และมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่อายุมาก ในขณะที่คนอายุมากมักจะมีความคิดที่อนุรักษ์นิยม ยึดถือการปฏิบัติ ระมัดระวัง มองโลกในแง่ร้ายกว่าคนที่อายุน้อย เนื่องมาจากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน

อาชีพ (Occupation)

จะบ่งบอกลักษณะเฉพาะของบุคคลในเรื่องของความชอบ ความสนใจและความสามารถของบุคคล

ระดับการศึกษา (Education)

ระดับการศึกษาจะทำให้คนมีความรู้ ความคิด ตลอดจนความเข้าใจในสิ่งต่างๆ กว้างขวางลึกซึ้งแตกต่างกันออกไป ทำให้บุคคลมีศักยภาพเพิ่มขึ้นแล้ว การศึกษายังทำให้เกิดความแตกต่างทางทัศนคติ ค่านิยม และคุณธรรมความคิดอีกเช่นกัน

สถานภาพสมรส (Marital Status)

บ่งบอกถึงความมีอิสระในการตัดสินใจและอิทธิพลต่อกระบวนการคิดการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคล

รายได้ (Income)

เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ

นอกจากปัจจัยทางด้านบุคคลที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเองซึ่งเป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมยังมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

2. ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเอง

การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ เป็นความเชื่อมั่นหรือการยอมรับในความสามารถของตนเองของการกระทำหรือการแสดงได้ด้วยตนเอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาการพึ่งพาในระดับปัจเจกบุคคล เป็นการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยอาศัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ได้แก่ (มนตรีประเสริฐรุ่งเรือง, 2559: 22)

2.1 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการจัดการด้านการเงิน ในการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร ความสามารถในการจัดยาเพื่อรับประทานยาด้วยตนเอง การทำกิจกรรมทางด้านศาสนา เป็นต้น

2.2 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนาร่วมกับผู้อื่นในชุมชน สังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในการดูแลลูกหลาน การดูแลครอบครัว การทำงานอดิเรก เป็นต้น

2.3 การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เป็นความสามารถในการปฏิบัติ/การทำงานบ้าน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การซักรีดเสื้อผ้า เป็นต้น

2.4 การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เป็นความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชุมชน/สังคมที่ได้อยู่อาศัย เช่น การไปตลาด การไปเที่ยว การทำกิจกรรมทางศาสนา

2.5 กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การขับถ่าย เป็นต้น

พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2544: 45) ได้สรุปไว้ว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ซึ่งคำนิยามโดยส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกัน มีนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยอยู่ในขอบเขตของการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน และกระทำอยู่เป็นประจำแต่ละวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การจัดเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นถึงความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองโดยอิสระ

ภายในบ้านในกลุ่มผู้ป่วยทุพพลภาพ ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ในความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในขอบเขตที่มากกว่าการตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน โดยได้ให้ความหมายของการปฏิบัติชีวิตประจำวันว่าเป็นทักษะและความสามารถที่บุคคลมีความต้องการในการที่จะประกอบกิจกรรมด้วยตนเองได้โดยอิสระในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยส่วนบุคคล การประกอบอาหาร การทำกิจกรรมภายในบ้าน การจับจ่ายซื้อของ การขับรถการใช้บริการขนส่งมวลชน การจัดการทางการเงิน การประกอบกิจกรรมทางด้านสังคม การใช้บริการทางด้านสาธารณสุข การติดต่อสื่อสาร และการท่องเที่ยว เป็นต้น เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

นาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1996: 23) ได้ระบุขอบเขตของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่าครอบคลุมถึง กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

จึงสามารถสรุปได้ว่า การพึ่งพาตนเอง คือ ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ใช้ทักษะการพึ่งพาตนเองในด้านต่างๆ สามารถนำความรู้มาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยไม่เป็นการแก่ผู้อื่น สามารถดูแลตนเองต้นสุขภาพและยังสามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้ ประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการจัดการด้านการเงิน ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ ความสามารถในการจัดยาเพื่อรับประทานยา การทำกิจด้านศาสนา เป็นต้น
2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ เป็นความสามารถในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในสังคม ในด้านนันทนาการ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การดูแลลูกหลาน การดูแลครอบครัว การทำงานอดิเรก เป็นต้น
3. การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เป็นความสามารถในการปฏิบัติ/การทำงานบ้าน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การซักผ้า เป็นต้น
4. การเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เป็นความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชุมชน/สังคมที่อยู่อาศัย เช่น การไปตลาด การไปเที่ยว การไปศาสนกิจ เป็นต้น
5. กิจวัตรประจำวันพื้นฐานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การขับถ่าย เป็นต้น

นอกจากปัจจัยการพึ่งพาตนเองซึ่งเป็นความสามารถส่วนบุคคลของผู้สูงอายุแล้ว ยังพบว่าปัจจัยทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล

3. ปัจจัยโครงสร้างสังคม

โครงสร้างสังคม เป็นระบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เชื่อมโยงให้เกิดกลุ่มสังคมที่มีรูปแบบต่างกันตามระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่จะทำให้สังคมเป็นระเบียบ ในการศึกษาโครงสร้างสังคมประกอบด้วย

3.1 ระบบการศึกษา พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติการมาตรฐานการศึกษาปี พ.ศ. 2551 ได้ให้ความหมายของการศึกษา คือ (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116 ตอนที่ 74 ก หน้า 2) กระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคม โดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์จรรโลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้อันเกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้ และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

ระบบการศึกษา คือ โครงสร้างของการศึกษาที่องค์ประกอบ เช่น ระดับชั้น และขั้นตอนของการศึกษา ประเภทของการศึกษา และกระบวนการเรียนการสอน

ระบบการศึกษาไทย กระทรวงศึกษาธิการระบบการศึกษาของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระบบ (จินตนา สุจิตานนท์, 2554: 44) ได้แก่

1. การศึกษาในระบบ เป็นการศึกษาที่กำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการศึกษา หลักสูตรระยะเวลาของการศึกษา การวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการสำเร็จการศึกษาที่แน่นอนที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมทางการศึกษานั้น เกิดขึ้นทั้งที่ห้องเรียน รวมถึงการเรียนรู้นอกห้องเรียน การเรียนรู้ที่บ้านหรือการเรียนรู้บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยยึดถือเอาห้องเรียนเป็นฐานกลางของการจัดการศึกษา การศึกษาจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพตรงตามความต้องการนั้นต้องอาศัยผลรวมของกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กัน คือ กระบวนการบริหารจัดการ กระบวนการจัดการเรียนรู้ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 มีการจัดการศึกษาดังนี้

การศึกษาขั้นพื้นฐาน

การศึกษาขั้นพื้นฐานประกอบด้วย การศึกษาซึ่งจัดไม่น้อยกว่า 12 ปีก่อน ระดับอุดมศึกษา การแบ่งระดับและประเภทของการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยจัดแบ่งไปตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง มี 3 ระดับคือ

1. การศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา เป็นการศึกษาที่มุ่งอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนการศึกษาภาคบังคับเพื่อเตรียมเด็กให้มีความพร้อมทุกด้านดีพอที่จะเข้ารับการศึกษาต่อไป การจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษานี้อาจจัดเป็นสถานรับเลี้ยงดูเด็ก ศูนย์เด็กปฐมวัยโรงเรียนอนุบาลหรือจัดเป็นชั้นเด็กเล็กในโรงเรียนประถมศึกษา

2. การศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นการศึกษามุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐานและให้สามารถคงสภาพอ่านออกเขียนได้ คิดคำนวณ ได้มีความสามารถประกอบอาชีพตามควรแก่วัยและความสามารถ ดำรงตนเป็นพลเมืองดีในระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยที่มีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขการจัดสถานศึกษาระดับประถมศึกษา พังจัดเป็นตอนเดียวตลอดใช้เวลาเรียนประมาณ 6 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นการศึกษาระดับบังคับ ซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะกำหนดอายุเข้าเกณฑ์ ให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น และความพร้อมของเด็ก แต่ต้องไม่บังคับเด็กเข้าเรียนก่อนอายุครบ 6 ปี บริบูรณ์ และไม่ช้ากว่าอายุครบ 8 ปี บริบูรณ์

3. การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นการศึกษาที่ต่อจากระดับประถมศึกษาที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ทั้งวิชาการและวิชาชีพที่เหมาะสมกับวัย ความต้องการ ความสนใจ และความถนัดเพื่อให้บุคคลเข้าใจและรู้จักเลือกอาชีพที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองและสังคม การศึกษาระดับนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้เวลาเรียนตอนละประมาณ 3 ปี นับว่าเป็นการศึกษาระดับกลาง ซึ่งจัดขึ้นสำหรับเด็กวัยรุ่นอายุประมาณ 12-17 ปี ให้ได้เรียนหลังจากจบประถมศึกษาและเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาระดับสูงขึ้นไป ผู้ที่เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาอาจจะออกไป ประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถ หรือศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาดังนั้นในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นให้ผู้เรียนได้เลือกเรียนกลุ่มวิชาการ วิชาชีพตามความถนัดและความสนใจ ส่วนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย พังให้ผู้เรียนได้เน้นการเรียนกลุ่มวิชาที่ผู้เรียนจะยึดเป็นอาชีพต่อไป

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การศึกษาในระบบเป็นการจัดการศึกษา ประกอบไปด้วย การศึกษา 3 ระดับ คือ การศึกษาก่อนประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

การศึกษาระดับอุดมศึกษา

“การอุดมศึกษา” หมายความว่า การศึกษาในระดับที่สูงกว่าการศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรม ผลิตและพัฒนากำลังคนในด้านวิชาการและวิชาชีพชั้นสูง โดยการจัดการอุดมศึกษาต้องเป็นไปเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2562: 55-56)

1. พัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีความเชี่ยวชาญตามสาขาวิชาการหรือวิชาชีพที่ตนถนัด สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประเทศและสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันในระดับโลกได้

2. พัฒนาบุคคลให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ และทักษะที่จำเป็น เป็นคนดี มีวินัย ภูมิใจในชาติ เข้าใจสังคมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อรองรับสังคมโลกที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคต มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ร่วมกันแก้ไขปัญหาสังคม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

3. ตอบสนองยุทธศาสตร์ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการศึกษาแห่งชาติ และแผนด้านอุดมศึกษา ต้องเชื่อมโยงกับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับทรัพยากรบุคคลของประเทศในการเข้ารับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา รวมทั้งส่งเสริมให้มีการศึกษาอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะในการประกอบอาชีพของบุคคลและการศึกษาตลอดชีวิต

4. ให้สถาบันอุดมศึกษาพัฒนาความรู้ จัดการเรียนการสอน การวิจัยและการสร้างนวัตกรรม

หลักการของการจัดการอุดมศึกษา

ตามพระราชบัญญัติการอุดมศึกษา มาตรา 9 การจัดการอุดมศึกษาต้องเป็นไปตามหลักการดังต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2562: 57-60)

- (1) หลักความรับผิดชอบต่อสังคม
- (2) หลักเสรีภาพทางวิชาการ
- (3) หลักความเป็นอิสระ
- (4) หลักความเสมอภาค
- (5) หลักธรรมาภิบาล
- (6) หลักการอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

1. หลักความรับผิดชอบต่อสังคม ประกอบด้วย มาตรา 10-13 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มาตรา 10 เพื่อให้การจัดการอุดมศึกษาบรรลุวัตถุประสงค์ตามมาตรา 5 และเป็นไปตามหลักการตามมาตรา 9 ให้รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการการอุดมศึกษากำหนดแนวปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามหลักการดังกล่าว แนวปฏิบัตินั้นเมื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้ให้สถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งเปิดเผยผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติตามวรรคหนึ่งให้ประชาชนทราบตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการการอุดมศึกษา

มาตรา 11 สถาบันอุดมศึกษาต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์ของชุมชน สังคม และประเทศ ชุมชนและสังคมมีสิทธิติดตามและตรวจสอบสถาบันอุดมศึกษาตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการการอุดมศึกษา

มาตรา 12 สถาบันอุดมศึกษามีหน้าที่พัฒนาความรู้ให้ทันสมัย จัดการศึกษาให้ตอบสนองต่อความต้องการกำลังคนของประเทศ จัดให้มีการวิจัย การสร้างสรรค์และพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งให้บริการทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชน สังคม และประเทศโดยรวม และเผยแพร่องค์ความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการในเรื่องต่างๆ ต่อสาธารณชน สถาบันอุดมศึกษาต้องจัดให้มีการศึกษาเพื่อให้ผู้เรียน คณาจารย์ และบุคลากรได้เข้าถึงและมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน สังคม ชนบท และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เพื่อสร้างสำนึกรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม

มาตรา 13 สถาบันอุดมศึกษาพึงเป็นแบบอย่างให้แก่สังคมในการอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

2. หลักเสรีภาพทางวิชาการ ประกอบด้วย มาตรา 14 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มาตรา 14 เสรีภาพทางวิชาการในการศึกษาวิจัย ในการเรียนการสอน และการแสดงความคิดเห็นทางวิชาการตามหลักวิชา ย่อมได้รับความคุ้มครอง แต่การใช้เสรีภาพนั้นต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหน้าที่ของปวงชนชาวไทย และศีลธรรมอันดีของประชาชน และต้องเคารพและไม่ปิดกั้นความเห็นต่างของบุคคลอื่น การปิดกั้น คุกคาม ครอบงำ หรือจำกัดการใช้เสรีภาพตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ให้สถาบันอุดมศึกษาจัดให้มีกลไกที่เหมาะสมในการประกัน การให้ความช่วยเหลือ และความคุ้มครองแก่บุคคลผู้ใช้เสรีภาพตามมาตรา

3. หลักความเป็นอิสระ ประกอบด้วย มาตรา 15 และ 16 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มาตรา 15 สถาบันอุดมศึกษาย่อมมีอิสระในการจัดการเรียนการสอน การศึกษาวิจัย การบริหารวิชาการ การบริหารงานบุคคล การเงิน งบประมาณ และทรัพย์สิน โดยมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและขจัดการขัดกันแห่งผลประโยชน์ และการทุจริตและประพฤติมิชอบ ทั้งนี้ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งสถาบันอุดมศึกษาและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการอุดมศึกษา การควบคุมและกำกับดูแลสถาบันอุดมศึกษาจะกระทำได้เพียงเท่าที่จำเป็นเพื่อรักษาประโยชน์ของประชาชนหรือประเทศเป็นส่วนรวม และเท่าที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น

มาตรา 16 สภาวิชาชีพจะออกข้อบังคับหรือหลักเกณฑ์เพื่อจัดระเบียบการประกอบอาชีพโดยมีลักษณะเป็นการเลือกปฏิบัติหรือก้าวก่ายการจัดการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษามิได้

4. หลักความเสมอภาค ประกอบด้วย มาตรา 17 และ 18 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มาตรา 17 สถาบันอุดมศึกษาต้องจัดการศึกษาให้แก่ผู้เรียนอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกันไม่เลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด มาตรการที่สถาบันอุดมศึกษากำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรค ส่งเสริม หรืออำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนสามารถได้รับการศึกษาเช่นเดียวกับผู้อื่น มิถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคหนึ่ง

มาตรา 18 สถาบันอุดมศึกษาต้องจัดสรรงบประมาณหรือรายได้ตามสมควรเพื่อเป็นทุนการศึกษาให้แก่ผู้เรียนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามที่สภาสถาบันอุดมศึกษากำหนดและประกาศให้ทราบเป็นการทั่วไป

4. หลักธรรมาภิบาล ประกอบด้วย มาตรา 19-22 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มาตรา 19 สถาบันอุดมศึกษาและบุคลากรต้องปฏิบัติหน้าที่ตามหลักธรรมาภิบาล สถาบันอุดมศึกษาต้องจัดให้มีระบบควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ในการป้องกันและขจัดการขัดกันแห่งผลประโยชน์ และการทุจริตและประพฤติมิชอบ

มาตรา 20 สภาสถาบันอุดมศึกษาต้องจัดให้มีประมวลจริยธรรมของนายกสภาสถาบันอุดมศึกษา กรรมการสภาสถาบันอุดมศึกษา ผู้บริหารและบุคลากรของสถาบันอุดมศึกษา และผู้เรียน โดยมีกลไกในการส่งเสริม ตรวจสอบ และบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ

มาตรา 21 นายกสภาสถาบันอุดมศึกษาและกรรมการสภาสถาบันอุดมศึกษา ต้องเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีธรรมาภิบาลให้สภาสถาบันอุดมศึกษาแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ คณะกรรมการธรรมาภิบาลและจริยธรรม และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จากบุคคลซึ่งเป็นกลางและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางเพื่อทำหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับว่าด้วยธรรมาภิบาลของสถาบันอุดมศึกษา

มาตรา 22 สถาบันอุดมศึกษาต้องกำหนดพันธกิจที่มีต่อผู้เรียน บุคลากร สังคม และประเทศ โดยรวมอย่างเป็นรูปธรรม และประกาศต่อสาธารณะเพื่อให้รับทราบกันอย่างกว้างขวาง

Choy & Delahaye (2003 อ้างถึงใน สุदारัตน์ ครุฑกะ, 2550: 50) ให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่าง Adult และ Youth learning ดังต่อไปนี้

1. วัยหนุ่มสาว (Youth) หรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (Adult) มีความรู้สึกชอบที่จะศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง และการมีเพื่อนเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ แต่ไม่ชอบที่จะรับผิดชอบ หรือตัดสินใจว่าจะอะไรควรจะทำแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ที่ให้ความสำคัญกับจุดมุ่งหมายการเรียนรู้และศึกษาค้นคว้าในสิ่งที่ตนเองต้องการจะเรียนรู้

2. วัยหนุ่มสาว ให้การยอมรับในองค์ความรู้กับการสอนของครูหรือผู้อำนวยการสอน (เป็นผู้เรียนที่ฟังและเขียนมากกว่าที่จะพูดแสดงความคิดเห็น) แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ที่ให้ความสนใจกับการแรงจูงใจในการสอน และการศึกษาด้วยตนเอง หรือต้องการการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สอน (ชอบที่จะแสดงความคิดเห็นและพูดมากกว่าเขียน)

3. วัยหนุ่มสาวเชื่อถือและให้ความสำคัญกับการได้รับการรับรองผลการเรียนรู้แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ที่ให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ที่ได้รับมากกว่าผลลัพธ์ที่เป็นคะแนน

4. วัยหนุ่มสาวมีการจัดหลักสูตรและเรียนในเวลาเรียน แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ที่เรียนแบบผสมผสานมีทั้งหลักสูตรหรือไม่ก็ได้ และมักเรียนนอกเวลาเป็นส่วนใหญ่

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเน้นการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง

ระบบบริการสุขภาพ

สุदारัตน์ คำวิชา (2552: 46) ได้ให้ความหมายของระบบบริการสุขภาพว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ การให้บริการได้ครอบคลุม การไม่มีความซ้ำซ้อนของบทบาทสถานพยาบาลในระดับต่างๆ และมีการเชื่อมโยงสถานพยาบาลแต่ละระดับ

ระบบบริการสุขภาพเป็นกิจกรรมหรือส่วนต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการส่งเสริมรักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) โดยจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2555: 5) คือ

1. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level: PCL หรือ Primary Medical Care: PMC) จะรับผิดชอบดูแลจำนวนประชากรไม่มากนักแต่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้นรับผิดชอบจำนวนประชากรที่มากขึ้นแต่ครอบคลุมการให้บริการเฉพาะโรคที่ไม่เกิดบ่อยแต่มีความซับซ้อน ได้แก่

1.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self Care Level) เป็นการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย แนวโน้มประชาชนมีความตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การลดการสูบบุหรี่หรือมีการออกกำลังกาย แต่ขณะเดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยน้อยลง โดยหันไปใช้บริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมากขึ้น

1.2 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care Level: PHC) เป็นการบริการสาธารณสุขที่ ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ผู้ให้บริการคือประชาชนด้วยตนเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้จึงใกล้ชิดกับการดูแลรักษาตนเองและบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นอย่างมาก

1.3 การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level หรือ Primary Medical Care: PMC) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย นอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้ว จะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและทั้งหมด

ยังไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการระดับต้นที่ดูแลแบบองค์รวมทุกครัวเรือน ในอนาคตอันใกล้คงจะได้เห็นบริการระดับต้นที่เป็นองค์รวมและเข้มแข็งขึ้น บริการสุขภาพระดับต้นประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้ คือ

1) สถานีอนามัย (สอ.) /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไป ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First Line Health Service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000-5,000 คน ภารกิจ คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน

2) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล, แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชนทุกระดับ รวมถึงการดำเนินการลักษณะเป็นคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนคลินิกเอกชนเป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

3) ร้านขายยา จัดเป็นบริการระดับต้นอย่างหนึ่ง ซึ่งดำเนินการโดยเภสัชกร หรือผู้ได้รับการอบรมความรู้ด้านยา

ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ในระดับครอบครัวและชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ/หรือสถานีอนามัย เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ

2. การจัดบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ (Secondary Care Level หรือ Secondary Medical Care: SMC) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักดังนี้

2.1 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 1,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

2.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ของรัฐโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไปและมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบ

2.3 โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการโดยไม่มุ่งกำไรหรือดำเนินการแบบธุรกิจ มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ หมายถึง การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขา โดยมีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ

3. การจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care หรือ Tertiary Medical Care: TMC) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้

- 3.1 โรงพยาบาลศูนย์
- 3.2 โรงพยาบาลทั่วไป
- 3.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ
- 3.4 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน

ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ หมายถึง การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ โดยมีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลใหญ่ที่สังกัดกระทรวงอื่นๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่หน่วยงานรับผิดชอบ

บริการระดับต้นประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญคือ เป็นบริการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของชุมชน เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้น และเป็นบริการจุดแรกที่ทำให้บริการที่ผสมผสาน ต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่าย และบริการระดับต้นมีบทบาทในการให้บริการจุดแรกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแก่ชุมชนอย่างเป็นองค์รวม และการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อนไปรับบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ส่วนการดูแลโดยโรงพยาบาลมีลักษณะในการให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน โดยมีบทบาทในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อน การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาวิจัย และการสนับสนุนการบริการระดับต้นให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

ปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ส่วนปัญหาการจัดการบริการของโรงพยาบาล คือ การขาดการวางแผนการกระจายโรงพยาบาลที่ดี การมีแผนกผู้ป่วยนอกขนาดใหญ่และรับภาระงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก ปัญหาเรื่องต้นทุนและการกำหนดราคาค่าบริการของโรงพยาบาล และปัญหาผู้บริหารโรงพยาบาล

สื่อสาธารณะ

จิตินันท์ พงษ์สุทธิรักษ์ และวีระยุทธ กาญจน์ชูฉัตร (2546: 14) ได้ให้ความหมาย สื่อสาธารณะ คือ สื่อสารมวลชนที่หน้าที่เพื่อสาธารณะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ถูกต้องและสมบูรณ์

จิตินันท์ พงษ์สุทธิรักษ์ และวีระยุทธ กาญจน์ชูฉัตร (2546: 15) ได้ให้ความหมาย สื่อสาธารณะ คือ บริการสื่อสารข้อมูลแก่สาธารณะ มุ่งเน้นเพื่อการสร้างและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ของประชาชนในประเทศ

ดังนั้น สื่อสาธารณะ หมายถึง สื่อที่ทำหน้าที่ค้นหา ตรวจสอบ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นจริงให้ประชาชนได้รับรู้รับทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคม รวมถึงเหตุการณ์ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสิทธิของประชาชน ตลอดจนความมั่นคงของประเทศชาติ

สื่อสาธารณะ ได้แก่ วิทยู

สถานีวิทยุที่เป็นของรัฐคือ สถานีวิทยุกระจายเสียงของประเทศไทย เป็นหน่วยงานสถานีวิทยุกระจายเสียงของรัฐบาล มีสถานะเป็นสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งชาติของประเทศไทย สังกัดกรมประชาสัมพันธ์สำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี และปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นผู้กำกับดูแลโดยมีภารกิจหลัก คือ

1. กระจายเสียงเพื่อสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ของรัฐด้านนโยบาย ข้อมูลข่าวสาร และสะท้อนปัญหาของประชาชนสู่รัฐบาล ตลอดจนส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างรัฐกับประชาชน
2. สนับสนุน ส่งเสริมการศึกษาและเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรม ทั้งภายในและภายนอกประเทศ เพื่อประโยชน์ด้านความมั่นคงและส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการปกครองในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข
3. ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

นอกจากสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยแล้วยังมีสถานีวิทยุชุมชน (Community Radio) เป็นสื่อสาธารณะที่ดำเนินการตามพระราชบัญญัติองค์การจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ พ.ศ. 2543 ที่กำหนดให้รัฐจัดสรรคลื่นวิทยุให้แก่ภาคประชาชน โดยจัดสรรไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20

วิทยุชุมชนมีลักษณะที่แตกต่างจากวิทยุเป็นสื่อที่จัดตั้งและดำเนินงานโดยชุมชนโดยกระจายเสียงครอบคลุมเฉพาะพื้นที่ และมุ่งดำเนินงานเพื่อประโยชน์สูงสุดของชุมชน โดยไม่แสวงหากำไร ทั้งนี้เพื่อตอบสนองวิถีชีวิตและความต้องการที่แตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน

UNESCO ได้กำหนดลักษณะสำคัญของวิทยุชุมชนไว้ 3 ประการดังนี้

1. ต้องให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยง่าย (Accessibility) เป็นการเข้าถึงในแง่ผู้ฟังผู้ร่วมผลิตรายการผู้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารจัดการ เป็นต้น
2. ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปแบบต่างๆ (Participation)
3. ต้องเป็นวิถึที่ประชาชนมีการบริหารจัดการด้วยตนเอง (Self-Management) คือแนวคิดเรื่องการบริหารจัดการโดยชุมชนเอง

ดังนั้น วิถึ หมายถึง การกระจายเสียงเพื่อนำเสนอข่าวสารหรือข้อมูลต่างๆ เพื่อให้ประชาชนที่ได้รับฟังนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้มีประสิทธิภาพจากสถานีวิทยุของรัฐและสถานีวิทยุชุมชน

โทรทัศน์ สื่อสาธารณะด้านโทรทัศน์ในประเทศไทย คือ สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส เป็นสถานีโทรทัศน์ที่เป็นของรัฐที่มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข่าวสารที่มีหลักการสำคัญ คือ

1. มีเนื้อหาที่หลากหลายสอดคล้องกับรสนิยมและความสนใจของทุกคน
2. นำเสนอรายการอย่างเป็นกลาง โดยไม่ฝักใฝ่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด
3. ให้ความสำคัญกับกลุ่มคนที่ถูกละเลยจากสื่อเชิงพาณิชย์ (เช่น กลุ่มเด็กผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น) เป็นพิเศษ
4. มีบทบาทในการพัฒนาประชาธิปไตย
5. มุ่งผลิตรายการที่มีคุณภาพเป็นสำคัญมากกว่าความต้องการจำนวนผู้ชม

ดังนั้น โทรทัศน์ หมายถึง การส่งภาพและเสียงรับชม และสามารถนำประโยชน์ที่ได้จากการชมรายการต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หนังสือพิมพ์ หมายถึง สิ่งพิมพ์ที่รายงานข้อเท็จจริงและเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน มีสาระอื่นๆ ที่น่าสนใจตลอดจนการโฆษณา มีกำหนดการวางจำหน่ายที่แน่นอนใช้กระดาษชนิดเดียวกันตลอดเล่มไม่มีการเย็บเล่ม

พระราชบัญญัติการพิมพ์ พ.ศ. 2484 ให้ความหมาย หนังสือพิมพ์ เป็นสิ่งพิมพ์ที่มีชื่อจำหน่ายเช่นเดียวกัน ออกหรือเจตนาจะออกตามลำดับเรื่อยไป มีกำหนดระยะเวลาหรือไม่ก็ตาม มีข้อความต่อเนื่องหรือไม่ก็ตาม

หนังสือพิมพ์ หมายถึง สื่อสิ่งพิมพ์รายงานข่าว และข่าวสาร เพื่อให้ความรู้ ความบันเทิงและเสนอข้อเขียนเชิงวิพากษ์ วิจาร์ณเสนอข้อคิดเห็นต่างๆ ในรูปของบทนำ หรือบทบรรณาธิการ (Editorial) บทความ (Article) ตลอดจน คอลัมน์ (Column) เพื่อให้แง่มุมความคิด และการเตือนภัยแก่ผู้อ่านซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปเป็นสำคัญ

ดังนั้น หนังสือพิมพ์ คือ สื่อสิ่งพิมพ์ที่รายงานข่าวและข่าวสารเพื่อความรู้และความบันเทิงและยังให้แง่คิดต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สื่อออนไลน์ ประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ มีด้วยกันหลายชนิด ขึ้นอยู่กับลักษณะของการนำมาใช้โดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่ม (เศรษฐพงษ์ มะลิสวรรณ, 2552: 18) ดังนี้

1. Weblogs หรือเรียกสั้นๆ ว่า Blogs คือ สื่อส่วนบุคคลบนอินเทอร์เน็ตที่ใช้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ข้อคิดเห็น บันทึกส่วนตัว โดยสามารถแบ่งปันให้บุคคลอื่น ๆ โดยผู้รับสารสามารถเข้าไปอ่านหรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ซึ่งการแสดงเนื้อหาของบล็อกนั้นจะเรียงลำดับจากเนื้อหาใหม่ไปสู่เนื้อหาเก่า ผู้เขียนและผู้อ่านสามารถค้นหาเนื้อหาย้อนหลังเพื่ออ่านและแก้ไขเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา เช่น Exteen, Bloggang, WordPress, Blogger และ Okanation เป็นต้น

2. Social Networking หรือเครือข่ายทางสังคมในอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ใช้สำหรับเชื่อมต่อระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล เพื่อให้เกิดเป็นกลุ่มสังคม (Social Community) เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลระหว่างกันทั้งด้านธุรกิจ การเมือง การศึกษา เช่น Facebook, Hi5, Ning, Linked in, MySpace, Youmeo และ Friendster เป็นต้น

3. Micro Blogging และ Micro Sharing หรือที่เรียกกันว่า “บล็อกจิ๋ว” ซึ่งเป็นเว็บเซอร์วิสหรือเว็บไซต์ที่ให้บริการแก่บุคคลทั่วไป สำหรับให้ผู้ใช้บริการเขียนข้อความสั้นๆ ประมาณ 140 ตัวอักษร ที่เรียกว่า “Status หรือ Notice” เพื่อแสดงสถานะของตัวเองว่ากำลังทำอะไรอยู่ หรือแจ้งข่าวสารต่างๆ แก่กลุ่มเพื่อนในสังคมออนไลน์ (Online Social Network) (Wikipedia, 2010: Online) ทั้งนี้การกำหนดให้ใช้ข้อมูลในรูปแบบข้อความสั้นๆ ก็เพื่อให้ผู้ใช้ที่เป็นทั้งผู้เขียนและผู้อ่านเข้าใจง่าย ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายคือ Twitter

4. Online Video เป็นเว็บไซต์ที่ให้บริการวิดีโอออนไลน์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายและขยายตัวอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเนื้อหาที่น่าสนใจในวิดีโอออนไลน์ไม่ถูกจำกัดโดยผังรายการที่แน่นอนและตายตัว ทำให้ผู้ใช้บริการสามารถติดตามชมได้อย่างต่อเนื่อง เพราะไม่มีโฆษณาคั่น รวมทั้งผู้ใช้สามารถเลือกชมเนื้อหาได้ตามความต้องการและยังสามารถเชื่อมโยงไปยังเว็บไซต์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้จำนวนมากอีกด้วย เช่น Youtube, MSN, Yahoo เป็นต้น

5. Poto Sharing เป็นเว็บไซต์ที่เน้นให้บริการฝากรูปภาพโดยผู้ใช้บริการสามารถอัปโหลดและดาวน์โหลดรูปภาพเพื่อนำมาใช้งานได้ ที่สำคัญนอกเหนือจากผู้ใช้บริการจะมีโอกาสแบ่งปันรูปภาพแล้ว ยังสามารถใช้เป็นพื้นที่เพื่อเสนอขายภาพที่ตนเองนำไปฝากได้อีกด้วย เช่น Flick, Photobucket, Photoshop, Express, Zoom เป็นต้น

6. Wikis เป็นเว็บไซต์ที่มีลักษณะเป็นแหล่งข้อมูลหรือความรู้ (Data/Knowledge) ซึ่งผู้เขียนส่วนใหญ่อาจจะเป็นนักวิชาการ นักวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ทั้งการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ซึ่งผู้ใช้สามารถเขียนหรือแก้ไขข้อมูลได้อย่างอิสระ เช่น Wikipedia, Google Earth, diggy Favorites Online เป็นต้น

7. Virtual Worlds คือ การสร้างโลกจินตนาการโดยจำลองส่วนหนึ่งของชีวิตลงไปจัดเป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่บรรดาผู้ท่องโลกไซเบอร์ใช้เพื่อสื่อสารระหว่างกันบนอินเทอร์เน็ต ในลักษณะโลกเสมือนจริง (Virtual Reality) ซึ่งผู้ที่จะเข้าไปใช้บริการอาจจะบริษัทหรือองค์กรด้านธุรกิจ ด้านการศึกษา รวมถึงองค์กรด้านสื่อ เช่น สำนักข่าวรอยเตอร์ สำนักข่าวซีเอ็นเอ็น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อพื้นที่เพื่อให้บุคคลในบริษัทหรือองค์กรได้มีช่องทางในการนำเสนอเรื่องราวต่างๆ ไปยังกลุ่มเครือข่ายผู้ใช้สื่อออนไลน์ ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่ม ลูกค้าทั้งหลัก และรองหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจ ของบริษัท หรือองค์กรก็ได้ ปัจจุบันเว็บไซต์ที่ใช้หลัก Virtual Worlds ที่ประสบผลสำเร็จและมีชื่อเสียงคือ Second life

8. Crowd Sourcing มาจากการรวมคำ 2 คำ คือ Crowd และ Outsourcing เป็นหลักการขอความร่วมมือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยสามารถจัดทำในรูปของเว็บไซต์ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อค้นหาคำตอบและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งทางธุรกิจ การศึกษา รวมทั้งการสื่อสาร โดยอาจจะเป็นการดึงความร่วมมือจากเครือข่ายทางสังคมมาช่วยตรวจสอบข้อมูลเสนอความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะ กลุ่มคนที่เข้ามาให้ข้อมูลอาจจะประชาชนทั่วไปหรือผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่อยู่ในภาคธุรกิจหรือแม้แต่ในสังคมนักข่าว ข้อดีของการใช้หลัก Crowd Sourcing คือ ทำให้เกิดความหลากหลายทางความคิดเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพตลอดจนช่วยตรวจสอบหรือคัดกรองข้อมูลซึ่งเป็นปัญหาสาธารณะร่วมกันได้ เช่น Idea Storm, Mysterious Idea

9. Podcasting หรือ Podcast มาจากการรวมตัวของสองคำ คือ Pod กับ Broadcasting ซึ่ง POD หรือ Personal on Demand คือ อุปสงค์หรือความต้องการส่วนบุคคลส่วน Broadcasting เป็นการนำเสนอต่างๆ มารวมกันในรูปของภาพและเสียง หรืออาจกล่าวง่ายๆ Podcast คือ การบันทึกภาพและเสียงแล้วนำมาไว้ในเว็บเพจ (Web Page) เพื่อเผยแพร่ให้บุคคลภายนอก (The Public in General ที่สนใจดาวน์โหลดเพื่อนำไปใช้งาน เช่น Dual Geek Podcast, Wiggy Podcast

10. Discuss/Review/Opinion เป็นเว็บบอร์ดที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสามารถแสดงความคิดเห็น โดยอาจจะเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ ประเด็นสาธารณะทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม เช่น Epinions, Moutshut, Yahoo, Answer, Pantip, Yelp

ประโยชน์และข้อจำกัดของสังคมออนไลน์

สื่อออนไลน์จะเป็นสื่อให้ข้อมูลข่าวสารสามารถกระจายออกไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง มีประโยชน์มากในด้านการติดต่อสื่อสารในยุคปัจจุบัน แต่ก็มีอันตรายเช่นเดียวกัน

ประโยชน์ของ Social Networks เครือข่ายสังคมออนไลน์

1. สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ในสิ่งที่สนใจร่วมกันได้

2. เป็นคลังข้อมูลความรู้ขนาดย่อมเพราะเราสามารถเสนอและแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้หรือตั้งคำถามในเรื่องต่างๆ เพื่อให้บุคคลอื่นที่สนใจหรือมีคำตอบได้ช่วยกันตอบ
 3. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสารกับคนอื่น สะดวกและรวดเร็ว
 4. เป็นสื่อในการนำเสนอผลงานของตัวเอง เช่น งานเขียน รูปภาพ วิดีโอต่างๆ เพื่อให้ผู้อื่นได้เข้ามารับชมและแสดงความคิดเห็น
 5. ใช้เป็นสื่อในการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ หรือบริการลูกค้าสำหรับบริษัทและองค์กรต่างๆ ช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้ลูกค้า
 6. ช่วยสร้างผลงานและรายได้ให้แก่ผู้ใช้งาน เกิดการจ้างงานแบบใหม่ๆ ขึ้น
 7. คลายเครียดได้สำหรับผู้ที่ใช้ที่ต้องการหาเพื่อนคุยเล่นสนุกๆ
 8. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีจากเพื่อนสู่เพื่อนได้
- ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า สื่อออนไลน์ คือ สื่อที่ให้ข้อมูลหรือข่าวสารต่างๆ ผ่านระบบ อินเทอร์เน็ต มีความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อสื่อสาร และนิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง

ทักษะทางสังคม (Social Skills)

เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งและมั่นคงในการเผชิญ สถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีสติ มีความยืดหยุ่นต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสามารถ เผชิญกับอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Riggio, 1986: 18) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

1. การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Expressivity) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ในการส่งสารโดยใช้ท่าทาง การแสดงออกทางอารมณ์และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับ
2. ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (Emotional Sensitivity) เป็นทักษะทั่วไป ของผู้สูงอายุในการรับรู้และแปลความหมายของการสื่อสารด้วยท่าทาง มีความสามารถในการรับรู้ อารมณ์ของผู้อื่นและสามารถสังเกตท่าทางของผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
3. การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Emotional Control) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุ ในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง โดยสังเกตจากการแสดงท่าทาง สามารถควบคุมอารมณ์ ของตนเองได้และสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
4. การแสดงออกทางสังคม (Social Expressivity) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุ ในการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น ผู้สูงอายุที่แสดงออกทางสังคมสูงจะแสดงตัวและชอบเข้าสังคม สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง อย่างคล่องแคล่ว
5. ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุ ในการแปลความหมายและเข้าใจในการใช้การสื่อสารเรื่องต่างๆ โดยทั่วไปด้วยภาษาพูด รับรู้ และเอาใจใส่อารมณ์ของผู้อื่น

6. การควบคุมทางสังคม (Social Control) เป็นทักษะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในการรักษาภาพพจน์ทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีการควบคุมทางสังคมสูงจะมีไหวพริบ มีความมั่นใจในตนเอง และมีความชำนาญทางสังคมผู้สูงอายุเหล่านี้จะสามารถแสดงบทบาททางสังคมได้อย่างหลากหลาย และสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองให้มีความเหมาะสมกับเหตุการณ์ทางสังคมได้

แนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร (2554: 77) ได้เสนอแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

1. การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน โดยให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือและใช้อัตราการรู้หนังสือ (Literacy Rate) ของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนาประเทศชาติ ระบบที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนอ่านหนังสือมากขึ้น ได้แก่ การทำให้หนังสือคุณภาพดีหาได้ง่ายขึ้น ในราคาที่เหมาะสมทุกระดับสามารถซื้อหาได้ การทำให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก การส่งเสริมผู้ผลิตและจัดทำข้อมูลสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น หนังสือเพื่อจำแนกกลุ่มผู้อ่าน การประชาสัมพันธ์หนังสือนำอ่าน การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทาง และแหล่งฝึกฝนการอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน

2. การสร้างองค์ความรู้สำหรับพัฒนาการตัดสินใจ การพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การรายงานพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถใช้เป็นดัชนีสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพัฒนาประเทศได้ นอกจากนี้ควรมีการแลกเปลี่ยนงานวิจัยระหว่างหน่วยงานและการพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการที่มีผลในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ เนื่องจากปัจจุบันสังคมออนไลน์ (Social Network) ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องทันสมัยได้ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเอง และเผยแพร่ไปสู่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในเครือข่าย ทั้งนี้ข้อมูลสุขภาพในระบบควรมีการออกแบบ เนื้อหาที่เข้าถึงใจผู้ใช้บริการ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ช่องทางผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศมีการเพิ่มระดับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยทำให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลมีความระมัดระวังและรักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลที่ต้องการ ทันสมัย และเชื่อถือได้ รวมทั้งมี

การประเมินและวิเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่ามีความเหมาะสมกับผู้ต้องการใช้หรือไม่มากนัก เพียงใดเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

4. เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่ผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้นหากประชาชนสามารถแสวงหาความรู้มาเพิ่มพูนทักษะและความสามารถให้สูงขึ้นแก่ตนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มจะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ประชาชนก็จะมีภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความฉลาดในการข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ

5. การพัฒนาระบบที่เป็นมิตรกับผู้รับบริการ ได้แก่

5.1 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพทำได้โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพป้ายแนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลายและน่าสนใจ จัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดเครื่องแบบหรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการ

5.2 การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขในระบบสุขภาพทุกวันนี้มีเวลาน้อยมากในการสื่อสารกับผู้มารับบริการทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติหรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเองอันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดียและสื่อสาธารณะ การออกแบบควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนี้ถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพหรือภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและให้ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่เสมอจึงจะเป็นหนทางช่วยให้เป็นคนทันโลกและทันโรค โดยอาศัยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว คนร่วมชุมชน และสังคมได้อีกด้วย ดังนั้นในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ คือ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) ในยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการ

สร้างเสริมความรู้ในรูปแบบที่หลากหลายเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการบริหารจัดการงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการ เพื่อเพิ่มคุณค่า ศักดิ์ศรี ของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเองให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติไม่ว่าเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี และนวัตกรรมอย่างทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

จำลอง ชูโต และคณะ (2559) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ระดับความมีพลังของผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพลังในระดับสูง เนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และมีความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพราะลูกหลานให้ความเคารพนับถือให้การดูแลที่ดี นอกจากนี้บริบททางสังคม วัฒนธรรมประเพณีอันดีงาม ความเชื่อมั่นศรัทธาในศาสนาที่สืบทอดต่อกันมาทำให้ยังคงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยนี้

พัชรี ต้นศิริ (2546) ศึกษาถึงเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลานและ/หรือสามี ภรรยา พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมย่อยๆ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย=2.61) พัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีและการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) โรคประจำตัว เช่น โรคปวดหลัง เข่า ข้อ (ร้อยละ37) และร้อยละ 57 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ปาริชาติ ญาตินิยม (2547) ศึกษาถึงลักษณะภาวะพลัง กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ลักษณะพลังกรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การไม่ยั้งทำกิจกรรมตลอดเวลา คือ การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ตนชอบ ในยามว่างและกิจกรรมที่ทำในองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก 2) การมีสุขภาวะดี คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณได้เหมาะสมกับวัย และ 3) การมีความมั่นคงในชีวิต คือ การที่ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย มีความรู้สึกแน่นอนถึงปัจจัยต่างๆ ในการดำรงชีวิต ได้แก่ รายได้ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแล

บุญนาค ปัตถานัง (2555) ศึกษาถึงระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ระบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดสุขภาพของผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ส่วนปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวเนื่องกับการดำเนินงานนโยบายและโครงการไปปฏิบัติจริงไม่ได้ทั้งหมด สำหรับแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การมีทิศทางของนโยบายที่ชัดเจน และปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ ที่จะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ก็เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิภาณันท์ ม่วงสกุล (2558) ศึกษาถึงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ด้วยแนวคิดพัฒนาพลัง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีพัฒนาพลัง (Active Aging) เช่นกัน เริ่มจากผู้สูงอายุต้องส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และมีกลุ่มในสังคมโดยอาศัยเทคโนโลยีมาเชื่อมต่อสังคมให้กับผู้สูงอายุเหล่านี้ให้ได้ทำกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ทำให้ไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือหวาดหวั่นในด้านครอบครัวควรให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ไปมาหาสู่หรือเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุเหล่านี้ ด้านชุมชนควรเปิดโอกาสให้มีพื้นที่ในชุมชนให้สามารถทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุด้วยกันเองหรือพหุวัยเพื่อให้เกิดการความสัมพันธ์ของคนในชุมชน รวมถึงส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและเสริมรายได้ให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตลอดจนรัฐบาลต้องวางแผนงานในทุกหน่วยงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอย่างเป็นรูปธรรมโดยเฉพาะด้านสุขภาพและรายได้

กิตติวงศ์ สาสวด (2559) ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันหากร่างกายป่วยจิตใจก็ป่วยด้วย 2) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความปรองดองใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลซึ่งกันและกันและดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ และ 3) รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นสุขภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ

ฐานญา สมภู (2560) ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการศึกษาในระดับภาวะพหุพลังในสภาพปัจจุบันในการศึกษา พ.ศ. 2558 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ มีระดับพหุพลังปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 และในด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.81 2) ผลการศึกษาวิถีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) จากการศึกษาพหุทัศนะกรณีชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ มีขั้นตอนที่สำคัญในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมภาวะพหุพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย ขั้นตอนแรก การตระหนักและวางแผนการ ขั้นตอนที่สอง การเรียนรู้พึ่งพาตนเอง และขั้นตอนสุดท้าย การลงมือทำซ้ำและการดำเนินจัดกิจกรรมมีความต่อเนื่องและกิจกรรมหลากหลาย โดยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกายประยุกต์การรำทอถิ่น กิจกรรมฝึกจิตใจด้วยสมาธิ กิจกรรมกีฬาสามัคคี กิจกรรมร่วมใจพหุวัย กิจกรรมความรู้พืชสมุนไพรยาทอถิ่น กิจกรรมความรู้สิทธิศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ และเงื่อนไขภายนอกที่สนับสนุนการส่งเสริมภาวะพหุพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ภาาเคือรือข่ายการจัดการและออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ศักยภาพแกนนำและแหล่งการเรียนรู้ทอถิ่น 3. ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุพลังของชมรมผู้สูงอายุไทยในส่วนแรก รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า PLS Model ประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) การดำเนินกิจกรรมและกิจกรรมสำคัญ 4) เงื่อนไขการจัดรูปแบบ และ 5) การติดตามและการประเมินผล ในส่วนที่สองผลการทดลองและปรับปรุงรูปแบบโดยผลการทดลองจากการวัดระดับพหุพลังก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มทดลองผู้สูงอายุมีระดับพหุพลังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 3.55 ค่าเฉลี่ยหลังทดลองเท่ากับ 3.94) จากการศึกษาผู้สูงอายุหลังการทดลองรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและการประเมินรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยรูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับจำนวนสมาชิกชมรมไม่มากเกินไป กิจกรรมชมรมมีความหลากหลายตามบริบททอถิ่น กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญา และการร่วมมือทำกิจกรรมเน้นลักษณะพหุวัย

นงเยาว์ มีเทียน (2560) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพหุพลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษา สถานภาพโสด และความเพียงพอของรายได้ ร่วมกันทำนายพหุพลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมืองได้ร้อยละ 41.4 ($R^2 = 0.414$, $F = 52.131$, $p < 0.001$) ผลการศึกษาคั้งนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพได้เข้าใจปัจจัยที่เด่นทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมืองให้ผ่านเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีพหุพลัง ทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับประชาชนกลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและมีความสุข

วาสนา สิทธิกัน (2560) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมียุติอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.26 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวม ด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.83 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ (1) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ (2) ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับปานกลาง (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54 - 2.81) และผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45 - 2.75) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ (3) ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีกว่าผู้ที่ไม่อาชีพ (Adjusted OR 0.13, 95% CI 0.03 - 0.60) สรุปความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมและอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนาทักษะและให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมหรือชมรม เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย

พระปลัดสมชาย ปโยโค (2561) ศึกษาถึงการสังเคราะห์ตัวชี้วัดการเสริมสร้างพัฒนาพลังวิถีพุทธของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณราชการ ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดพัฒนาพลังตามองค์ประกอบที่สังเคราะห์ได้มีดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณอายุราชการ ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2) การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 3) ความปลอดภัยทางกายภาพ และ 4) สุขภาพจิตที่ดี องค์ประกอบที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณอายุราชการ 1) การทำกิจกรรมอาสาสมัคร 2) การดูแลบุตรหลานในครัวเรือน 3) การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน และ 4) การมีส่วนร่วมทางการเมือง องค์ประกอบที่ 3 ด้านความมั่นคงของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณอายุราชการ 1) การมีงานทำหลังเกษียณอายุราชการ 2) การมีรายได้หลังเกษียณอายุราชการ 3) การมีที่พักอาศัยที่มั่นคง และ 4) การเรียนรู้ตลอดชีวิตกับภาวะทางจิตใจ

นารีรัมย์ รัตนสัมฤทธิ์ (2561) ศึกษาถึงรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาพลังเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดพัฒนาพลัง พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 972 คน คิดเป็นร้อยละ 53.60 รองลงมาคือ อยู่ในระดับน้อย จำนวน 785 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 2) ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาพลังของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาพลัง ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย 3 ตัวแปรพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 45.70 ระดับ

การรับรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.20 และ 3) ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.00 ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพตามแนวคิดพัฒนาพลัง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.90 3. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดพัฒนาพลัง มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) แนวคิดและหลักการสำคัญของรูปแบบฯ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบฯ 3) เนื้อหาของรูปแบบฯ 4) กระบวนการดำเนินการตามรูปแบบฯ 5) การประเมินผลและติดตามผล

ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง (2562) ศึกษาถึงเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า 1) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภค อาหาร ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง 2) กิจกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่เหมาะสม และ 3) ปัญหาผู้สูงอายุไม่ตระหนักเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ผลการวิจัยเชิงปริมาณ จากการสำรวจ และวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 315 คน ภายหลังการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับ พฤติกรรม ($\bar{X}=3.92$, $S.D.=0.48$) สูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ($\bar{X}=3.90$, $S.D.=0.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนากิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิต และการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลและประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเครือข่ายในชุมชนโดยตั้งแกนนำผู้สูงอายุเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุเกิดความตระหนักต่อการรักษาสุขภาพ

พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองโน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ และแหล่งที่มาของรายได้ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มินตรา สารระรักษ (2563) ได้ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.5 (3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.7, 23.8 และ 8.4 ตามลำดับ) มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 41.1 และ 53.5 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 86.5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ

88.5 และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่ควรส่งเสริมสุขภาพ คือ ด้านกิจกรรมทางกายและการจัดการความเครียด ซึ่งผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างเป็นรูปแบบ

งานวิจัยต่างประเทศ

Aritz et al. (2016) ได้ศึกษาการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุจากการใช้งานร่วมกันระหว่างการทำกิจกรรมและการใช้เครือข่ายทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการใช้เครือข่ายทางสังคมในการติดต่อสื่อสารกับคนในครอบครัวและบุคคลอื่นๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสร้างการเชื่อมต่อทางสังคมในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ลดปัญหาทางสังคมและส่งเสริมชีวิตทางสังคมของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี

Kim (2009) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี โดยใช้แบบทดสอบวัดความฉลาดทางสุขภาพและแบบวัดสถานะทางสุขภาพสำหรับชาวเกาหลี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ มีอัตราการเป็นโรคปวดข้อและความโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากควบคุมตัวแปรด้านอายุ การศึกษา และรายได้แล้ว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ มีข้อจำกัดสูงในการทำกิจกรรมและมีสุขภาพส่วนบุคคลที่ต่ำกว่า ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ และสถานะสุขภาพได้ และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุในศูนย์สังคมนสงเคราะห์ทำให้ไม่สามารถขยายผลไปยังประชากรทั่วไปได้

Kim & Yu (2010) ศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี โดยใช้ K-TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตที่ไม่ดี ผลของความฉลาดทางสุขภาพต่อสถานะสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตถูกสื่อผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Jovic-Vranes et al. (2009) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่งของเมืองเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย โดยใช้ TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอและระดับต่ำร้อยละ 41 และในระดับที่เพียงพอร้อยละ 59 ระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแหล่งที่ตั้ง เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพ การรับรู้สุขภาพตนเอง และการมีภาวะโรคเรื้อรัง ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate

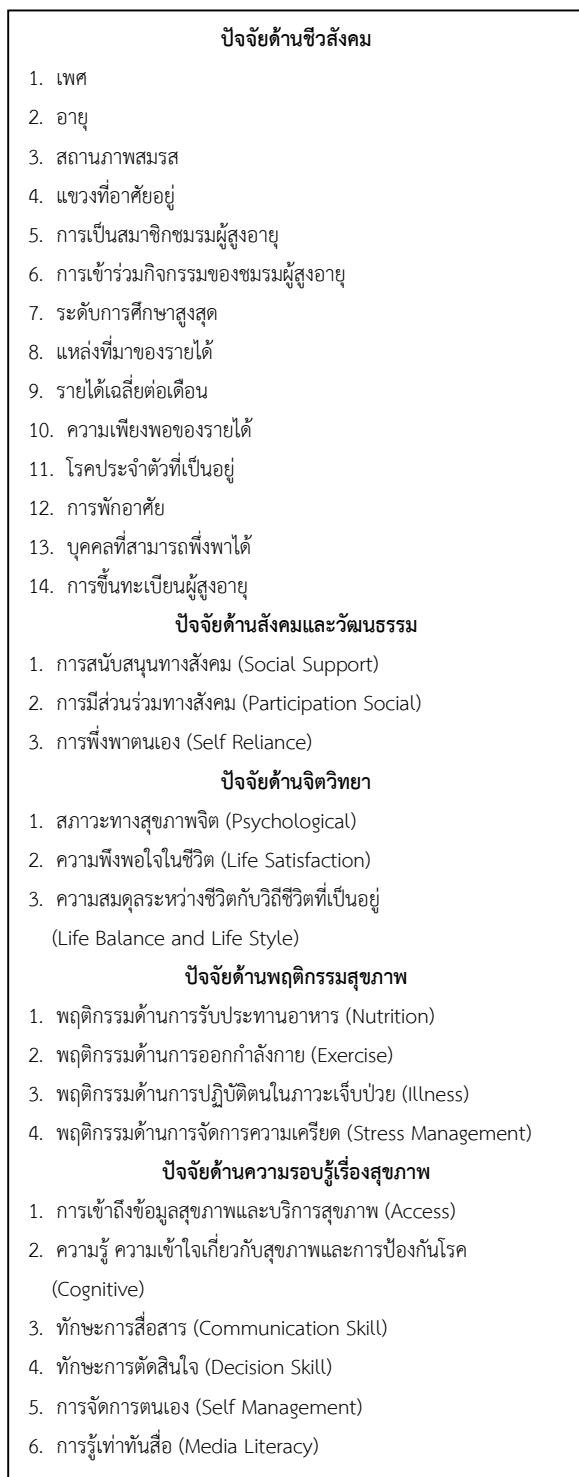
Analysis) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับอายุของอาสาสมัคร ระดับการศึกษาและการมีภาวะโรคเรื้อรัง

Federman et al. (2009) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Performance) ของผู้สูงอายุในนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 414 คน โดยใช้ S-TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ส่วนความสามารถด้านการรู้คิดใช้การทดสอบสุขภาพทางจิตเบื้องต้น (The Mini Mental State Examination: MMSE) ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 24.3 คะแนนความสามารถด้านการรู้คิดที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความฉลาดทางสุขภาพระดับที่ไม่เพียงพอ เช่น ความจำเฉพาะหน้า การดึงความจำกลับมาได้ช้า และความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา

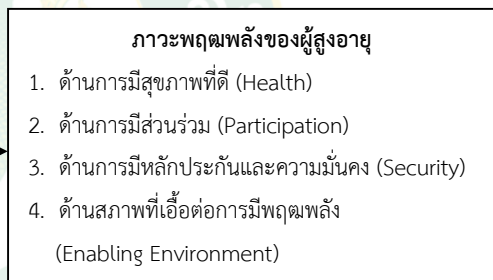
จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมจาก แนวคิดพัฒนาพลัง ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางจิตวิทยา แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสภาพร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับทางสังคมและวัฒนธรรม แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 3) เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อการมีภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระไว้ทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส แหวงที่อยู่อาศัย การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ การพักอาศัย บุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ และการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม การพึ่งพาตนเอง 3) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย สภาวะทางสุขภาพจิต ความพึงพอใจในชีวิต และความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด 5) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ สำหรับภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดให้เป็นตัวแปรตาม ประกอบด้วย ด้านการมีสุขภาพที่ดี ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)



ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยด้วยใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix Method Research Methodology) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อการมีภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาการศึกษาค้นคว้าวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 31,154 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562: 18)
2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
 - 2.1 ประมาณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และเกิดความคลาดเคลื่อนได้ 5% (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2555: 207)

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

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนรวมทั้งหมดของประชากรที่ใช้ศึกษา

e = ความผิดพลาดที่ยอมรับได้ (การศึกษาครั้งนี้กำหนดให้เท่ากับ 0.05)

$$\text{แทนค่า } n = \frac{31,154}{1 + 31,154(0.05)^2}$$

$$n = 394.92 \text{ คน}$$

จากค่าที่คำนวณได้สรุปว่า จำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 395 คน และเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL) โดยมีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถพึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้และมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในที่นี้หมายถึง เขตพื้นที่ของเทศบาลนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย แขวงนครพิงค์ แขวงกาวิละ แขวงเม็งราย และแขวงศรีวิชัย

2.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) และเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยที่

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ และเขตพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างที่จำแนกตาม อายุ เพศ และเขตพื้นที่ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553: 188, 197) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ และเขตพื้นที่ (แขวงที่อาศัยอยู่)

เขตพื้นที่และระดับอายุ	ประชากร (N)		รวม	กลุ่มตัวอย่าง (n)		รวม
	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง	
แขวงนครพิงค์						
60 – 69 ปี	3,597	4,358	7,955	25	41	66
70 – 79 ปี	1,492	2,009	3,501	15	19	34
80 ปีขึ้นไป	810	919	1,729	11	9	20
รวม	5,899	7,286	13,185	51	69	120
แขวงกาวิละ						
60 – 69 ปี	2,334	2,431	4,765	20	22	42
70 – 79 ปี	1,256	1,356	2,612	18	20	38
80 ปีขึ้นไป	899	991	1,890	11	10	21
รวม	4,489	4,778	9,267	49	52	101
แขวงศรีวิชัย						
60 – 69 ปี	1,546	1,746	3,292	18	20	38
70 – 79 ปี	941	1,098	2,039	16	18	34
80 ปีขึ้นไป	678	781	1,459	10	11	21
รวม	2,487	2,844	5,331	44	49	93

ตารางที่ 3 (ต่อ)

เขตพื้นที่และระดับอายุ	ประชากร (N)		รวม	กลุ่มตัวอย่าง (n)		รวม
	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง	
แขวงเมืองราย						
60 – 69 ปี	716	801	1,517	17	17	34
70 – 79 ปี	411	523	934	15	15	30
80 ปีขึ้นไป	402	518	920	10	7	17
รวม	1,529	1,842	3,371	42	39	81
รวมทั้งหมด	14,404	16,741	31,154	186	209	395

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ (2562: 14) และผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 และ 2

1. แบบสอบถามภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยทำการรวบรวมจากวรรณกรรม เอกสารงานวิจัย เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ และได้มีการสร้างแบบสอบถามเป็นรายข้อคำถาม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อใช้ในการประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) ดัชนีด้านการมีสุขภาพที่ดี (Health Index: HI) จำนวน 6 ข้อ 2) ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม (Participation Index: PI) จำนวน 4 ข้อ 3) ดัชนีด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง (Security Index: SI) จำนวน 4 ข้อ และ 4) ดัชนีสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุพลัง (Enabling Environment Index: EI) จำนวน 2 ข้อ โดยใช้วิธีการคำนวณคะแนนของภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการคำนวณดัชนีในแต่ละด้านได้ดังต่อไปนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2563: 26-30)

1.1 ดัชนีด้านการมีสุขภาพที่ดี (Health Index: HI) ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ การประเมินสุขภาพของตนเอง (H_1) ความสุข (H_2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว (H_3) ความสามารถในการมองเห็น (H_4) ความสามารถในการได้ยิน (H_5) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย (H_6) สามารถคำนวณได้จาก

$$\text{Health Index (HI)} = \frac{H_1}{4 \times 6} + \frac{H_2}{10 \times 6} + \frac{H_3}{1 \times 6} + \frac{H_4}{1 \times 6} + \frac{H_5}{1 \times 6} + \frac{H_6}{1 \times 6}$$

คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} = 1$$

คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} = 0$$

1.2 ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม (Participation Index: PI) ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ การมีงานทำ (P₁) การเข้าร่วมชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ (P₂) การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน (P₃) และการดูแลบุคคลในครัวเรือน (P₄) สามารถคำนวณได้จาก

$$\text{Participation Index (PI)} = \frac{P_1}{1 \times 4} + \frac{P_2}{1 \times 4} + \frac{P_3}{1 \times 4} + \frac{P_4}{1 \times 4}$$

คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} = 1$$

คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} = 0$$

1.3 ดัชนีด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง (Security Index: SI) ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ (S₁) การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (S₂) ลักษณะการอยู่อาศัย (S₃) และสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย (S₄) สามารถคำนวณได้จาก

$$\text{Security Index (SI)} = \frac{S_1}{1 \times 4} + \frac{S_2}{1 \times 4} + \frac{S_3}{1 \times 4} + \frac{S_4}{1 \times 4}$$

คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} + \frac{1}{1 \times 4} = 1$$

คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} + \frac{0}{1 \times 4} = 0$$

1.4 ดัชนีด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพลัง (Enabling Environment Index: EI)

ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ การมีการใช้อุปกรณ์ ICT (E_1) และการอ่านออกเขียนได้ (E_2) สามารถคำนวณได้จาก

$$\text{Enabling Environment Index (EI)} = \frac{E_1}{1 \times 2} + \frac{E_2}{1 \times 2}$$

คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{1}{1 \times 2} + \frac{1}{1 \times 2} = 1$$

คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{0}{1 \times 2} + \frac{0}{1 \times 2} = 0$$

การแปลผลค่าดัชนีพลังผู้สูงอายุ ค่าที่เป็นไปได้ของดัชนีจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ในการแปลผลนั้นหากค่าดัชนีมีค่าเข้าใกล้ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพลังอยู่ในระดับสูง หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม แต่หากค่าเข้าใกล้ 0 หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพลังอยู่ในระดับต่ำหรือมีความสามารถในการดำรงชีวิตต่ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2563: 18-22)

เกณฑ์ในการแบ่งระดับตามดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิต สามารถแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ

0.000 - 0.499 คะแนน หมายถึง มีภาวะพดผลพลงอยู่ในระดับต่ำ

0.500 - 0.799 คะแนน หมายถึง มีภาวะพดผลพลงอยู่ในระดับปานกลาง

0.800 - 1.000 คะแนน หมายถึง มีภาวะพดผลพลงอยู่ในระดับมาก

2. แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดผลพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัด เชียงใหม่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 140 ข้อ ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 14 ข้อ

2.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 40 ข้อ

2.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา มีข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ

2.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 29 ข้อ

2.5 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 42 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำแนกได้ 5 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนของภาวะพดผลพลงของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้กำหนดระดับคะแนนตามมาตรวัด ลิเคิร์ท (Likert Scale) ออกเป็น 5 ระดับ ตามวิธีของ Rensis Likert (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2555: 91) ดังนี้

1. ข้อคำถามทางบวก

5 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้ง
4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

2. ข้อคำถามทางลบ (เชิงนิเสธ)

1 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้ง
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง
4 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
5 คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

โดยข้อความเชิงนิเสธจะมีอยู่ในตัวแปรอิสระของด้านพฤติกรรมสุขภาพ และตัวแปรย่อยดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร คือ

1.1 ข้อคำถามที่ 5 “ท่านชอบรับประทานอาหารเค็มจัด เช่น ผักดอง ปลาหมึกเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น”

1.2 ข้อคำถามที่ 6 “ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบ”

2. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย คือ

ข้อคำถามที่ 14 “ท่านรับประทานยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน”

3. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด คือ

ข้อคำถามที่ 22 “เมื่อมีความเครียด ท่านยังคงหงุดหงิด หรือหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น”

การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยมีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555: 93)

4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับมาก

2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับปานกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3

แนวทางในการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 และ 2 มานำเสนอต่อที่ประชุมระดมความคิดเห็น (Brainstorming) ประกอบด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุของแต่ละแขวงจำนวน 4 คน และผู้แทนผู้นำชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุแขวงละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน โดยมีวิธีการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหรือผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และผู้เป็นประธานงานกระตุ้นให้เกิดการออกความเห็นอย่างเท่าเทียมกัน โดยที่ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัยให้กับกลุ่มบุคคลสำคัญทราบ (Key Performance) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 และ 2

1.2 ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดหัวข้อในการระดมความคิดเห็นในประเด็นที่น่าสนใจจากผลการวิจัยที่ได้จากวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 และ 2 ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ การบริหารและการจัดการหน่วยบริการสุขภาพ แล้วนำมาระดมความคิดเห็นเป็นหัวข้อเฉพาะเจาะจง

1.3 ระดมความคิดเพื่อให้ได้ความคิดมากที่สุด โดยจดทุกความคิดโดยไม่มีการประเมินใดๆ กำหนดเป้าหมายในการระดมความคิด เช่น กำหนดจำนวนที่ต้องการ 80-100 ความคิด หรือกำหนดเวลา 1-1.5 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องมือจดความคิด ได้แก่ ผังก้างปลา (Root Cause Analysis) ผังความคิด (Mind Map) และการจัดบันทึกตามประเด็นต่างๆ เป็นต้น

2. ผู้วิจัยทำการสรุปรายงานการประชุม เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษา เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่าน (รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ข) เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์ ถูกต้อง และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และภาษาให้ตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555: 122) เพื่อทำการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาให้ผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดคะแนนจากการพิจารณาไว้ดังนี้

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ความสอดคล้อง

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด

1. ข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเมื่อคำนวณตามค่าสถิติแล้วต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป จึงจะเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม ผลการทดสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้องรวมเท่ากับ 0.96 (แสดงรายละเอียดค่าดัชนีความสอดคล้องของภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ไว้ในภาคผนวก ข)

2. ข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเมื่อกำหนดตามค่าสถิติแล้วต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป จึงจะเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม ผลการทดสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้องรวมเท่ากับ 0.98 แสดงว่าชุดแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) สามารถนำไปวัดปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป (แสดงรายละเอียดค่าดัชนีความสอดคล้องของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุทั้ง 5 ปัจจัย ไว้ในภาคผนวก ข)

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) ซึ่งต้องได้ค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555: 245) แสดงว่าชุดแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปวัดภาวะพดพลงของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 (แสดงรายละเอียดค่าความเชื่อมั่นของภาวะพดพลงของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ไว้ในภาคผนวก ค)

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) ซึ่งต้องได้ค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555: 245) แสดงว่าชุดแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปวัดปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุได้ตรงกับจุดประสงค์การวิจัยต่อไป ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 (แสดงรายละเอียดค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุทั้ง 5 ปัจจัย ไว้ในภาคผนวก ค) การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (สำราญ มีแจ้ง, 2557: 22)

ค่าสหสัมพันธ์	ความหมาย
0.85-1.00	มีความสัมพันธ์มากที่สุด
0.71-0.84	มีความสัมพันธ์มาก
0.51-0.70	มีความสัมพันธ์น้อย
0.00-0.50	มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างมีคุณธรรมจริยธรรมที่ผู้วิจัยควรมีและปฏิบัติตามจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เป็นไปตามระเบียบของสำนักงานมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ณ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เป็นเวลา 1 วัน และผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิจัย เครื่องมือวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา หลังจากได้ผ่านการรับรองจากกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์และได้รับใบรอง (Ethics in Human Research Certificate รหัสหนังสือรับรอง : HE 062-2022 วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ข) ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียดถึงความปลอดภัย ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้วจะมีการทำลายข้อมูลทิ้งและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมหากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล หลังจากการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาแล้วมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากฝ่ายบัณฑิตศึกษา สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ถึงนายกเทศบาลนครเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตที่ศึกษา
2. หลังได้รับอนุญาตจากนายกเทศบาลนครเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้
 - 2.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.2 ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่ได้คัดเลือกไว้จากผู้นำชุมชนในแต่ละชุมชน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจถึงสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่เข้าพบที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.3 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกให้เข้าพบ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการสอบถามตามแบบสอบถาม โดยอ่านข้อคำถามทีละข้อโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มและให้กลุ่มตัวอย่างตอบใช้เวลาในการสอบถามทั้งหมดประมาณ 40-50 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

4. ผู้วิจัยนำผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 และ 2 มานำเสนอต่อที่ประชุมระดมความคิดเห็น (Brainstorming) และผู้วิจัยทำการสรุปรายงานการประชุม เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 และ 2 ดังนี้

1. การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิจารณาตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาเป็นการวัดตัวแปรในระดับมาตราวัดแบบอันตรภาค (Interval Scale) และตัวแปรพยากรณ์จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูง หมายถึง ตัวแปรพยากรณ์จะต้องมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.80 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104-105) และจะต้องทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุในตัวแปรอิสระ (Multi Collinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance และค่า VIF (Variance Inflation Factor)

ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่าปัญหา Multi collinearity มีน้อย

แต่ถ้า Tolerance เข้าใกล้ 0 แสดงว่าปัญหา Multi collinearity มีมาก

โดยทั่วไปจะถือว่าค่า Tolerance น้อยกว่า 0.10 แสดงถึงการเกิดปัญหา Multi Collinearity

ถ้า ค่า VIF (Variance Inflation Factors) มีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าปัญหา Multi Collinearity ต้องได้รับการแก้ปัญหา (สำราญ มีแจ้ง, 2557: 43)

การตรวจสอบค่าความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อน โดยแต่ละค่าจะเป็นอิสระต่อกันและจะต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Independent Normal Random Variables) จะต้องมีการตรวจสอบปัญหาการมีอัตตสหสัมพันธ์ (Autocorrelation or Serial Correlation) โดยใช้สถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน (Durbin-Watson)

ถ้า ค่าสถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน มีค่าใกล้ 2 แสดงว่า ความคลาดเคลื่อนของตัวแปร เป็นอิสระจากกันจะไม่เกิดปัญหา Autocorrelation

ถ้า ค่าสถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน น้อยกว่า 1.50 แสดงว่า ความสัมพันธ์ของค่าความ คลาดเคลื่อนอยู่ในทิศทางบวกและถ้ามากกว่า 2.50 แสดงว่า อยู่ในทิศทางลบ

ถ้า ค่าสถิติทดสอบของเดอร์บินและวัตสัน มีค่าใกล้ 4 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมี ความสัมพันธ์กันมากทำให้เกิดปัญหา Autocorrelation (สำราญ มีแจ่ม, 2557: 44)

ผู้วิจัยจึงสามารถใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาระดับความสำคัญของแต่ละ ตัวแปรที่มีต่อภาวะพทุฒพลังของผู้สูงอายุโดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

2.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) และผู้วิจัยแปลความหมายของระดับความสัมพันธ์ ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (สำราญ มีแจ่ม, 2557: 22)

ค่าสหสัมพันธ์	ความหมาย
0.85-1.00	มีความสัมพันธ์มากที่สุด
0.71-0.84	มีความสัมพันธ์มาก
0.51-0.70	มีความสัมพันธ์น้อย
0.00-0.50	มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด

2.2 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรพยากรณ์ (b) ในรูปของคะแนนดิบ

2.3 ทดสอบค่า F เพื่อทดสอบค่า b ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวว่าส่งผลต่อตัวแปร เกณฑ์หรือไม่และคัดเลือกเฉพาะตัวแปรพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาใช้ในการวิเคราะห์

2.4 หาค่าคงที่ (Constant) สมการพยากรณ์

2.5 สร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง “ภาวะพลัมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่” มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้ 1) ภาวะพลัมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และ 3) แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อการมีภาวะพลัมของผู้สูงอายุ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n คือ ขนาดตัวอย่าง

\bar{X} คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean)

S.D. คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

p -value คือ ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติที่คำนวณได้จากการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ

* คือ ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่ถูกกำหนดไว้ก่อนการทดสอบ ($p < 0.05$)

** คือ ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่ถูกกำหนดไว้ก่อนการทดสอบ ($p < 0.01$)

X_i คือ จำนวนตัวแปรอิสระในสมการถดถอย

\hat{Y} คือ ค่าของคะแนนดิบของตัวแปรตามที่ใช้พยากรณ์ (b)

Z คือ ค่าของคะแนนมาตรฐานของตัวแปรตามที่ใช้พยากรณ์ (β)

b_0 คือ ค่าคงที่ (Constant) ของสมการถดถอย

b_i คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของค่าคะแนนดิบ (b)

β_i คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของค่าคะแนนมาตรฐาน (β)

R คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

R^2 คือ ค่าอำนาจการพยากรณ์

Adjusted R^2 (Adjusted R Square) คือ ค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว

SE_{est} คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์

ภาวะพดพปลงของผูสูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัตเชียงใหม

ระดับภาวะพดพปลงของผูสูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัตเชียงใหม

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะพดพปลงของผูสูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัตเชียงใหม

(n = 395)

ภาวะพดพปลง	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการมีสุขภาพที่ดี	0.80	0.15	ระดับมาก
2. ด้านการมีส่วนร่วม	0.82	0.20	ระดับมาก
3. ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง	0.88	0.17	ระดับมาก
4. ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดพปลง	0.71	1.13	ระดับปานกลาง
รวม	0.80	0.41	ระดับมาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะพดพปลงด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 0.88$) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{x} = 0.82$) ด้านการมีสุขภาพที่ดี ($\bar{x} = 0.80$) และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดพปลง ($\bar{x} = 0.71$) โดยภาพรวมของค่าเฉลี่ยภาวะพดพปลง ($\bar{x} = 0.80$) กล่าวคือ ภาวะพดพปลงของผูสูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัตเชียงใหม อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 5 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การประเมินสุขภาพตนเอง					รวม
	ไม่ดีมากๆ (ต่ำมาก)	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	
ชาย						
ความถี่	0	4	3	171	8	186
ร้อยละ	0.00	2.15	1.61	91.94	4.30	100.00
หญิง						
ความถี่	0	4	7	196	2	209
ร้อยละ	0.00	1.91	3.35	93.78	0.96	100.00
รวม	0	8	10	367	10	395
	0.00	2.03	2.53	92.91	2.53	100.00

จากตารางที่ 5 การประเมินสุขภาพของตนเอง จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 93.78 เพศชายมีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 91.94 ในภาพรวมการประเมินสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.91 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การประเมินสุขภาพตนเอง					รวม
	ไม่ดีมากๆ (ต่ำมาก)	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	
60-69 ปี						
ความถี่	0	2	8	244	7	261
ร้อยละ	0.00	0.77	3.07	93.49	2.68	100.00
70-79 ปี						
ความถี่	0	6	2	82	3	93
ร้อยละ	0.00	6.45	2.15	88.17	3.23	100.00
80 ปีขึ้นไป						
ความถี่	0	0	11	30	0	41
ร้อยละ	0.00	0.00	26.83	73.17	0.00	100.00
รวม	0	8	21	356	10	395
	0.00	2.03	5.31	90.13	2.53	100.00

จากตารางที่ 6 การประเมินสุขภาพของตนเอง จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 93.49 อายุ 70-79 ปี มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 88.17 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 73.17 และในภาพรวมการประเมินสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การประเมินสุขภาพตนเอง					รวม
	ไม่ดีมากๆ (ต่ำมาก)	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	
ไม่ได้รับการศึกษา						
ความถี่	0	1	0	35	2	38
ร้อยละ	0.00	2.63	0.00	92.11	5.26	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น						
ความถี่	0	6	6	194	5	211
ร้อยละ	0.00	2.84	2.84	91.94	2.37	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย						
ความถี่	0	0	1	18	0	19
ร้อยละ	0.00	0.00	5.26	94.74	0.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า						
ความถี่	0	0	2	23	0	25
ร้อยละ	0.00	0.00	8.00	92.00	0.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า						
ความถี่	0	1	0	19	0	20
ร้อยละ	0.00	5.00	0.00	95.00	0.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า						
ความถี่	0	0	1	53	1	55
ร้อยละ	0.00	0.00	1.82	96.36	1.82	100.00
ปริญญาตรี						
ความถี่	0	0	0	18	1	19
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	94.74	5.26	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี						
ความถี่	0	0	0	7	1	8
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	87.50	12.50	100.00
รวม	0	8	10	367	10	395
	0.00	2.03	2.53	92.91	2.53	100.00

จากตารางที่ 7 การประเมินสุขภาพของตนเอง จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 91.94 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 96.36 ไม่ได้ได้รับการศึกษา มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.11 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.00 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 95 ประถมศึกษาตอนปลายกับปริญาตรี มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 94.74 สูงกว่าปริญาตรี มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 87.50 และในภาพรวมการประเมินสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.91 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยระดับความสุข จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	ระดับความสุข											รวม
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ชาย												
ความถี่	0	0	0	0	0	43	48	37	38	11	9	186
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	23.12	25.81	19.89	20.43	5.91	4.84	100.00
หญิง												
ความถี่	0	0	0	0	0	57	47	51	33	15	6	209
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	27.27	22.49	24.40	15.79	7.18	2.87	100.00
รวม	0	0	0	0	0	100	95	88	71	26	15	395
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.32	24.05	22.28	17.97	6.58	3.80	100.00

หมายเหตุ 0 แทน ไม่มีความสุขเลย, 1 แทน มีความสุขเล็กน้อยมาก, 2 แทน มีความสุขเล็กน้อย, 3 แทน มีความสุขน้อย, 4 แทน มีความสุขน้อยถึงปานกลาง, 5 แทน มีความสุขปานกลาง, 6 แทน มีความสุขปานกลางถึงมาก, 7 แทน มีความสุขมากบางครั้ง, 8 แทน มีความสุขมากตลอด, 9 แทน มีความสุขมากๆ ตลอด, 10 แทน มีความสุขมากที่สุด

จากตารางที่ 8 ระดับความสุข จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.27 เพศชายมีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 25.81 และในภาพรวมของระดับความสุข ส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยระดับความสุข จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	ระดับความสุข											รวม
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
60-69 ปี												
ความถี่	0	0	0	0	0	55	72	50	52	19	13	261
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21.07	27.59	19.16	19.92	7.28	4.98	100.00
70-79 ปี												
ความถี่	0	0	0	0	0	32	17	25	14	4	1	93
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	34.41	18.28	26.88	15.05	4.30	1.08	100.00
80 ปีขึ้นไป												
ความถี่	0	0	0	0	0	13	6	13	5	3	1	41
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	31.71	14.63	31.71	12.20	7.32	2.44	100.00
รวม	0	0	0	0	0	100	95	88	71	26	15	395
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.32	24.05	22.28	17.97	6.58	3.80	100.00

หมายเหตุ 0 แทน ไม่มีความสุขเลย, 1 แทน มีความสุขเล็กน้อยมาก, 2 แทน มีความสุขเล็กน้อย,
3 แทน มีความสุขน้อย, 4 แทน มีความสุขน้อยถึงปานกลาง, 5 แทน มีความสุขปานกลาง,
6 แทน มีความสุขปานกลางถึงมาก, 7 แทน มีความสุขมากบางครั้ง,
8 แทน มีความสุขมากตลอด, 9 แทน มีความสุขมากๆ ตลอด,
10 แทน มีความสุขมากที่สุด

จากตารางที่ 9 ระดับความสุข จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ มีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 27.59 อายุ 70-79 ปี มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.41 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับความสุขปานกลางกับมีความสุขมาก บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.71 เท่ากัน และในภาพรวมของระดับความสุข ส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยระดับความสุข จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	ระดับความสุข											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา												
ความถี่	0	0	0	0	0	10	9	9	6	3	1	38
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	26.32	23.68	23.68	15.79	7.89	2.63	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น												
ความถี่	0	0	0	0	0	52	52	48	36	15	8	211
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24.64	24.64	22.75	17.06	7.11	3.79	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย												
ความถี่	0	0	0	0	0	3	7	4	3	1	1	19
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15.79	36.84	21.05	15.79	5.26	5.26	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า												
ความถี่	0	0	0	0	0	6	7	5	5	1	1	25
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24.00	28.00	20.00	20.00	4.00	4.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า												
ความถี่	0	0	0	0	0	7	2	5	5	1	0	20
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	35.00	10.00	25.00	25.00	5.00	0.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า												
ความถี่	0	0	0	0	0	17	12	10	8	5	3	55
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	30.91	21.82	18.18	14.55	9.09	5.45	100.00

ตารางที่ 10 (ต่อ)

(n = 395)

ระดับการศึกษา	ระดับความสุข											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม
ปริญญาตรี	0	0	0	0	0	4	6	5	4	0	0	19
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21.05	31.58	26.32	21.05	0.00	0.00	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	0	1	0	2	4	0	1	8
ร้อยละ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	25.00	50.00	0.00	12.50	100.00
รวม	0	0	0	0	0	100	95	88	71	26	15	395
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.32	24.05	22.28	17.97	6.58	3.80	100.00

หมายเหตุ 0 แทน ไม่มีความสุขเลย, 1 แทน มีความสุขเล็กน้อยมาก, 2 แทน มีความสุขเล็กน้อย, 3 แทน มีความสุขน้อย, 4 แทน มีความสุขปานกลาง, 5 แทน มีความสุขปานกลาง, 6 แทน มีความสุขปานกลางถึงมาก, 7 แทน มีความสุขมากบางครั้ง, 8 แทน มีความสุขมากตลอด, 9 แทน มีความสุขมากๆ ตลอด, 10 แทน มีความสุขมากที่สุด

จากตารางที่ 10 ระดับความสุข จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีระดับความสุขปานกลางกับมีความสุขปานกลาง ถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 24.64 เท่ากัน อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 30.91 ไม่ได้รับการศึกษา มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.32 มัธยมศึกษา ตอนปลายหรือเทียบเท่า มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือ เทียบเท่า มีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 28.00 ปริญญาตรี มีระดับความสุข ปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 31.58 ประถมศึกษาตอนปลาย มีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 36.84 สูงกว่าปริญญาตรี มีระดับความสุขมากตลอด คิดเป็นร้อยละ 50.00 และใน ภาพรวมของระดับความสุข ส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว		
	ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ทุกอย่าง	ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า	รวม
	ชาย		
ความถี่	40	146	186
ร้อยละ	21.51	78.49	100.00
หญิง			
ความถี่	34	175	209
ร้อยละ	16.27	83.73	100.00
รวม	74	321	395
	18.73	81.27	100.00

จากตารางที่ 11 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 83.73 เพศชายทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 78.49 และในภาพรวมความสามารถ ในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 81.27 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว		
	ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ทุกอย่าง	ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	50	211	261
ร้อยละ	19.16	80.84	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	18	75	93
ร้อยละ	19.35	80.65	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	6	35	41
ร้อยละ	14.63	85.37	100.00
รวม	74	321	395
	18.73	81.27	100.00

จากตารางที่ 12 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 80.84 อายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.65 อายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 85.37 และในภาพรวมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 81.27 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว		
	ทำกิจกรรมต่างๆ	ทำกิจกรรมต่างๆ	รวม
	ได้ทุกอย่าง	ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า	
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	5	33	38
ร้อยละ	13.16	86.84	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	43	168	211
ร้อยละ	20.38	79.62	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	3	16	19
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	5	20	25
ร้อยละ	20.00	80.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	3	17	20
ร้อยละ	15.00	85.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	9	46	55
ร้อยละ	16.36	83.64	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	4	15	19
ร้อยละ	21.05	78.95	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	2	6	8
ร้อยละ	25.00	75.00	100.00
รวม	74	321	395
	18.73	81.27	100.00

จากตารางที่ 13 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 79.62 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 83.64 ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.84 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 80.00 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 85.00 ประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 84.21 ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 78.95 สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 81.27 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	ความสามารถในการมองเห็น		รวม
	ไม่เห็น/ไม่ชัดเจน	เห็นชัดเจน	
ชาย			
ความถี่	32	154	186
ร้อยละ	17.20	82.80	100.00
หญิง			
ความถี่	37	172	209
ร้อยละ	17.70	82.30	100.00
รวม	69	326	395
	17.47	82.53	100.00

จากตารางที่ 14 ความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.30 เพศชาย มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.80 และในภาพรวมความสามารถในการมองเห็น ส่วนใหญ่เป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.53 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการมองเห็น
จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	ความสามารถในการมองเห็น		
	ไม่เห็น/ไม่ชัดเจน	เห็นชัดเจน	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	50	211	261
ร้อยละ	19.16	80.84	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	12	81	93
ร้อยละ	12.90	87.10	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	7	34	41
ร้อยละ	17.07	82.93	100.00
รวม	69	326	395
	17.47	82.53	100.00

จากตารางที่ 15 ความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 80.84 อายุ 70-79 ปี มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 87.10 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.93 และในภาพรวม ความสามารถในการมองเห็น ส่วนใหญ่เป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.53 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการมองเห็น
จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	ความสามารถในการมองเห็น		
	ไม่เห็น/ไม่ชัดเจน	เห็นชัดเจน	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	6	32	38
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	36	175	211
ร้อยละ	17.06	82.94	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	2	17	19
ร้อยละ	10.53	89.47	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	5	20	25
ร้อยละ	20.00	80.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	4	16	20
ร้อยละ	20.00	80.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	12	43	55
ร้อยละ	21.82	78.18	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	3	16	19
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	2.00	6.00	8
ร้อยละ	25.00	75.00	100.00
รวม	70	325	395
	17.72	82.28	100.00

จากตารางที่ 16 ความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.94 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 78.18 ไม่ได้รับการศึกษา เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 84.21 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ประถมศึกษาตอนปลาย เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.47 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ปริญญาตรี เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 84.21 สูงกว่าปริญญาตรี เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมความสามารถในการมองเห็น ส่วนใหญ่เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.28 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	ความสามารถในการได้ยิน		รวม
	ไม่ได้ยิน/ไม่ชัดเจน	ได้ยินชัดเจน	
ชาย			
ความถี่	19	167	186
ร้อยละ	10.22	89.78	100.00
หญิง			
ความถี่	20	189	209
ร้อยละ	9.57	90.43	100.00
รวม	39	356	395
	9.87	90.13	100.00

จากตารางที่ 17 ความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.43 เพศชายความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.78 และในภาพรวมความสามารถในการได้ยิน ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

ตารางที่ 18 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	ความสามารถในการได้ยิน		รวม
	ไม่ได้ยิน/ไม่ชัดเจน	ได้ยินชัดเจน	
60-69 ปี			
ความถี่	17	244	261
ร้อยละ	6.51	93.49	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	16	77	93
ร้อยละ	17.20	82.80	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	6	35	41
ร้อยละ	14.63	85.37	100.00
รวม	39	356	395
	9.87	90.13	100.00

จากตารางที่ 18 ความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 93.49 อายุ 70-79 ปี ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.80 อายุ 80 ปีขึ้นไป ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 85.37 และในภาพรวมความสามารถในการได้ยิน ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	ความสามารถในการได้ยิน		
	ไม่ได้ยิน/ไม่ชัดเจน	ได้ยินชัดเจน	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	5	33	38
ร้อยละ	13.16	86.84	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	18	193	211
ร้อยละ	8.53	91.47	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	2	17	19
ร้อยละ	10.53	89.47	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	2	23	25
ร้อยละ	8.00	92.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	3	17	20
ร้อยละ	15.00	85.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	6	49	55
ร้อยละ	10.91	89.09	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	3	16	19
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	0	8	8
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	39	356	395
	9.87	90.13	100.00

จากตารางที่ 19 ความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 91.47 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.09 ไม่ได้รับการศึกษาได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 86.84 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 92.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.47 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 85.00 ปริญญาตรี ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 84.21 สูงกว่าปริญญาตรีได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมความสามารถในการได้ยิน ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		รวม
	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย	
ชาย			
ความถี่	127	59	186
ร้อยละ	68.28	31.72	100.00
หญิง			
ความถี่	140	69	209
ร้อยละ	66.99	33.01	100.00
รวม	267	128	395
	67.59	32.41	100.00

จากตารางที่ 20 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 66.99 เพศชายไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 68.28 และในภาพรวมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 67.59 ตามลำดับ

ตารางที่ 21 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยพฤติกรรมการออกกำลังกาย
จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	182	79	261
ร้อยละ	69.73	30.27	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	58	35	93
ร้อยละ	62.37	37.63	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	27	14	41
ร้อยละ	65.85	34.15	100.00
รวม	267	128	395
	67.59	32.41	100.00

จากตารางที่ 21 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 69.73 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 62.37 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 65.85 และในภาพรวม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 67.59 ตามลำดับ

ตารางที่ 22 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีสุขภาพที่ดี หัวข้อย่อยพฤติกรรมการออกกำลังกาย
จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
	ไม่ได้ออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	25	13	38
ร้อยละ	65.79	34.21	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	141	70	211
ร้อยละ	66.82	33.18	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	13	6	19
ร้อยละ	68.42	31.58	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	13	12	25
ร้อยละ	52.00	48.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	12.00	8.00	20.00
ร้อยละ	60.00	40.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	41	14	55
ร้อยละ	74.55	25.45	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	17	2	19
ร้อยละ	89.47	10.53	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	5	3	8
ร้อยละ	62.50	37.50	100.00
รวม	267	128	395
	67.59	32.41	100.00

จากตารางที่ 22 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 66.82 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 74.55 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 65.79 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 52.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 68.42 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 60.00 ปริญญาตรี ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 89.47 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 และในภาพรวมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 67.59 ตามลำดับ

ตารางที่ 23 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการมีงานทำ จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การมีงานทำ		รวม
	ไม่ได้ทำงาน	ทำงาน	
ชาย			
ความถี่	30	156	186
ร้อยละ	16.13	83.87	100.00
หญิง			
ความถี่	45	164	209
ร้อยละ	21.53	78.47	100.00
รวม	75	320	395
	18.99	81.01	100.00

จากตารางที่ 23 การมีงานทำ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 78.47 เพศชายทำงาน คิดเป็นร้อยละ 83.87 และในภาพรวมการมีงานทำ ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 81.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 24 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการมีงานทำ จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การมีงานทำ		
	ไม่ได้ทำงาน	ทำงาน	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	56	205	261
ร้อยละ	21.46	78.54	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	13	80	93
ร้อยละ	13.98	86.02	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	6	35	41
ร้อยละ	14.63	85.37	100.00
รวม	75	320	395
	18.99	81.01	100.00

จากตารางที่ 24 การมีงานทำ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 78.54 อายุ 70-79 ปี ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 86.02 อายุ 80 ปีขึ้นไป ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 85.37 และในภาพรวมการมีงานทำ ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 81.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 25 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการมีงานทำ จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การมีงานทำ		
	ไม่ได้ทำงาน	ทำงาน	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	6	32	38
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	41	170	211
ร้อยละ	19.43	80.57	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	4	15	19
ร้อยละ	21.05	78.95	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	7	18	25
ร้อยละ	28.00	72.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	5	15	20
ร้อยละ	25.00	75.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	8.00	47	55
ร้อยละ	14.55	85.45	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	4	15	19
ร้อยละ	21.05	78.95	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	0	8	8
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	75.00	320.00	395.00
	18.99	81.01	100.00

จากตารางที่ 25 การมีงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 80.57 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ทำงาน คิดเป็น ร้อยละ 85.45 ไม่ได้ได้รับการศึกษา ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 84.21 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 72.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษา ตอนปลายหรือเทียบเท่า ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 75.00 ปริญญาตรี ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 78.95 สูงกว่า ปริญญาตรี ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการมีงาน ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 81.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 26 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ		
	ไม่ได้เข้าร่วม	เข้าร่วม	รวม
ชาย			
ความถี่	130	56	186
ร้อยละ	69.89	30.11	100.00
หญิง			
ความถี่	164	45	209
ร้อยละ	78.47	21.53	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 26 การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 78.47 เพศชายไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 69.89 และในภาพรวมการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 27 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ
จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ		
	ไม่ได้เข้าร่วม	เข้าร่วม	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	190	71	261
ร้อยละ	72.80	27.20	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	76	17	93
ร้อยละ	81.72	18.28	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	28	13	41
ร้อยละ	68.29	31.71	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 27 การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 72.80 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 81.72 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.29 และในภาพรวมการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 28 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ
จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ		
	ไม่ได้เข้าร่วม	เข้าร่วม	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	28	10	38
ร้อยละ	73.68	26.32	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	157	54	211
ร้อยละ	74.41	25.59	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	15	4	19
ร้อยละ	78.95	21.05	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	17	8	25
ร้อยละ	68.00	32.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	17	3	20
ร้อยละ	85.00	15.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	41	14	55
ร้อยละ	74.55	25.45	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	14.00	5.00	19
ร้อยละ	73.68	26.32	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	5	3	8
ร้อยละ	62.50	37.50	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 28 การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.41 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.55 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 73.68 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 85.00 ปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 73.68 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 62.50 และในภาพรวมการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 29 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชนจำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน		รวม
	ไม่ได้เข้าร่วม	เข้าร่วม	
ชาย			
ความถี่	139	47	186
ร้อยละ	74.73	25.27	100.00
หญิง			
ความถี่	155	54	209
ร้อยละ	74.16	25.84	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 29 การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.16 เพศชายไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.73 และในภาพรวมการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 30 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน		
	ไม่ได้เข้าร่วม	เข้าร่วม	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	197	64	261
ร้อยละ	75.48	24.52	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	65	28	93
ร้อยละ	69.89	30.11	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	32	9	41
ร้อยละ	78.05	21.95	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 30 การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 75.48 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 69.89 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 78.05 และในภาพรวมการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 31 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชนจำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน		
	ไม่ได้เข้าร่วม	เข้าร่วม	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	27	11	38
ร้อยละ	71.05	28.95	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	158	53	211
ร้อยละ	74.88	25.12	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	13	6	19
ร้อยละ	68.42	31.58	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	17	8	25
ร้อยละ	68.00	32.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	14	6	20
ร้อยละ	70.00	30.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	46	9	55
ร้อยละ	83.64	16.36	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	13	6	19
ร้อยละ	68.42	31.58	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	6	2	8
ร้อยละ	75.00	25.00	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 31 การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.88 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 83.64 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 71.05 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.42 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 70.00 ปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.42 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 32 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การดูแลบุคคลในครัวเรือน		รวม
	ไม่ได้มีการช่วยเหลือ	มีการช่วยเหลือ	
ชาย			
ความถี่	59	127	186
ร้อยละ	31.72	68.28	100.00
หญิง			
ความถี่	72	137	209
ร้อยละ	34.45	65.55	100.00
รวม	131	264	395
	33.16	66.84	100.00

จากตารางที่ 32 การดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 65.55 เพศชายมีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 68.28 และในภาพรวมการดูแลบุคคลในครัวเรือน ส่วนใหญ่มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ตามลำดับ

ตารางที่ 33 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การดูแลบุคคลในครัวเรือน		
	ไม่ได้มีการช่วยเหลือ	มีการช่วยเหลือ	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	73	188	261
ร้อยละ	27.97	72.03	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	43	50	93
ร้อยละ	46.24	53.76	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	15	26	41
ร้อยละ	36.59	63.41	100.00
รวม	131	264	395
	33.16	66.84	100.00

จากตารางที่ 32 การดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 72.03 อายุ 70-79 ปี มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 53.76 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 63.41 และในภาพรวมการดูแลบุคคลในครัวเรือน ส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ตามลำดับ

ตารางที่ 34 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีส่วนร่วม หัวข้อย่อยการดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การดูแลบุคคลในครัวเรือน		
	ไม่ได้มีการช่วยเหลือ	มีการช่วยเหลือ	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	14	24	38
ร้อยละ	36.84	63.16	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	69	142	211
ร้อยละ	32.70	67.30	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	5	14	19
ร้อยละ	26.32	73.68	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	9	16	25
ร้อยละ	36.00	64.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	8	12	20
ร้อยละ	40.00	60.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	17	38	55
ร้อยละ	30.91	69.09	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	7	12	19
ร้อยละ	36.84	63.16	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	2	6	8
ร้อยละ	25.00	75.00	100.00
รวม	131	264	395
	33.16	66.84	100.00

จากตารางที่ 34 การดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 67.30 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 69.09 ไม่ได้รับการศึกษา มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 63.16 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 64.00 ประถมศึกษาตอนปลาย มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 73.68 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ปริญญาตรี มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 63.16 สูงกว่าปริญญาตรี มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมการดูแลบุคคลในครัวเรือน ส่วนใหญ่มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ตามลำดับ

ตารางที่ 35 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยความเพียงพอของรายได้จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	ความเพียงพอของรายได้		รวม
	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ	
ชาย			
ความถี่	134	52	186
ร้อยละ	72.04	27.96	100.00
หญิง			
ความถี่	159	50	209
ร้อยละ	76.08	23.92	100.00
รวม	294	101	395
	74.18	25.82	100.00

จากตารางที่ 35 ความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 76.08 เพศชายมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.04 และในภาพรวมความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.18 ตามลำดับ

ตารางที่ 36 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยความเพียงพอของ รายได้ จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	189	72	261
ร้อยละ	72.41	27.59	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	73	20	93
ร้อยละ	78.49	21.51	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	31	10	41
ร้อยละ	75.61	24.39	100.00
รวม	294	101	395
	74.18	25.82	100.00

จากตารางที่ 36 ความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.41 อายุ 70-79 ปี มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.49 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.61 และในภาพรวมความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.18 ตามลำดับ

ตารางที่ 37 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยความเพียงพอของ รายได้ จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	30	8	38
ร้อยละ	78.95	21.05	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	156	55	211
ร้อยละ	73.93	26.07	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	11	8	19
ร้อยละ	57.89	42.11	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	19	6	25
ร้อยละ	76.00	24.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	17	3	20
ร้อยละ	85.00	15.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	40	15	55
ร้อยละ	72.73	27.27	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	14	5	19
ร้อยละ	73.68	26.32	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	6	2	8
ร้อยละ	75.00	25.00	100.00
รวม	294	101	395
	74.18	25.82	100.00

จากตารางที่ 37 ความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73.93 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.73 ไม่ได้รับการศึกษา มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 76.00 ประถมศึกษาตอนปลาย มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.89 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85.00 ปริญญาตรี มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73.68 สูงกว่า ปริญญาตรี มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.18 ตามลำดับ

ตารางที่ 38 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยการเป็นเจ้าของ ที่อยู่อาศัย จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย		รวม
	ไม่ได้เป็นเจ้าของ	เป็นเจ้าของ	
ชาย			
ความถี่	135	51	186
ร้อยละ	72.58	27.42	100.00
หญิง			
ความถี่	159	50	209
ร้อยละ	76.08	23.92	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 38 การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 76.08 เพศชายไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 72.58 และในภาพรวมการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 39 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยการเป็นเจ้าของ ที่อยู่อาศัย จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย		รวม
	ไม่ได้เป็นเจ้าของ	เป็นเจ้าของ	
60-69 ปี			
ความถี่	190	71	261
ร้อยละ	72.80	27.20	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	71	22	93
ร้อยละ	76.34	23.66	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	33	8	41
ร้อยละ	80.49	19.51	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 39 การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 72.80 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 76.34 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 80.49 และในภาพรวมการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 40 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยการเป็นเจ้าของ
ที่อยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย		
	ไม่ได้เป็นเจ้าของ	เป็นเจ้าของ	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	29	9	38
ร้อยละ	76.32	23.68	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	156	55	211
ร้อยละ	73.93	26.07	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	15	4	19
ร้อยละ	78.95	21.05	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	17	8	25
ร้อยละ	68.00	32.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	15	5	20
ร้อยละ	75.00	25.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	43	12	55
ร้อยละ	78.18	21.82	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	14	5	19
ร้อยละ	73.68	26.32	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	5	3	8
ร้อยละ	62.50	37.50	100.00
รวม	294	101	395
	74.43	25.57	100.00

จากตารางที่ 40 การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 73.93 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 78.18 ไม่ได้ได้รับการศึกษา ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 76.32 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 68.00 ประถมศึกษาตอนปลาย มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ปริญญาตรี ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 73.68 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 62.50 และในภาพรวมการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 41 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	ลักษณะการอยู่อาศัย		รวม
	อยู่ตามลำพัง	อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน	
ชาย			
ความถี่	22	164	186
ร้อยละ	11.83	88.17	100.00
หญิง			
ความถี่	25	184	209
ร้อยละ	11.96	88.04	100.00
รวม	47	348	395
	11.90	88.10	100.00

จากตารางที่ 41 ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.04 เพศชายอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.17 และในภาพรวมลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 42 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	ลักษณะการอยู่อาศัย		
	อยู่ตามลำพัง	อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	34	227	261
ร้อยละ	13.03	86.97	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	9	84	93
ร้อยละ	9.68	90.32	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	4	37	41
ร้อยละ	9.76	90.24	100.00
รวม	47	348	395
	11.90	88.10	100.00

จากตารางที่ 42 ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 86.97 อายุ 70-79 ปี อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.32 อายุ 80 ปีขึ้นไป อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.24 และในภาพรวมลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 43 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	ลักษณะการอยู่อาศัย		
	อยู่ตามลำพัง	อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	4	34	38
ร้อยละ	10.53	89.47	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	22	189	211
ร้อยละ	10.43	89.57	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	3	16	19
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	5	20	25
ร้อยละ	20.00	80.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	1	19	20
ร้อยละ	5.00	95.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	7	48	55
ร้อยละ	12.73	87.27	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	3	16	19
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	2	6	8
ร้อยละ	25.00	75.00	100.00
รวม	47	348	395
	11.90	88.10	100.00

จากตารางที่ 43 ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 89.57 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 87.27 ไม่ได้รับการศึกษา อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 89.47 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ประถมศึกษาตอนปลาย อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 84.21 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 95.00 ปริญญาตรี อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 84.21 สูงกว่าปริญญาตรี อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 85.00 และในภาพรวมลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 44 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยสภาพแวดล้อม ในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย		
	ไม่มี	มี	รวม
ชาย			
ความถี่	0	186	186
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
หญิง			
ความถี่	0	209	209
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	0	395	395
	0.00	100.00	100.00

จากตารางที่ 44 สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 45 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยสภาพแวดล้อม
ในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย		
	ไม่มี	มี	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	0	261	261
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	0	93	93
ร้อยละ	0	100.00	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	0	41	41
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	0	395	395
	0.00	100.00	100.00

จากตารางที่ 45 สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมสภาพแวดล้อม
ในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 46 ความถี่ ร้อยละ ของด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง หัวข้อย่อยลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย		
	ไม่มี	มี	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	0	38	38
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	0	211	211
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	0	19	19
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	0	25	25
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	0	20	20
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	0	55	55
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	0	19	19
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	0	8	8
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	0	395	395
	0.00	100.00	100.00

จากตารางที่ 46 สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 47 ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง หัวข้อย่อยการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร		
	ไม่มี/ไม่เคยใช้	มี/เคยใช้	รวม
ชาย			
ความถี่	50	136	186
ร้อยละ	26.88	73.12	100.00
หญิง			
ความถี่	54	155	209
ร้อยละ	25.84	74.16	100.00
รวม	104	291	395
	26.33	73.67	100.00

จากตารางที่ 47 การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 74.16 เพศชายมี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 73.12 และในภาพรวมการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ส่วนใหญ่มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 73.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 48 ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรม หัวข้อย่อยการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร		
	ไม่มี/ไม่เคยใช้	มี/เคยใช้	รวม
60-69 ปี			
ความถี่	74	187	261
ร้อยละ	28.35	71.65	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	19	74	93
ร้อยละ	20.43	79.57	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	11	30	41
ร้อยละ	26.83	73.17	100.00
รวม	104	291	395
	26.33	73.67	100.00

จากตารางที่ 48 การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 71.65 อายุ 70-79 ปี มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 79.57 อายุ 80 ปีขึ้นไป มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 73.17 และในภาพรวมการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ส่วนใหญ่มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 73.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 49 ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรม หัวข้อย่อยการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร		
	ไม่มี/ไม่เคยใช้	มี/เคยใช้	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	8	30	38
ร้อยละ	21.05	78.95	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	58	153	211
ร้อยละ	27.49	72.51	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	3	16	19
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	8	17	25
ร้อยละ	32.00	68.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	5	15	20
ร้อยละ	25.00	75.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	16	39	55
ร้อยละ	29.09	70.91	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	3	16	19
ร้อยละ	15.79	84.21	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	3	5	8
ร้อยละ	37.50	62.50	100.00
รวม	104	291	395
	26.33	73.67	100.00

จากตารางที่ 49 การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 72.51 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 70.91 ไม่ได้รับการศึกษา มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 68.00 ประถมศึกษาตอนปลาย มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 84.21 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 75.00 ปริญญาตรี มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 84.21 สูงกว่าปริญญาตรี มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 62.50 และในภาพรวมการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ส่วนใหญ่มี/เคยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 73.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 50 ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง หัวข้อย่อยการอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามเพศ

(n = 395)

เพศ	การอ่านออกเขียนได้		รวม
	ไม่ได้	ได้	
ชาย			
ความถี่	0	186	186
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
หญิง			
ความถี่	0	209	209
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	0	395	395
	0.00	100.00	100.00

จากตารางที่ 50 การอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 51 ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรม หัวข้อย่อยการอ่านออกเขียนได้
จำแนกตามอายุ

(n = 395)

อายุ	การอ่านออกเขียนได้		รวม
	ไม่ได้	ได้	
60-69 ปี			
ความถี่	0	261	261
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
70-79 ปี			
ความถี่	0	93	93
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
80 ปีขึ้นไป			
ความถี่	0	41	41
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	0	395	395
	0.00	100.00	100.00

จากตารางที่ 51 การอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 52 ความถี่ ร้อยละ ของด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรม หัวข้อย่อยการอ่านออกเขียนได้
จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 395)

ระดับการศึกษา	การอ่านออกเขียนได้		
	ไม่ได้	ได้	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา			
ความถี่	0	38	38
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
ประถมศึกษาตอนต้น			
ความถี่	0	211	211
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
ประถมศึกษาตอนปลาย			
ความถี่	0	19	19
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า			
ความถี่	0	25	25
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า			
ความถี่	0	20	20
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า			
ความถี่	0	55	55
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
ปริญญาตรี			
ความถี่	0	19	19
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี			
ความถี่	0	8	8
ร้อยละ	0.00	100.00	100.00
รวม	0	395	395
	0.00	100.00	100.00

จากตารางที่ 52 การอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1. ด้านชีวิตสังคม

ตารางที่ 53 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 395)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	186	47.09
หญิง	209	52.91
อายุ		
60-69 ปี	261	66.08
70-79 ปี	93	23.54
80 ปี ขึ้นไป	41	10.38
สถานภาพสมรส		
โสด	50	12.70
สมรส	309	78.20
หม้าย	21	5.30
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	15	3.80
แขวงที่อาศัยอยู่		
แขวงนครพิงค์	120	30.38
แขวงศรีวิชัย	93	23.54
แขวงกาวิละ	101	25.57
แขวงเม็งราย	81	20.51

ตารางที่ 53 (ต่อ)

(n = 395)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่อาศัยอยู่		
เป็นสมาชิก	101	25.32
ไม่เป็นสมาชิก	294	74.68
ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ลำดับ
กิจกรรมที่เข้าร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กีฬา	42	2
ศาสนา	59	1
ศิลปวัฒนธรรม	18	4
จิตอาสา	2	5
กลุ่มพัฒนาอาชีพ	27	3
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	38	9.62
ประถมศึกษาตอนต้น	211	53.42
ประถมศึกษาตอนปลาย	19	4.81
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	25	6.33
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	20	5.06
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	55	13.92
ปริญญาตรี	19	4.81
สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.03
แหล่งที่มาของรายได้		
คู่สมรส	0	0.00
บุตร/หลาน/ญาติพี่น้อง	0	0.00
เงินบำนาญ	27	6.84
การประกอบอาชีพ	114	28.86
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	254	64.30

ตารางที่ 53 (ต่อ)

(n = 395)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 2,500 บาท	120	30.38
2,501-5,000 บาท	64	16.20
5,001-8,000 บาท	88	22.28
8,001-10,000 บาท	71	17.97
10,001-15,000 บาท	19	4.81
15,001-20,000 บาท	25	6.33
มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป	8	2.03
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	294	74.43
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	90	22.78
เพียงพอและเหลือเก็บ	11	2.79
ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ลำดับ
โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
มีโรคประจำตัว	375	94.94
โรคเบาหวาน	143	1
โรคความดันโลหิตสูง	102	2
โรคไขมันในเส้นเลือด	87	3
โรคมะเร็ง	20	5
มะเร็งปากมดลูก	11	
มะเร็งเต้านม	5	
มะเร็งต่อมลูกหมาก	4	
โรคหัวใจ	6	7
โรคลิ้นหัวใจรั่ว	4	
โรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ	2	
โรคข้อเข่าเสื่อม	45	4
โรคกระดูกพรุน	10	6
ไม่มีโรคประจำตัว	20	5.06

ตารางที่ 53 (ต่อ)

(n = 395)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การพักอาศัยหรือการอยู่ร่วม		
อาศัยอยู่ตามลำพัง	47	11.89
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	301	76.20
อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติพี่น้อง	45	11.40
อาศัยอยู่กับคนอื่น	2	0.51
บุคคลที่สามารถพึ่งพาได้		
ไม่มี	8	2.03
มี	387	97.97
บุตร	304	78.55
ญาติพี่น้อง	32	8.27
หลาน	51	13.18
การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่อาศัยอยู่		
ไม่ได้ขึ้นทะเบียน	28	7.09
ขึ้นทะเบียน	367	92.91
มีสมุดคู่มือและมีการนำไปใช้	6	1.63
มีสมุดคู่มือและไม่มีการนำไปใช้	351	95.65
ไม่มีสมุดคู่มือ	10	2.72

จากตารางที่ 53 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงผลวิจัยได้ดังต่อไปนี้

- เพศ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 52.91 และเพศชาย จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 47.09 ตามลำดับ
- อายุ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 66.08 อายุ 70-79 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.54 อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.38 ตามลำดับ
- สถานภาพสมรส** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 78.23 รองลงมา คือ โสด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12.66 หม้าย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.32 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ตามลำดับ
- แขวงที่อาศัยอยู่** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในแขวงนครพิงค์ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.38 รองลงมาอาศัยอยู่ในแขวงกาวิละ จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 25.57 อาศัยอยู่

ในแขวงศรีวิชัย จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.54 และอาศัยอยู่ในแขวงเม็งราย จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 20.51 ตามลำดับ

5. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่อาศัยอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่อาศัยอยู่ จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 74.68 และเป็นสมาชิกจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

6. กิจกรรมที่เข้าร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด จำนวน 59 คน (ลำดับที่ 1) รองลงมาคือ กีฬา จำนวน 42 (ลำดับที่ 2) ถัดมาจะเป็นกลุ่มพัฒนาอาชีพ จำนวน 27 คน (ลำดับที่ 3) ศิลปวัฒนธรรม จำนวน 18 คน (ลำดับที่ 4) และจิตอาสา จำนวน 2 คน (ลำดับที่ 5) ตามลำดับ

7. ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 53.42 รองลงมา คือ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 13.92 ถัดมาไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.62 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.33 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.06 ประถมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 ปริญญาตรี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.03 ตามลำดับ

8. แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 64.30 รองลงมา คือ มาจากการประกอบอาชีพ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.86 มาจากเงินบำนาญ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.84 ตามลำดับ

9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.38 รองลงมา คือ 5,001-8,000 บาท จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 22.28 ถัดมา 8,001-10,000 บาท จำนวน จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 17.97 มีรายได้ 2,501-5,000 บาท จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 16.62 มีรายได้ 15,001-20,000 บาท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.33 มีรายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.03 ตามลำดับ

10. ความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 74.43 รองลงมาเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 22.78 และมีเพียงพอและเหลือเก็บมีเพียง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.79 ตามลำดับ

11. โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 375 คน คิดเป็นร้อยละ 94.94 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมากที่สุด จำนวน 143 คน (ลำดับที่ 1)

รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 102 คน (ลำดับที่ 2) ถัดมาเป็นโรคไขมันในเส้นเลือด จำนวน 87 คน (ลำดับที่ 3) โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 45 คน (ลำดับที่ 4) โรคมะเร็ง จำนวน 20 คน แบ่งเป็น มะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 คน มะเร็งเต้านม จำนวน 5 คน มะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 4 คน โรคกระดูกพรุน จำนวน 10 คน (ลำดับที่ 6) โรคหัวใจ จำนวน 6 คน (ลำดับที่ 7) แบ่งเป็น โรคลิ้นหัวใจรั่ว จำนวน 4 คน โรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ จำนวน 2 คน และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.06 ตามลำดับ

12. การพักอาศัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสจำนวน 301 คน คิดเป็น ร้อยละ 76.20 รองลงมาอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติพี่น้องจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.40 อาศัย อยู่ตามลำพัง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 11.89 และอาศัยอยู่กับคนอื่น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ตามลำดับ

13. บุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือยามเจ็บป่วย จำนวน 387 คน คิดเป็นร้อยละ 97.97 โดยที่มีบุตร ที่พึ่งพาได้ จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 78.55 มีหลานที่พึ่งพาได้ จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 13.18 มีญาติพี่น้องที่พึ่งพาได้ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.27 และไม่มีบุคคลที่พึ่งพาได้ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.03 ตามลำดับ

14. การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่อาศัยอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่อาศัยอยู่ จำนวน 367 คน คิดเป็นร้อยละ 92.91 โดยมีสมุดคู่มือและไม่มี การนำไปใช้ จำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 95.65 มีสมุดคู่มือและมีการนำไปใช้จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.63 3 ไม่มีสมุดคู่มือจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.72 และไม่ได้ขึ้นทะเบียนจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.09 ตามลำดับ

2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม

ด้านสังคมและวัฒนธรรม มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social) และ 3) การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในตารางที่ 54

ตารางที่ 54 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม ของแต่ละปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ปัจจัยย่อย	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	3.65	0.73	มาก	2
2. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social)	3.16	0.79	ปานกลาง	3
3. การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance)	3.76	0.75	มาก	1
รวม	3.52	0.76	มาก	

จากตารางที่ 54 พบว่า ปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) ($\bar{x} = 3.76$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ($\bar{x} = 3.65$) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.16$) และโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.52$) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาปัจจัยย่อยในแต่ละข้อคำถามโดยแสดงในตารางที่ 55-57

ตารางที่ 55 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม (n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)				
1. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านส่งเสริมท่านในการดูแลสุขภาพ	3.94	0.86	มาก	6
2. คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว เป็นต้น	3.83	1.02	มาก	8
3. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่าน ดูแลส่งเสริมอำนวยความสะดวก รับส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์ หรือบริการทางสาธารณสุข	3.11	0.31	ปานกลาง	18
4. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านจัดหาเสื้อผ้าของใช้ อาหาร มาให้ท่านตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงสุขภาพของท่านเป็นหลัก	3.36	0.48	ปานกลาง	15
5. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ท่าน	3.71	0.46	มาก	9
6. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ท่าน	3.96	0.74	มาก	5
7. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านแนะนำให้ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย และสามารถบอกแนวทางการแก้ไขให้แก่ท่านได้	3.63	1.18	มาก	10
8. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน	4.07	0.81	มาก	4
9. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน	4.53	0.77	มากที่สุด	1
10. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่าน นำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลมาบอกแก่ท่าน	4.36	0.48	มากที่สุด	2
11. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้และสังคมนรอบตัวท่านได้	3.84	0.92	มาก	7
12. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือน เมื่อท่านหงุดหงิดหรือเครียดจนเกินไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน	4.18	0.71	มาก	3
13. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนท่านให้ไปพบแพทย์ หากท่านพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย	3.48	0.70	มาก	12
14. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านมักให้ความสำคัญกับการไปตรวจสุขภาพประจำปีของท่านตามที่แพทย์นัดไว้	3.42	0.77	มาก	13
15. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	3.59	0.49	มาก	11
16. ท่านมีคนที่น่าไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่อง	2.85	0.79	ปานกลาง	20
17. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมักได้รับความรักความห่วงใย การดูแลจากคนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่าน	3.13	0.60	ปานกลาง	17

ตารางที่ 55 (ต่อ)

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (ต่อ)				
18. ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหากเกิดอันตรายขึ้นกับท่าน	3.37	0.83	ปานกลาง	14
19. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง	3.03	0.69	ปานกลาง	19
20. คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน	3.19	0.98	ปานกลาง	16
รวม	3.65	0.73	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-2 มากที่สุด, ลำดับ 3-13 มาก, ลำดับ 14-20 ปานกลาง

จากตารางที่ 55 คำถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.65$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน ($\bar{x} = 4.53$) 2) รองลงมา คือ 2) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่าน นำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลมาบอกแก่ท่าน ($\bar{x} = 4.36$) 3) ถัดมา คือ คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านคอยเตือนเมื่อท่านหงุดหงิดหรือเครียดจนเกินไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน (4.18) 4) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องวิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน (4.07) 5) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ท่าน (3.96) 6) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านส่งเสริมท่านในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x} = 3.94$) 7) เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้และสังครรอบตัวท่านได้ ($\bar{x} = 3.84$) 8) คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว เป็นต้น ($\bar{x} = 3.83$) 9) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องการทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ท่าน ($\bar{x} = 3.71$) 10) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านแนะนำให้ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย และสามารถบอกแนวทางการแก้ไขให้แก่ท่านได้ ($\bar{x} = 3.63$) 11) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ($\bar{x} = 3.59$) 12) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านคอยเตือนท่านให้ไปพบแพทย์ หากท่านพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ($\bar{x} = 3.48$) 13) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านมักให้ความสำคัญกับการไปตรวจสุขภาพประจำปีของท่านตามที่แพทย์นัดไว้ ($\bar{x} = 3.42$) 14) ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหากเกิดอันตรายขึ้นกับท่าน ($\bar{x} = 3.37$) 15) คนในครอบครัวและสังครรอบตัวท่านจัดหาเสื้อผ้าของใช้ อาหาร มาให้ท่านตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงสุขภาพของท่านเป็นหลัก

($\bar{x} = 3.36$) 16) คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวท่านสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมงานประเพณี หรือ ทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ($\bar{x} = 3.19$) 17) เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมักได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลจากคนในครอบครัวและสังคมรอบตัวท่าน ($\bar{x} = 3.13$) 18) คนในครอบครัวและสังคม รอบตัวท่าน ดูแลส่งเสริมอำนวยความสะดวก รับส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุข ($\bar{x} = 3.11$) 19) ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง ($\bar{x} = 3.03$) และ 20) ท่านมี คนที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกอย่าง ($\bar{x} = 2.85$) ตามลำดับ

ตารางที่ 56 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social) ที่มี ผลต่อภาวะพุ่มพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
การมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social)				
1. ไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน	3.87	0.86	มาก	2
2. ไปเยี่ยมเพื่อนหรือมีเพื่อนมาเยี่ยมเยียน	3.80	0.86	มาก	3
3. ไปเยี่ยมเพื่อนบ้านหรือมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน	4.12	0.66	มาก	1
4. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	3.71	0.64	มาก	5
5. ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ ของชุมชน	3.72	0.55	มาก	4
6. ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก เป็นต้น	2.79	1.29	ปานกลาง	7
7. ไปเดินเล่นกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว	2.48	0.91	น้อย	8
8. คุยโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว	3.24	1.07	ปานกลาง	6
9. เข้าร่วมชมการแข่งขันกีฬาของคนในชุมชน	2.27	0.59	น้อย	9
10. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมงานอดิเรกร่วมกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มแม่บ้านจักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น	1.61	0.49	น้อยที่สุด	10
รวม	3.16	0.79	ปานกลาง	

หมายเหตุ ลำดับ 1-5 มาก, ลำดับ 6-7 ปานกลาง, ลำดับ 8-9 น้อย, ลำดับ 10 น้อยที่สุด

จากตารางที่ 56 คำถามการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social) โดยภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 3.16$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ไปเยี่ยม เพื่อนบ้านหรือมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน ($\bar{x} = 4.12$) 2) รองลงมา คือ ไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวหรือ มีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน ($\bar{x} = 3.87$) 3) ถัดมา คือ ไปเยี่ยมเพื่อนหรือมีเพื่อนมาเยี่ยมเยียน ($\bar{x} = 3.80$) 4) ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ ของชุมชน ($\bar{x} = 3.72$) 5) เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{x} = 3.71$) 6) คุยโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ($\bar{x} = 3.24$) 7) ใช้อินเทอร์เน็ต

เพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก เป็นต้น ($\bar{x} = 2.79$) 8) ไปเดินเล่นกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว ($\bar{x} = 2.48$) 9) เข้าร่วมชมการแข่งขันกีฬาของคนในชุมชน ($\bar{x} = 2.27$) และ 10) มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมงานอดิเรกร่วมกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มแม่บ้านจักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น ($\bar{x} = 1.61$) ตามลำดับ

ตารางที่ 57 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance)				
1. ท่านสามารถจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	3.59	0.65	มาก	7
2. ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง	3.77	0.43	มาก	6
3. ท่านเข้าใจวิธีการจัดยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อได้เอง	4.35	0.49	มากที่สุด	3
4. ท่านสามารถค้นหาสถานที่เพื่อการผ่อนคลายความเครียดหรือพักผ่อนด้วยตนเองได้	2.50	1.26	น้อย	10
5. ท่านสามารถไปซื้อของในตลาดหรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง	4.05	0.98	มาก	4
6. ท่านส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่นๆ ในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น	2.56	1.11	น้อย	9
7. ท่านสามารถทำงานบ้านต่างได้ด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น	3.97	0.85	มาก	5
8. ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ได้ด้วยตนเอง	2.89	1.05	ปานกลาง	8
9. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง	4.94	0.34	มากที่สุด	1
10. ท่านสามารถทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า เป็นต้น	4.94	0.34	มากที่สุด	1
รวม	3.76	0.75	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-3 มากที่สุด, ลำดับ 4-7 มาก, ลำดับ 8 ปานกลาง, ลำดับ 9-10 น้อย

จากตารางที่ 57 คำถามการพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.76$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากัน คือ ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.94$) และท่านสามารถทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า เป็นต้น ($\bar{x} = 4.94$) 2) รองลงมา คือ ท่านเข้าใจวิธีการจัดยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อได้เอง ($\bar{x} = 4.35$) 3) ถัดมา คือ ท่านสามารถไปซื้อของในตลาดหรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.05$)

4) ท่านสามารถทำงานบ้านต่างได้ด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ($\bar{x} = 3.97$) 5) ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง (3.77) 6) ท่านสามารถจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 3.59$) 7) ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 2.89$) 8) ท่านส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่นๆ ในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ($\bar{x} = 2.56$) และ 9) ท่านสามารถค้นหาสถานที่เพื่อการผ่อนคลายความเครียดหรือพักผ่อนด้วยตนเองได้ ($\bar{x} = 2.50$) ตามลำดับ

3. ด้านจิตวิทยา

ด้านจิตวิทยา มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ 1) สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) 2) ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และ 3) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในตารางที่ 58

ตารางที่ 58 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านจิตวิทยา ของแต่ละปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ปัจจัยย่อย	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological)	3.73	0.90	มาก	3
2. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)	3.33	0.58	ปานกลาง	2
3. ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style)	3.44	0.64	มาก	1
รวม	3.50	0.71	มาก	

จากตารางที่ 58 พบว่า ปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) ($\bar{x} = 3.73$) รองลงมา คือ ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) ($\bar{x} = 3.44$) และ ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.33$) และโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.50$) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษปัจจัยย่อยในแต่ละข้อคำถาม โดยแสดงในตารางที่ 59-61

ตารางที่ 59 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) ที่มีผลต่อภาวะพุดมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological)				
1. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่จะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	3.85	0.93	มาก	1
2. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	3.76	0.95	มาก	2
3. ท่านมั่นใจว่าจะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	3.57	0.80	มาก	3
รวม	3.73	0.90	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-3 มาก

จากตารางที่ 59 คำถามสภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.73$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่จะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) ($\bar{x} = 3.85$) 2) รองลงมา คือ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น ($\bar{x} = 3.76$) และ 3) ท่านมั่นใจว่าจะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต ($\bar{x} = 3.57$) ตามลำดับ

ตารางที่ 60 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ที่มีผลต่อภาวะพุดมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)				
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	3.85	0.93	มาก	1
2. ท่านรู้สึกสบายใจ	3.76	0.95	มาก	2
3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง	3.57	0.80	มาก	3
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง	2.98	0.14	ปานกลาง	4
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์	2.88	0.38	ปานกลาง	6
6. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อทั้งกับการดำเนินชีวิตประจำวัน	2.96	0.28	ปานกลาง	5
รวม	3.33	0.58	ปานกลาง	

หมายเหตุ ลำดับ 1-3 มาก, 4-6 ปานกลาง

จากตารางที่ 60 ค่าถามความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.33$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ($\bar{x} = 3.85$) 2) รองลงมา คือ ท่านรู้สึกสบายใจ ($\bar{x} = 3.76$) 3) ถัดมา คือ ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง ($\bar{x} = 3.57$) 4) ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง ($\bar{x} = 2.98$) 5) ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ($\bar{x} = 2.96$) และ 6) ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์ ($\bar{x} = 2.88$) ตามลำดับ

ตารางที่ 61 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style)				
1. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	3.86	0.92	มาก	1
2. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	3.76	0.94	มาก	2
3. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	3.58	0.79	มาก	3
4. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	3.44	0.59	มาก	4
5. เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลอย่างดี	3.01	0.31	ปานกลาง	5
6. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและความผูกพันต่อกัน	3.00	0.30	ปานกลาง	6
รวม	3.44	0.64	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-4 มาก, ลำดับ 5-6 ปานกลาง

จากตารางที่ 61 ค่าถามความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.44$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ ($\bar{x} = 3.86$) 2) รองลงมา คือ ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา ($\bar{x} = 3.76$) 3) ถัดมา คือ ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส ($\bar{x} = 3.58$) 4) ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว ($\bar{x} = 3.44$) 5) เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลอย่างดี ($\bar{x} = 3.01$) และ 6) ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและความผูกพันต่อกัน ($\bar{x} = 3.00$) ตามลำดับ

4. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) และ 4) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในตารางที่ 62

ตารางที่ 62 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ของแต่ละปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ปัจจัยย่อย	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition)	3.45	0.50	มาก	1
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise)	3.40	0.53	ปานกลาง	4
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness)	3.41	0.54	มาก	3
4. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management)	3.43	0.49	มาก	2
รวม	3.42	0.52	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-3 มาก, ลำดับ 4 ปานกลาง

จากตารางที่ 62 พบว่า ปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) ($\bar{x} = 3.45$) รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) ($\bar{x} = 3.43$) ถัดมา คือ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) ($\bar{x} = 3.41$) และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.40$) และโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.42$) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษานี้ปัจจัยย่อยในแต่ละข้อคำถาม โดยแสดงในตารางที่ 63-66

ตารางที่ 63 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) ที่มีผลต่อภาวะพดพปลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม (n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition)				
1. ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ	4.02	0.20	มาก	1
2. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ	4.01	0.21	มาก	2
3. ท่านรับประทานผักและผลไม้	4.01	0.17	มาก	3
4. ท่านรับประทานเนื้อ ปลา ถั่ว นม	3.40	0.57	ปานกลาง	6
5. ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ผักดอง ปลาหมึกเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น*	2.59	0.65	น้อย	7
6. ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบ*	2.56	0.68	น้อย	8
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก และอบ	3.47	0.73	มาก	5
8. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	3.53	0.77	มาก	4
รวม	3.45	0.50	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-5 มาก, ลำดับ 6 ปานกลาง, ลำดับ 7-8 น้อย

* หมายถึง ข้อคำถามเชิงนิเสธ

จากตารางที่ 63 ค่าถามพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.45$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ ($\bar{x} = 4.02$) 2) รองลงมา คือ ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ($\bar{x} = 4.01$) 3) ถัดมา คือ ท่านรับประทานผักและผลไม้ ($\bar{x} = 4.01$) 4) ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว ($\bar{x} = 3.53$) 5) ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก และอบ ($\bar{x} = 3.47$) 6) ท่านรับประทานเนื้อ ปลา ถั่ว นม ($\bar{x} = 3.40$) 7) ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ผักดอง ปลาหมึกเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น ($\bar{x} = 2.59$) และ 8) ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบ ($\bar{x} = 2.56$) ตามลำดับ

ตารางที่ 64 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม (n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise)				
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น	3.40	0.41	ปานกลาง	3
2. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า	3.28	0.57	ปานกลาง	5
3. ท่านทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ จนได้เหงื่อ เป็นต้น	3.42	0.49	มาก	2
4. ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางไกลๆ	3.39	0.65	ปานกลาง	4
5. ท่านเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัยของท่าน	3.53	0.60	มาก	1
รวม	3.40	0.53	ปานกลาง	

หมายเหตุ ลำดับ 1-2 มาก, ลำดับ 3-5 ปานกลาง

จากตารางที่ 64 คำถามพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัยของท่าน ($\bar{x} = 3.53$) รองลงมา คือ 2) ท่านทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ จนได้เหงื่อ เป็นต้น ($\bar{x} = 3.42$) 3) ถัดมา คือ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น ($\bar{x} = 3.40$) 4) ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางไกลๆ ($\bar{x} = 3.39$) และ 5) ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า ($\bar{x} = 3.28$) ตามลำดับ

ตารางที่ 65 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) ที่มีผลต่อภาวะปวดหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness)				
1. ท่านรับประทานยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน*	2.40	0.44	น้อย	8
2. เมื่อมีอาการผื่นปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที	3.43	0.62	มาก	5
3. ท่านสังเกตอาการผื่นปกติหรือแนวโน้มของโรคต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	3.40	0.55	ปานกลาง	6
4. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้	3.53	0.49	มาก	2
5. ท่านได้รับการตรวจร่างกายและตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำทุกปี	3.49	0.58	มาก	3
6. เมื่อท่านมีข้อสงสัยเรื่องการรับประทานยาท่านจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เภสัชกร/แพทย์	3.38	0.60	ปานกลาง	7
7. เมื่อท่านเจ็บป่วย/เกิดอุบัติเหตุ ท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลที่ระบุตามสิทธิ์	4.22	0.50	มากที่สุด	1
8. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	3.45	0.51	มาก	4
รวม	3.41	0.54	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1 มากที่สุด, ลำดับ 2-5 มาก, 6-7 ปานกลาง, ลำดับ 8 น้อย

* ข้อคำถามเชิงนิเสธ

จากตารางที่ 65 ค่าถามพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.41$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อท่านเจ็บป่วย/เกิดอุบัติเหตุ ท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลที่ระบุตามสิทธิ์ ($\bar{x} = 4.22$) 2) รองลงมา คือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ ($\bar{x} = 3.53$) 3) ถัดมา คือ ท่านได้รับการตรวจร่างกายและตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำทุกปี ($\bar{x} = 3.49$) 4) เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ($\bar{x} = 3.45$) 5) เมื่อมีอาการผื่นปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที ($\bar{x} = 3.43$) 6) ท่านสังเกตอาการผื่นปกติหรือแนวโน้มของโรคต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 3.40$) 7) เมื่อท่านมีข้อสงสัยเรื่องการรับประทานยา ท่านจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เภสัชกร/แพทย์ ($\bar{x} = 3.38$) และ 8) ท่านรับประทานยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน (2.40) ตามลำดับ

ตารางที่ 66 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management)				
1. เมื่อมีความเครียด ท่านยังคงหงุดหงิดหรือหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น*	2.59	0.42	น้อย	8
2. เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรมสร้างความเพลิดเพลินทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ร้องเพลง เป็นต้น	3.44	0.43	มาก	5
3. ท่านมักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุขกับเพื่อนในวัยเดียวกัน	3.73	0.46	มาก	1
4. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ	3.43	0.55	มาก	6
5. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้วิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.48	0.49	มาก	4
6. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน	3.55	0.41	มาก	3
7. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะฟังวิทยุ และอ่านหนังสือ	3.40	0.50	ปานกลาง	7
8. ในวันหยุด/วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร รับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว เป็นต้น	3.63	0.48	มาก	2
รวม	3.43	0.49	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-6 มาก, ลำดับ 7 ปานกลาง, ลำดับ 8 น้อย

* ข้อคำถามเชิงนิเสธ

จากตารางที่ 66 ค่าถามพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.43$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านมักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุขกับเพื่อนในวัยเดียวกัน ($\bar{x} = 3.73$) 2) รองลงมา คือ ในวันหยุด/วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร รับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว เป็นต้น ($\bar{x} = 3.63$) 3) ถัดมา คือ เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน ($\bar{x} = 3.55$) 4) เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้วิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ($\bar{x} = 3.48$) 5) เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรมสร้างความเพลิดเพลินทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ร้องเพลง เป็นต้น ($\bar{x} = 3.44$) 6) เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ ($\bar{x} = 3.43$) 7) เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะฟังวิทยุ และอ่านหนังสือ ($\bar{x} = 3.40$) และ 8) เมื่อมีความเครียด ท่านยังคงหงุดหงิดหรือหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น ($\bar{x} = 2.59$) ตามลำดับ

5. ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ

ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) การจัดการตนเอง (Self-Management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในตารางที่ 67

ตารางที่ 67 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ของแต่ละปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ปัจจัยย่อย	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)	3.53	0.71	มาก	2
2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive)	3.84	0.73	มาก	1
3. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill)	3.42	0.65	มาก	4
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)	3.39	0.63	ปานกลาง	5
5. การจัดการตนเอง (Self Management)	3.53	0.71	มาก	2
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)	2.91	0.63	ปานกลาง	6
รวม	3.44	0.68	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-4 มาก, ลำดับ 5-6 ปานกลาง

จากตารางที่ 67 พบว่า ปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) ($\bar{x} = 3.84$) รองลงมา คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ($\bar{x} = 3.53$) การจัดการตนเอง (Self-Management) ($\bar{x} = 3.53$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) ($\bar{x} = 3.42$) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ($\bar{x} = 3.39$) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 2.91$) และโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.44$) ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาปัจจัยย่อยในแต่ละข้อคำถาม โดยแสดงในตารางที่ 68-73

ตารางที่ 68 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)				
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพท่านสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต	3.45	0.77	มาก	3
2. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์	3.54	0.87	มาก	1
3. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพท่านสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	3.53	0.77	มาก	2
4. ท่านนำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	3.43	0.60	มาก	4
5. ท่านสามารถได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จากหน่วยงานบริหารสุขภาพในชุมชนท่าน	3.01	0.31	ปานกลาง	5
รวม	3.53	0.71	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-4 มาก, ลำดับ 5 ปานกลาง

จากตารางที่ 68 ค่าถามการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ($\bar{x} = 3.54$) 2) รองลงมาคือ เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพท่านสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ($\bar{x} = 3.53$) 3) เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพท่านสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต ($\bar{x} = 3.45$) 4) ท่านนำข้อมูลที่ได้อามาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ($\bar{x} = 3.43$) และ 5) ท่านสามารถได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จากหน่วยงานบริหารสุขภาพในชุมชนท่าน ($\bar{x} = 3.01$) ตามลำดับ

ตารางที่ 69 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) ที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive)				
1. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุดเพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง	3.94	0.86	มาก	5
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.83	1.02	มาก	7
3. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	3.11	0.31	ปานกลาง	14
4. ท่านประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็น การออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	3.71	0.46	มาก	8
5. ท่านพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	3.71	0.49	มาก	9
6. เมื่อท่านมีอาการเวียนศีรษะไม่ควรลุกเดินทันทีเพื่อให้อากาศไหลเวียนก่อน	3.41	0.74	มาก	13
7. ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง	3.63	1.18	มาก	10
8. เมื่อท่านมีภาวะเครียดวิตกกังวลมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้นอนหลับยาก	4.07	0.81	มาก	4
9. ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	4.53	0.77	มากที่สุด	1
10. ท่านกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูก และทำให้ร่างกายสดชื่น	4.36	0.48	มากที่สุด	2
11. ท่านมีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น ไม่เครียด	3.84	0.92	มาก	6
12. ท่านทานยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตอนที่ท้องไม่ว่าง	4.18	0.71	มาก	3
13. ท่านไม่สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งปอด	3.48	0.70	มาก	11
14. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรดองอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี	3.42	0.77	มาก	12
รวม	3.84	0.73	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-2 มากที่สุด, ลำดับ 3-13 มาก, ลำดับ 14 ปานกลาง

จากตารางที่ 69 คำถามการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.84$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่ดื่มสุรา และยาต้องเป็นประจำจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม ($\bar{x} = 4.53$) 2) รองลงมา คือ ท่านกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูกและทำให้ร่างกายสดชื่น ($\bar{x} = 4.36$) 3) ท่านทานยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตอนที่ท้องไม่ว่าง ($\bar{x} = 4.18$) 4) เมื่อท่านมีภาวะเครียดวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อให้นอนหลับง่าย ($\bar{x} = 4.07$) 5) เมื่อท่านมีอาการเวียนศีรษะไม่ควรลุกเดินทันที เพื่อให้อาการทุเลาลงก่อน ($\bar{x} = 3.96$) 6) ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง ($\bar{x} = 3.94$) 7) ท่านมีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น ไม่เครียด ($\bar{x} = 3.84$) 8) ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\bar{x} = 3.83$) 9) ท่านพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได (3.71) 10) ท่านประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็น การออกกำลังกายอย่างหนึ่ง ($\bar{x} = 3.71$) 11) ผู้สูงอายุที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{x} = 3.63$) 12) ท่านไม่สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งปอด ($\bar{x} = 3.48$) 13) ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรลดอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี ($\bar{x} = 3.42$) และ 14) ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ($\bar{x} = 3.11$) ตามลำดับ

ตารางที่ 70 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) ที่มีผลต่อภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill)				
1. ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี	3.81	0.95	มาก	1
2. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี	3.73	0.94	มาก	2
3. ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ	3.57	0.79	มาก	3
4. ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	3.41	0.60	มาก	4

ตารางที่ 70 (ต่อ)

(n = 395)

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) (ต่อ)				
5. ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	3.02	0.32	ปานกลาง	5
6. ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	3.01	0.29	ปานกลาง	6
รวม	3.42	0.65	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-4 มาก, ลำดับ 5-6 ปานกลาง

จากตารางที่ 70 คำถามทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.42$) ประกอบด้วยข้อความ 6 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี ($\bar{x} = 3.81$) 2) รองลงมา คือ ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ แล้วเข้าใจดี ($\bar{x} = 3.73$) 3) ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ ($\bar{x} = 3.57$) 4) ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ($\bar{x} = 3.41$) 5) ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ($\bar{x} = 3.02$) และ 6) ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ($\bar{x} = 3.01$) ตามลำดับ

ตารางที่ 71 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อความ

(n = 395)

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)				
1. ท่านสามารถตัดสินใจออกกำลังกายหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม	3.58	0.84	มาก	2
2. ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหารหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย	3.76	0.94	มาก	1
3. เมื่อเกิดความเครียดท่านมีวิธีการคลายความเครียด หลังจากได้รับข้อมูลการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม	3.57	0.80	มาก	3
4. ท่านสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้หลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	3.43	0.59	มาก	4

ตารางที่ 71 (ต่อ)

(n = 395)

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
ทักษะการตัดสินใจ (Cecision Skill) (ต่อ)				
5. ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลังได้รับข้อมูลเรื่องประโยชน์และการใช้ที่เหมาะสม	3.00	0.31	ปานกลาง	6
6. ท่านสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่มีส่งผลเสียต่อตัวเองและคนรอบข้างน้อยที่สุด	3.01	0.31	ปานกลาง	5
รวม	3.39	0.63	ปานกลาง	

หมายเหตุ ลำดับ 1-4 มาก, ลำดับ 5-6 ปานกลาง

จากตารางที่ 71 ค่าถามทักษะการตัดสินใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.39$) ประกอบด้วยข้อความ 6 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหาร หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร/โภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ($\bar{x} = 3.76$) 2) รองลงมา คือ ท่านสามารถตัดสินใจออกกำลังกายหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ($\bar{x} = 3.58$) 3) เมื่อเกิดความเครียดท่านมีวิธีการคลายความเครียด หลังจากได้รับข้อมูลการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม ($\bar{x} = 3.57$) 4) ท่านสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้หลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ($\bar{x} = 3.43$) 5) ท่านสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่มีส่งผลเสียต่อตัวเองและคนรอบข้างน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.01$) และ 6) ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลังได้รับข้อมูลเรื่องประโยชน์และการใช้ที่เหมาะสม ($\bar{x} = 3.00$) ตามลำดับ

ตารางที่ 72 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดการตนเอง (Self-management) ที่มีผลต่อ
ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
การจัดการตนเอง (Self Management)				
1. ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	3.78	0.92	มาก	1
2. ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์	3.68	0.93	มาก	2
3. ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	3.52	0.78	มาก	3
4. ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้	3.43	0.55	มาก	4
5. หลังจากทบทวนท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	3.00	0.31	ปานกลาง	5
รวม	3.53	0.71	มาก	

หมายเหตุ ลำดับ 1-4 มาก, ลำดับ 5 ปานกลาง

จากตารางที่ 72 ค่าถามทักษะการจัดการตนเอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.78$) 2) รองลงมาคือ ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ($\bar{x} = 3.68$) 3) ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ ($\bar{x} = 3.52$) 4) ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้ ($\bar{x} = 3.43$) และ 5) หลังจากทบทวนท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ($\bar{x} = 3.00$) ตามลำดับ

ตารางที่ 73 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ที่มีผลต่อภาวะพหุคูณ
พลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในแต่ละข้อคำถาม

(n = 395)

ข้อคำถาม	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ
การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)				
1. ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมองที่ื่อนำเสนอ	3.27	0.66	ปานกลาง	1
2. ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่ื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับ ผู้รู้หรือตำรา	3.24	0.71	ปานกลาง	2
3. ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่ื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	3.19	0.55	ปานกลาง	3
4. หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้องท่านนำ ข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	2.51	0.77	น้อย	4
5. หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้องท่านนำข้อมูล จากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง	2.34	0.47	น้อย	5
รวม	2.91	0.63	ปานกลาง	

หมายเหตุ ลำดับ 1-3 ปานกลาง, ลำดับ 4-5 น้อย

จากตารางที่ 73 คำถามทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.91$) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ พบว่า 1) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมองที่ื่อนำเสนอ ($\bar{x} = 3.27$) 2) รองลงมา คือ ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่ื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา ($\bar{x} = 3.24$) 3) ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่ื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ ($\bar{x} = 3.19$) 4) หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้องท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง ($\bar{x} = 2.51$) และ 5) หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้องท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง ($\bar{x} = 2.34$) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพดพลึงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัยได้หาความสัมพันธ์ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากนั้นนำตัวแปรพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนายได้จากสมการ

$$\hat{Y} = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k \quad (\text{คะแนนดิบ})$$

$$\hat{Z} = \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_kx_k \quad (\text{คะแนนมาตรฐาน})$$

โดยที่

X_i คือ จำนวนตัวแปรอิสระในสมการถดถอย

\hat{Y} คือ ค่าของคะแนนดิบ (b) ของตัวแปรตามที่ใช้พยากรณ์

\hat{Z} คือ ค่าของคะแนนมาตรฐาน (β) ของตัวแปรตามที่ใช้พยากรณ์

b_0 คือ ค่าคงที่ (Constant) ของสมการถดถอย

b_i คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบ (b)

β_i คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐาน (β)

R คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

R^2 คือ ค่าอำนาจการพยากรณ์

Adjusted R^2 (Adjusted R Square) คือ ค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว

SE_{est} คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์

อีกทั้งผู้วิจัยได้กำหนดอักษรย่อที่ใช้แทนตัวแปรอิสระของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านสังคมและวัฒนธรรม 2) ด้านจิตวิทยา 3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ เพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายผลการศึกษาและทำความเข้าใจไว้ดังต่อไปนี้

Social_C แทน ด้านสังคมและวัฒนธรรม

Psychology_B แทน ด้านจิตวิทยา

Health_B แทน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

Knowledge_H แทน ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ

ตารางที่ 74 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรม สุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพลัมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ตัวแปร	Social _C	Psychology _B	Health _B	Knowledge _H	\bar{x}	S.D.
Social _C	1.000	0.632	0.612	0.688	3.52	0.76
Psychology _B		1.000	0.651	0.671	3.50	0.71
Health _B			1.000	0.668	3.42	0.52
Knowledge _H				1.000	3.44	0.68

จากตารางที่ 74 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ด้าน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.612 ถึง 0.688 โดยตัวแปรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก คือ คู่ที่ 1 ตัวแปรด้านสังคมและวัฒนธรรมกับด้านความรู้เรื่องสุขภาพ คู่ที่ 2 ตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพกับด้านความรู้เรื่องสุขภาพ และคู่ที่ 3 ตัวแปรด้านจิตวิทยากับความรู้เรื่องสุขภาพ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.688, 0.671 และ 0.668 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.80 ดังนั้นถือได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104-105)

ตารางที่ 75 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ด้าน ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยภาพรวม

(n = 395)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่				
ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t
Social _C	0.81	0.16	1.62	8.72**
Psychology _B	0.58	0.09	1.17	6.11**
Health _B	0.74	0.12	1.58	7.09**
Knowledge _H	0.44	0.07	0.89	5.98*

R = 0.88, R² = 0.77, Adjusted R² = 0.76, Constant = 3.21, F = 14.74**, SE_{est} = 0.19

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < 0.01)

จากตารางที่ 75 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน พบว่า ปัจจัยทั้งหมดได้เข้าสู่สมการถดถอย คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social_C, b = 0.81, β = 1.62, p < 0.01) 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health_B, b = 0.74, β = 1.58, p < 0.01) 3) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychology_B, b = 0.58, β = 1.17, p < 0.01) และ 4) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (Knowledge_H, b = 0.44, β = 0.89, p < 0.05) โดยมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.76 หมายถึง ตัวแปรด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (Knowledge_H) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health_B) ด้านจิตวิทยา (Psychology_B) และด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social_C) สามารถใช้เพื่อพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 76.00

แสดงว่า ตัวแปรด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social_C) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health_B) ด้านจิตวิทยา (Psychology_B) และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (Knowledge_H) มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้านสังคมและวัฒนธรรมได้มากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีสภาวะทางจิตวิทยาอยู่ในระดับที่ดี และได้รับความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น ก็จะทำให้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดีหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 3.21 + 0.81(\text{Social}_c) + 0.74(\text{Health}_b) + 0.58(\text{Psychology}_b) + 0.44(\text{Knowledge}_H)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 1.62(\text{Social}_c) + 1.58(\text{Health}_b) + 1.17(\text{Psychology}_b) + 0.89(\text{Knowledge}_H)$$

จากสมการพยากรณ์ ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในการพยากรณ์ได้ดีที่สุด คือ ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social_c) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health_b) ด้านจิตวิทยา (Psychology_b) และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (Knowledge_H) ตามลำดับ



ตารางที่ 76 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ และด้านความรอบรู้เรื่องสุขภาพ

ที่มีผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ตัวแปร	Sup _s	Part _s	Self _r	Psy _H	Sat _L	Life _B	Nut _E	Exc _B	Ill _S	Str _M	Acc _S	Cog _K	Com _S	Ced _S	Self _M	Lite _M	\bar{x}	S.D.
Sup _s	1.000	0.655	0.532	0.528	0.666	0.589	0.412	0.596	0.623	0.698	0.623	0.600	0.619	0.520	0.529	0.601	3.65	0.73
Part _s		1.000	0.555	0.632	0.682	0.612	0.623	0.658	0.652	0.523	0.412	0.455	0.652	0.511	0.589	0.459	3.16	0.79
Self _r			1.000	0.541	0.563	0.601	0.521	0.599	0.692	0.652	0.523	0.421	0.652	0.633	0.629	0.666	3.76	0.75
Psy _H				1.000	0.563	0.629	0.555	0.651	0.612	0.623	0.544	0.666	0.589	0.553	0.554	0.661	3.73	0.90
Sat _L					1.000	0.641	0.655	0.547	0.689	0.547	0.637	0.522	0.513	0.589	0.550	0.621	3.33	0.58
Life _B						1.000	0.687	0.648	0.456	0.635	0.690	0.512	0.502	0.654	0.444	0.522	3.44	0.64
Nut _E							1.000	0.688	0.569	0.541	0.555	0.547	0.512	0.523	0.521	0.512	3.45	0.50
Exc _B								1.000	0.656	0.636	0.634	0.587	0.638	0.541	0.687	0.547	3.40	0.53
Ill _S									1.000	0.612	0.542	0.612	0.689	0.631	0.621	0.587	3.41	0.54
Str _M										1.000	0.632	0.578	0.645	0.545	0.546	0.612	3.43	0.49
Acc _S											1.000	0.639	0.569	0.654	0.662	0.662	3.53	0.71
Cog _K												1.000	0.500	0.668	0.589	0.589	3.84	0.73
Com _S													1.000	0.511	0.541	0.541	3.42	0.65
Ced _S														1.000	0.637	0.633	3.39	0.63
Self _M															1.000	0.544	3.53	0.71
Lite _M																1.000	2.91	0.63

หมายเหตุ Sup_s แทน การสนับสนุนทางสังคม Part_s แทน การมีส่วนร่วมทางสังคม Self_r แทน การพึ่งตนเอง Psy_H แทน สุขภาวะทางสุขภาพจิต Sat_L แทน ความพึงพอใจในชีวิต
 Life_B แทน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับสรีรชีวิตที่เป็นอยู่ Nut_E แทน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร Exc_B แทน พฤติกรรมการออกกำลังกาย Ill_S แทน พฤติกรรมด้านสุขภาพปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย
 Str_M แทน พฤติกรรมการจัดการความเครียด Acc_S แทน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ Cog_K แทน ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค Com_S แทน ทักษะการสื่อสาร
 Ced_S แทน ทักษะการตัดสินใจ Self_M แทน การจัดการตนเอง Lite_M แทน การรู้เท่าทันสื่อ

จากตารางที่ 76 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อยทั้ง 4 ด้าน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.412 ถึง 0.695 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.80 ดังนั้นถือได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104-105)

ตารางที่ 77 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรพยากรณ์ย่อยทั้ง 16 ตัวแปร ที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ตัวแปร	ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่			
	b	SE	β	t
1. การสนับสนุนทางสังคม (Sup _s)	0.77	0.02	0.81	7.78**
2. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Part _s)	0.39	0.09	0.46	4.06
3. การพึ่งพาตนเอง (Self _r)	0.79	0.14	0.83	9.16**
4. สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy _H)	0.87	0.06	0.91	9.44**
5. ความพึงพอใจในชีวิต (Sat _L)	0.38	0.11	-0.24	3.08
6. ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life _B)	0.61	0.05	0.63	6.12*
7. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut _E)	0.69	0.18	0.75	8.56**
8. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str _M)	0.63	0.15	0.68	7.44**
9. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill _s)	0.60	0.11	0.64	6.87*
10. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc _B)	0.42	0.08	0.51	4.56*
11. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog _K)	0.82	0.02	0.95	8.01**
12. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Acc _s)	0.75	0.03	0.83	7.08**
13. การจัดการตนเอง (Self _M)	0.74	0.08	0.80	6.97**
14. ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com _s)	0.62	0.04	0.59	6.54*
15. ทักษะการตัดสินใจ (Ced _s)	0.60	0.06	0.65	5.15*
16. การรู้เท่าทันสื่อ (Lite _M)	0.48	0.21	-0.52	2.02
ค่าคงที่ (Constant)	3.21			

R = 0.88, R² = 0.77, Adjusted R² = 0.76, Constant = 3.21, F = 14.74**, SE_{est} = 0.19

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < 0.01)

จากตารางที่ 77 ตัวแปรย่อยที่ร่วมทำนายต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ของปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระย่อยทั้งหมด 13 ตัวแปร ที่เข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ คือ 1) การสนับสนุนทางสังคม (Sup_s, b = 0.77, β = 0.81, p < 0.01) 2) การพึ่งพาตนเอง (Self_R, b = 0.79, β = 0.83, p < 0.01) 3) สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H, b = 0.87, β = 0.91, p < 0.01) 4) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life_b, b = 0.61, β = 0.63, p < 0.05) 5) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E, b = 0.69, β = 0.75, p < 0.01) 6) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M, b = 0.63, β = 0.68, p < 0.01) 7) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S, b = 0.60, β = 0.64, p < 0.05) 8) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B, b = 0.42, β = 0.51, p < 0.01) 9) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K, b = 0.82, β = 0.95, p < 0.01) 10) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Acc_S, b = 0.75, β = 0.83, p < 0.01) 11) การจัดการตนเอง (Self_M, b = 0.74, β = 0.80, p < 0.01) 12) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S, b = 0.62, β = 0.59, p < 0.05) และ 13) ทักษะการตัดสินใจ (Ced_S, b = 0.60, β = 0.65, p < 0.05) โดยมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.76 หมายถึง ตัวแปรย่อยของด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ทั้ง 13 ตัวแปรย่อย สามารถใช้เพื่อพยากรณ์ภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 76.00 และมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 3.21 + 0.77(\text{Sup}_s) + 0.79(\text{Self}_R) + 0.87(\text{Psy}_H) + 0.61(\text{Life}_b) + 0.69(\text{Nut}_E) + 0.63(\text{Str}_M) + 0.60(\text{Ill}_S) + 0.42(\text{Exc}_B) + 0.82(\text{Cog}_K) + 0.75(\text{Acc}_S) + 0.74(\text{Self}_M) + 0.62(\text{Com}_S) + 0.60(\text{Ced}_S)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.81(\text{Sup}_s) + 0.83(\text{Self}_R) + 0.91(\text{Psy}_H) + 0.63(\text{Life}_b) + 0.75(\text{Nut}_E) + 0.68(\text{Str}_M) + 0.64(\text{Ill}_S) + 0.51(\text{Exc}_B) + 0.95(\text{Cog}_K) + 0.83(\text{Acc}_S) + 0.80(\text{Self}_M) + 0.59(\text{Com}_S) + 0.65(\text{Ced}_S)$$

จากสมการพยากรณ์ ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในการพยากรณ์ได้ดีที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม (Sup_S) การพึ่งพาตนเอง ($Self_R$) ภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ ($Life_B$) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Acc_S) การจัดการตนเอง ($Self_M$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_S) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของด้านสังคมและวัฒนธรรมกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 1) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) และ 3) การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) ผู้วิจัยได้หาความสัมพันธ์ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากนั้นนำตัวแปรมาพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนาย ได้ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 79

ผู้วิจัยได้กำหนดอักษรย่อที่ใช้แทนตัวแปรอิสระในการทำนายเพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายผลการศึกษาและทำความเข้าใจไว้ดังต่อไปนี้

Sup_S แทน การสนับสนุนทางสังคม

$Part_S$ แทน การมีส่วนร่วมทางสังคม

$Self_R$ แทน การพึ่งพาตนเอง

ตารางที่ 78 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อภาวะพุดผพลัง
ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ตัวแปร	Sup _s	Part _s	Self _R	\bar{x}	S.D.
Sup _s	1.000	0.655	0.532	3.65	0.73
Part _s		1.000	0.555	3.16	0.79
Self _R			1.000	3.76	0.75

จากตารางที่ 78 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อยด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 0.532 ถึง 0.655 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.80 ดังนั้นถือได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104-105)

ตารางที่ 79 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านสังคมและวัฒนธรรม
ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่				
ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t
Sup _s	0.77	0.02	0.81	7.78**
Part _s	0.39	0.06	0.46	4.06
Self _R	0.79	0.14	0.83	9.16**

R = 0.85, R² = 0.72, Adjusted R² = 0.71, Constant = 2.52, F = 18.22**, SE_{est} = 0.16

จากตารางที่ 79 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 3 ตัวแปร แต่มีเพียง 2 ตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ คือ 1) การพึ่งพาตนเอง (Self_R, b = 0.79, β = 0.83, p < 0.01) และ 2) การสนับสนุนทางสังคม (Sup_s, b = 0.77, β = 0.81, p < 0.01) โดยมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.71 หมายถึง ตัวแปรการพึ่งพาตนเอง (Self_R) และการสนับสนุนทางสังคม (Sup_s) สามารถใช้เพื่อพยากรณ์ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 71.00

แสดงว่า ตัวแปรการพึ่งพาตนเอง (Self_R) และการสนับสนุนทางสังคม (Sup_s) มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุ มีการพึ่งพาตนเองได้ดี ประกอบกับได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะทำให้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี หรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 2.52 + 0.79(\text{Self}_R) + 0.77(\text{Sup}_s)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.83(\text{Self}_R) + 0.81(\text{Sup}_s)$$

จากสมการพยากรณ์ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในการพยากรณ์ได้ดีที่สุด คือ การพึ่งพาตนเอง (Self_R) และการสนับสนุนทางสังคม (Sup_s) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของด้านจิตวิทยากับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยด้านจิตวิทยา ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 1) สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) 2) ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และ 3) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) ผู้วิจัยได้ทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากนั้นนำตัวแปรมาพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนายได้ผลการศึกษาตามตารางที่ 81

ผู้วิจัยได้กำหนดอักษรย่อที่ใช้แทนตัวแปรอิสระในการทำนายเพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายผลการศึกษาและทำความเข้าใจไว้ดังต่อไปนี้

Psy_H แทน สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological)

Sat_L แทน ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

Life_B แทน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style)

ตารางที่ 80 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ตัวแปร	Psy _H	Sat _L	Life _B	\bar{x}	S.D.
Psy _H	1.000	0.563	0.629	3.73	0.90
Sat _L		1.000	0.641	3.33	0.58
Life _B			1.000	3.44	0.64

จากตารางที่ 80 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อยด้านจิตวิทยา โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.563 ถึง 0.641 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.80 ดังนั้นถือได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104-105)

ตารางที่ 81 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านจิตวิทยาที่มีผลต่อ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่				
ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t
Psy _H	0.87	0.06	0.91	9.44**
Sat _L	0.38	0.11	-0.24	3.08
Life _B	0.61	0.05	0.63	6.12*

R = 0.84, R² = 0.71, Adjusted R² = 0.70, Constant = 2.26, F = 14.13**, SE_{est} = 0.18

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < 0.01)

จากตารางที่ 81 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด 3 ตัวแปร แต่มีเพียง 2 ตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ คือ 1) สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H, b = 0.87, β = 0.91, p < 0.01) 2) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life_B, b = 0.61, β = 0.63, p < 0.05) โดยมีค่าประสิทธิภาพในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.70 หมายถึง ตัวแปรสภาวะทางสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตสามารถใช้เพื่อพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 70.00

แสดงว่า ตัวแปรสภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H) และความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life_B) มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุมีสภาวะทางสุขภาพจิตที่ดีและมีความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ดีขึ้น ก็จะทำให้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดีหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 2.26 + 0.87(\text{Psy}_H) + 0.61(\text{Life}_B)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.91(\text{Psy}_H) + 0.63(\text{Life}_B)$$

จากสมการพยากรณ์ ภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในการพยากรณ์ได้ดีที่สุด คือ สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H) และความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life_B) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของด้านพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) และ 4) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) ผู้วิจัยได้ทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากนั้นนำตัวแปรมาพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนายได้ผลการศึกษาตามตารางที่ 83

ผู้วิจัยได้กำหนดอักษรย่อที่ใช้แทนตัวแปรอิสระในการทำนายเพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายผลการศึกษาและทำความเข้าใจไว้ดังต่อไปนี้

Nut_E แทน พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

Exc_B แทน พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

Ill_S แทน พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย

Str_M แทน พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

ตารางที่ 82 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ตัวแปร	Nut _E	Exc _B	Ill _S	Str _M	\bar{x}	S.D.
Nut _E	1.000	0.688	0.569	0.541	3.45	0.50
Exc _B		1.000	0.656	0.636	3.40	0.53
Ill _S			1.000	0.612	3.41	0.54
Str _M				1.000	3.43	0.49

จากตารางที่ 82 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.541 ถึง 0.688 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.80 ดังนั้นถือได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104-105)

ตารางที่ 83 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ภาวะพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่				
ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t
Nut _E	0.69	0.18	0.75	8.56**
Exc _B	0.42	0.08	0.51	4.56*
Ill _S	0.60	0.11	0.64	6.87*
Str _M	0.63	0.15	0.68	7.44**

R = 0.85, R² = 0.72, Adjusted R² = 0.71, Constant = 2.31, F = 18.21**, SE_{est} = 0.16

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < 0.01)

จากตารางที่ 83 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร เข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณทั้งหมด คือ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E, b = 0.69, β = 0.75, p < 0.01) 2) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M, b = 0.63, β = 0.68, p < 0.01) 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S, b = 0.60, β = 0.64, p < 0.05) และ 4) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B, b = 0.42, β = 0.51, p < 0.05) โดยมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.71 หมายถึง ตัวแปรพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B) สามารถใช้เพื่อพยากรณ์ภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 71.00

แสดงว่า ตัวแปรพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B) มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ถูกหลักโภชนาการ มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ มีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย และการจัดการความเครียดได้ดี ก็จะทำให้ภาวะพดพลงอยู่ในระดับที่ดีหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 2.31 + 0.69(Nut_E) + 0.63(Str_M) + 0.60(Ill_S) + 0.42(Exc_B)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

$$\hat{Z} = 0.75(Nut_E) + 0.68(Str_M) + 0.64(Ill_S) + 0.51(Exc_B)$$

จากสมการพยากรณ์ ภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในการพยากรณ์ได้ดีที่สุด คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) และพฤติกรรมออกกำลังกาย (Exc_B) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของด้านความรู้เรื่องสุขภาพกับภาวะพดพลงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) การจัดการตนเอง (Self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ผู้วิจัยได้ทดสอบหาความสัมพันธ์ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากนั้นนำตัวแปรมาพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนายได้ผลการศึกษตามตารางที่ 85

ผู้วิจัยได้กำหนดอักษรย่อที่ใช้แทนตัวแปรอิสระในการทำนายเพื่อให้ง่ายต่อการอธิบายผลการศึกษาและทำความเข้าใจไว้ดังต่อไปนี้

Acc_S แทน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

Cog_K แทน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

Com_S แทน ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

Ced_S แทน ทักษะการตัดสินใจ

Self_M แทน การจัดการตนเอง

Lite_M แทน การรู้เท่าทันสื่อ

ตารางที่ 84 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อย ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ตัวแปร	Acc _S	Cog _K	Com _S	Ced _S	Self _M	Lite _M	\bar{x}	S.D.
Acc _S	1.000	0.639	0.569	0.695	0.654	0.662	3.53	0.71
Cog _K		1.000	0.500	0.654	0.668	0.589	3.84	0.73
Com _S			1.000	0.552	0.511	0.541	3.42	0.65
Ced _S				1.000	0.637	0.633	3.39	0.63
Self _M					1.000	0.544	3.53	0.71
Lite _M						1.000	2.91	0.63

จากตารางที่ 84 พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate Relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทำให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรย่อยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกค่าเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.500 ถึง 0.695 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.80 ดังนั้นถือได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552: 104-105)

ตารางที่ 85 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรย่อยด้านความรอบรู้เรื่องสุขภาพ
ที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

(n = 395)

ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่				
ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t
Com _S	0.62	0.19	0.59	6.54*
Cog _K	0.82	0.14	0.95	8.01**
Acc _S	0.75	0.10	0.83	7.08**
Ced _S	0.60	0.16	0.65	5.15*
Self _M	0.74	0.08	0.80	6.97**
Lite _M	0.48	0.21	-0.52	2.02

R = 0.86, R² = 0.74, Adjusted R² = 0.73, Constant = 2.11, F = 14.44**, SE_{est} = 0.12

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p < 0.05)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p < 0.01)

จากตารางที่ 85 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัวแปร แต่มีตัวแปรอิสระเพียง 5 ตัวแปรเท่านั้น ที่เข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ คือ 1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K, b= 0.82, β = 0.95, p < 0.01) 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Acc_S, b= 0.75, β = 0.83, p < 0.01) 3) การจัดการตนเอง (Self_M, b= 0.74, β = 0.80, p < 0.01) 4) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S, b= 0.62, β = 0.59, p < 0.05) และ 5) ทักษะการตัดสินใจ (Ced_S, b= 0.60, β = 0.65, p < 0.05) โดยมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.73 หมายถึง ตัวแปรความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Acc_S) การจัดการตนเอง (Self_M) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_S) สามารถใช้เพื่อพยากรณ์ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 73.00

แสดงว่า ตัวแปรความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Acc_S) การจัดการตนเอง (Self_M) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_S) มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

จังหวัดเชียงใหม่ สรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันโรค ที่ถูกต้องเหมาะสม มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพการบริการสุขภาพที่ดี มีการจัดการตนเองได้ดี ประกอบกับมีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในระดับที่ดี ก็จะทำให้ภาวะพลัดพลั้งอยู่ในระดับที่ดีหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้เป็น

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b)

$$\hat{Y} = 2.11 + 0.82(\text{Cog}_k) + 0.75(\text{Acc}_s) + 0.74(\text{Self}_M) + 0.62(\text{Com}_s) + 0.60(\text{Ced}_s)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (B)

$$\hat{Z} = 0.95(\text{Cog}_k) + 0.83(\text{Acc}_s) + 0.80(\text{Self}_M) + 0.59(\text{Com}_s) + 0.65(\text{Ced}_s)$$

จากสมการพยากรณ์ ภาวะพลัดพลั้งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในการพยากรณ์ได้ดีที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_k) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Acc_s) การจัดการตนเอง (Self_M) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_s) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_s) ตามลำดับ

แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 3 ได้มีการจัดประชุมเสนอแนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อระดมความคิดกลุ่มบุคคลสำคัญ (Key Performance) ประกอบด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุของแต่ละแขวงจำนวน 4 คน และผู้แทนผู้นำชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุแขวงละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมระดมความคิดเห็น (Brainstorming) ได้ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพของหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีการกำหนดนโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยเน้นการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเชิงป้องกันเป็นสำคัญ และการพัฒนาบุคลากรทางแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้สูงอายุมีความต้องการให้การจัดการหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่ให้ทั่วถึงครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดโครงสร้างขององค์กรที่อยู่ในรูปแบบของเครือข่าย การเข้าถึงการบริการทางสุขภาพที่มีช่องทางหลากหลาย

3. ผู้สูงอายุมีความต้องการให้มีการจัดระบบการสื่อสารข้อมูลข่าวสารทันสมัย สะดวก รวดเร็ว เพื่อให้สอดคล้องเกี่ยวกับการจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย

4. การฝึกปฏิบัติการพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อเป็นการฝึกประสบการณ์ด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพ และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพกาย เน้นการบริโภคอาหาร โดยให้ผู้สูงอายุฝึกการเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันและการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต เน้นการลดภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้สูงอายุสร้างกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมนันทนาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพสังคม เน้นการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยและร่วมกิจกรรมในครอบครัวด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตวิญญาณ เน้นการทำบุญโดยให้ผู้สูงอายุเข้าวัดทำบุญทุกวันพระ

5. เพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ เป็นการเพิ่มเติมองค์ความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดความคิดรวบยอดในตนเอง นำไปสู่การพัฒนาทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน

6. การบูรณาการแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจากสังคมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาชนทั่วไป และที่สำคัญคือบุคคลในครอบครัวรวมถึงกระบวนการทำให้และการรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ โดยมีการพัฒนาการเป็นลำดับ เริ่มต้นจากการยอมรับพฤติกรรมที่นำมาปฏิบัติเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้คุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต รวมถึงสร้างความรู้สึกลึกถึงการมีพลังอำนาจในตนเองที่สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

7. หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงโดยเฉพาะหน่วยงานเทศบาลนครเชียงใหม่ จะต้องให้ความสำคัญและดำเนินบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับการศึกษาพัฒนาตนเองให้มีความรู้ทักษะที่ทันสมัยและนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ เช่น การเข้ารับการฝึกอบรม การสัมมนา การจัดการความรู้ในองค์กร การได้รับการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เป็นต้น

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล ประโยชน์ที่ได้รับ และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่อง ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ทำให้เข้าใจและทราบถึงระดับของภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอสรุปผลการศึกษาวิจัยโดยแบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. สรุปผล
2. อภิปรายผล
3. ประโยชน์ที่ได้รับ
4. ข้อเสนอแนะ

สรุปผล

ระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

โดยภาพรวมสามารถสรุปผลได้จาก ค่าระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.41) แสดงว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก และแยกเป็น 4 ด้านย่อยๆ ได้แก่

1. ด้านการมีสุขภาพที่ดี (Health) พบว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.15)
2. ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) พบว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ อยู่ในมาก ($\bar{x} = 0.82$, S.D. = 0.20)
3. ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) พบว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 0.98$, S.D. = 0.17)
4. ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุพลัง (Enabling Environment) พบว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 0.71$, S.D. = 1.13)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา

1. การประเมินสุขภาพของตนเอง จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่ มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 93.78 เพศชายมีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 91.94 ในภาพรวม การประเมินสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.91 ตามลำดับ

2. การประเมินสุขภาพของตนเอง จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 93.49 อายุ 70-79 ปี มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 88.17 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 73.17 และในภาพรวมการประเมินสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

3. การประเมินสุขภาพของตนเอง จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 91.94 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 96.36 ไม่ได้รับการศึกษา มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.11 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.00 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 95 ประถมศึกษาตอนปลายกับปริญญาตรี มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 94.74 สูงกว่าปริญญาตรี มีระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 87.50 และในภาพรวมการประเมินสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 92.91 ตามลำดับ

4. ระดับความสุข จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.27 เพศชายมีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 25.81 และในภาพรวมของระดับความสุข ส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

5. ระดับความสุข จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ มีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 27.59 อายุ 70-79 ปี มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.41 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีระดับความสุขปานกลางกับมีความสุขมากบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.71 เท่ากัน และในภาพรวมของระดับความสุข ส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

6. ระดับความสุข จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีระดับความสุขปานกลางกับมีความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 24.64 เท่ากัน อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.91 ไม่ได้รับการศึกษา มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.32 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีระดับความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 28.00 ปริญญาตรี มีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 31.58 ประถมศึกษาตอนปลาย มีระดับความสุขปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 36.84 สูงกว่า

ปริญญาตรี มีระดับความสุขมากตลอด คิดเป็นร้อยละ 50.00 และในภาพรวมของระดับความสุข ส่วนใหญ่มีความสุขปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

7. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 83.73 เพศชายทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 78.49 และในภาพรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 81.27 ตามลำดับ

8. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 80.84 อายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.65 อายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 85.37 และในภาพรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 81.27 ตามลำดับ

9. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 79.62 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 83.64 ไม่ได้ รับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 86.84 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 80.00 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 85.00 ประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 84.21 ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 78.95 สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 81.27 ตามลำดับ

10. ความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.30 เพศชายมีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.80 และในภาพรวมความสามารถในการมองเห็น ส่วนใหญ่เป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.53 ตามลำดับ

11. ความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 80.84 อายุ 70-79 ปี มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 87.10 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.93 และในภาพรวม ความสามารถในการมองเห็น ส่วนใหญ่เป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.53 ตามลำดับ

12. ความสามารถในการมองเห็น จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ความสามารถในการมองเห็นเป็นแบบเห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.94 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 78.18 ไม่ได้รับการศึกษา เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 84.21 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ประถมศึกษาตอนปลาย เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.47 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ปริญญาตรี เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 84.21 สูงกว่าปริญญาตรี เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมความสามารถในการมองเห็น ส่วนใหญ่เห็นชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.28 ตามลำดับ

13. ความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.43 เพศชายความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.78 และในภาพรวมความสามารถในการได้ยิน ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

14. ความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 93.49 อายุ 70-79 ปี ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 82.80 อายุ 80 ปีขึ้นไป ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 85.37 และในภาพรวมความสามารถในการได้ยิน ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

15. ความสามารถในการได้ยิน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ความสามารถในการได้ยินเป็นแบบได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 91.47 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.09 ไม่ได้รับการศึกษา ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 86.84 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 92.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 89.47 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 85.00 ปริญญาตรี ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 84.21 สูงกว่าปริญญาตรี ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมความสามารถในการได้ยิน ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 90.13 ตามลำดับ

16. พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 66.99 เพศชายไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 68.28 และในภาพรวมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 67.59 ตามลำดับ

17. พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 69.73 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 62.37 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 65.85 และในภาพรวมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 67.59 ตามลำดับ

18. พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 66.82 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 74.55 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 65.79 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 52.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 68.42 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 60.00 ปริญญาตรี ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 89.47 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 และในภาพรวมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 67.59 ตามลำดับ

19. การมีงานทำ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ทำงานคิดเป็นร้อยละ 78.47 เพศชายทำงาน คิดเป็นร้อยละ 83.87 และในภาพรวมการมีงานทำ ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 81.01 ตามลำดับ

20. การมีงานทำ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 78.54 อายุ 70-79 ปี ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 86.02 อายุ 80 ปีขึ้นไป ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 85.37 และในภาพรวมการมีงานทำ ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 81.01 ตามลำดับ

21. การมีงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 80.57 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 85.45 ไม่ได้รับการศึกษา ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 84.21 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 72.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 75.00 ปริญญาตรี ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 78.95 สูงกว่าปริญญาตรี ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการมีงาน ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 81.01 ตามลำดับ

22. การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 78.47 เพศชายไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 69.89 และในภาพรวมการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

23. การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 72.80 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 81.72 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.29 และในภาพรวมการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

24. การเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.41 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.55 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 73.68

มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 85.00 ปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 73.68 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 62.50 และในภาพรวมการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

25. การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.16 เพศชายไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.73 และในภาพรวมการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

26. การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 75.48 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 69.89 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 78.05 และในภาพรวมการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

27. การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.88 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 83.64 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 71.05 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.00 ประถมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.42 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 70.00 ปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.42 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมการเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

28. การดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 65.55 เพศชายมีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 68.28 และในภาพรวมการดูแลบุคคลในครัวเรือน ส่วนใหญ่มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ตามลำดับ

29. การดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 72.03 อายุ 70-79 ปี มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 53.76 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 63.41 และในภาพรวมการดูแลบุคคลในครัวเรือน ส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ตามลำดับ

30. การดูแลบุคคลในครัวเรือน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 67.30 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 69.09 ไม่ได้รับการศึกษา มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 63.16 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 64.00 ประถมศึกษาตอนปลาย มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 73.68 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ปริญญาตรี มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 63.16 สูงกว่าปริญญาตรี มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมการดูแลบุคคลในครัวเรือน ส่วนใหญ่มีการดูแลบุคคลในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 66.84 ตามลำดับ

31. ความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 76.08 เพศชายมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.04 และในภาพรวมความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.18 ตามลำดับ

32. ความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.41 อายุ 70-79 ปี มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.49 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.61 และในภาพรวมความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.18 ตามลำดับ

33. ความเพียงพอของรายได้ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73.93 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.73 ไม่ได้รับการศึกษา มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 76.00 ประถมศึกษาตอนปลาย มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.89 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85.00 ปริญญาตรี มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73.68 สูงกว่าปริญญาตรี มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.00 และในภาพรวมความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.18 ตามลำดับ

34. การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 76.08 เพศชายไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 72.58 และในภาพรวมการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

35. การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 72.80 อายุ 70-79 ปี ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 76.34 อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 80.49 และในภาพรวมการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

36. การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 73.93 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 78.18 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 76.32 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 68.00 ประถมศึกษาตอนปลาย มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.95 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ปริญญาตรี ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 73.68 สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 62.50 และในภาพรวมการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเจ้าของ คิดเป็นร้อยละ 74.43 ตามลำดับ

37. ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.04 เพศชายอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.17 และในภาพรวมลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.10 ตามลำดับ

38. ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 86.97 อายุ 70-79 ปี อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.32 อายุ 80 ปีขึ้นไป อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 90.24 และในภาพรวมลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.10 ตามลำดับ

39. ลักษณะการอยู่อาศัย จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 89.57 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 87.27 ไม่ได้รับการศึกษา อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 89.47 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ประถมศึกษาตอนปลาย อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 84.21 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 95.00 ปริญญาตรี อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 84.21 สูงกว่าปริญญาตรี อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 85.00 และในภาพรวมลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 88.10 ตามลำดับ

40. สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

46. การอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

47. การอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

48. การอ่านออกเขียนได้ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และในภาพรวมการอ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส พื้นที่ที่อาศัยอยู่ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ การพักอาศัย บุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ และการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

1.1 เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 52.91 และเพศชาย จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 47.09 ตามลำดับ

1.2 อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 66.08 รองลงมา คือ 70-79 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.54 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.38 ตามลำดับ

1.3 สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 78.23 รองลงมา คือ โสด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12.66 ถัดมาเป็นหม้าย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.32 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ตามลำดับ

1.4 พื้นที่ที่อาศัยอยู่ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในแขวงนครพิงค์ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.38 รองลงมา คือ อาศัยอยู่ในแขวงกาวิละ จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 25.57 ถัดมาอาศัยอยู่ในแขวงศรีวิชัย จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.54 และอาศัยอยู่ในแขวงเม็ງราย จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 20.51 ตามลำดับ

1.5 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่อาศัยอยู่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่อาศัยอยู่ จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 74.68 และเป็นสมาชิกจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 25.32 ตามลำดับ

1.6 กิจกรรมที่เข้าร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด จำนวน 59 คน (ลำดับที่ 1) รองลงมาคือ กีฬา จำนวน 42 (ลำดับที่ 2) ถัดมาจะเป็นกลุ่มพัฒนาอาชีพ จำนวน 27 คน (ลำดับที่ 3) ศิลปวัฒนธรรม จำนวน 18 คน (ลำดับที่ 4) และจิตอาสา จำนวน 2 คน (ลำดับที่ 5) ตามลำดับ

1.7 ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 53.42 รองลงมา คือ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 13.92 ถัดมาไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.62 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.33 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.06 ประถมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 ปริญญาตรี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.03 ตามลำดับ

1.8 แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 64.30 รองลงมา คือ มาจากการประกอบอาชีพ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.86 และมาจากเงินบำนาญ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.84 ตามลำดับ

1.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.38 รองลงมา คือ 5,001-8,000 บาท จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 22.28 ถัดมา 8,001-10,000 บาท จำนวน จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 17.97 มีรายได้ 2,501-5,000 บาท จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 16.62 มีรายได้ 15,001-20,000 บาท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.33 มีรายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.03 ตามลำดับ

1.10 ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 74.43 รองลงมา คือ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 22.78 และเพียงพอและเหลือเก็บมีเพียง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.79 ตามลำดับ

1.11 โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 375 คน คิดเป็นร้อยละ 94.94 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมากที่สุด จำนวน 143 คน (ลำดับที่ 1) รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 102 คน (ลำดับที่ 2) ถัดมาเป็นโรคไขมันในเส้นเลือด จำนวน 87 คน (ลำดับที่ 3) โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 45 คน (ลำดับที่ 4) โรคมะเร็ง จำนวน 20 คน แบ่งเป็น มะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 คน มะเร็งเต้านม จำนวน 5 คน มะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 4 คน โรคกระดูกพรุน จำนวน 10 คน (ลำดับที่ 6) โรคหัวใจ จำนวน 6 คน (ลำดับที่ 7) แบ่งเป็น โรคลิ้นหัวใจรั่ว

จำนวน 4 คน โรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ จำนวน 2 คน และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.06 ตามลำดับ

1.12 การพักอาศัยอยู่กับ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 301 คน คิดเป็นร้อยละ 76.20 รองลงมา คือ อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติพี่น้อง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.40 ถัดมาอาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 11.89 และอาศัยอยู่กับคนอื่น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ตามลำดับ

1.13 บุคคลที่สามารถพึ่งพาได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือยามเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือยามเจ็บป่วย จำนวน 387 คน คิดเป็นร้อยละ 97.97 โดยที่ 1) มีบุตรที่พึ่งพาได้ จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 78.55 2) มีหลานที่พึ่งพาได้ จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 13.18 และ 3) มีญาติพี่น้องที่พึ่งพาได้ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.27 และไม่มีบุคคลที่พึ่งพาได้ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.03 ตามลำดับ

1.14 การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่อาศัยอยู่ พบว่า ส่วนใหญ่ได้ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ จำนวน 367 คน คิดเป็นร้อยละ 92.91 โดยที่ 1) มีสมุดคู่มือและไม่มีการนำไปใช้ จำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 95.65 2) ไม่มีสมุดคู่มือ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.72 3) มีสมุดคู่มือและมีการนำไปใช้ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.63 และไม่ได้ขึ้นทะเบียน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.09 ตามลำดับ

2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม

มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก คือ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) กับการพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยย่อยนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สามารถพยากรณ์ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 71.00 ส่วนการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation Social) อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ด้านจิตวิทยา

มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก คือ สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) กับความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยย่อยนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สามารถพยากรณ์ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 70.00 ส่วนความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nutrition) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) อยู่ในระดับปานกลาง และทั้ง 4 ปัจจัยย่อยนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสามารถพยากรณ์ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 70.00

5. ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ

มีปัจจัยย่อยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) การจัดการตนเอง (Self Management) ส่วนทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทั้ง 5 ปัจจัยย่อยนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สามารถพยากรณ์ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 73.00 ส่วนการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาพรวมของปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ ที่ส่งผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

จากผลการวิจัยตัวแปรด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social_c) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health_b) ด้านจิตวิทยา (Psychology_b) และด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (Knowledge_h) ได้เข้าร่วมทำนายทั้ง 4 ปัจจัย ทำให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R²) เท่ากับ 0.76 หมายถึง ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน สามารถพยากรณ์ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 76.00 ทำให้สรุปผลได้ว่า หากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้านสังคมและวัฒนธรรมได้มากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีสภาวะทางจิตวิทยาอยู่ในระดับที่ดี และได้รับความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น ก็จะทำให้ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับที่ดีหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

สรุปตัวแปรย่อยที่เข้าร่วมพยากรณ์ต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ตัวแปรย่อยที่ร่วมพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนาย มี 13 ตัวแปร จากทั้งหมด 16 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคม (Sup_S) การพึ่งพาตนเอง ($Self_R$) สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ ($Life_B$) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_R) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Acc_S) การจัดการตนเอง ($Self_M$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_S) ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว ($Adjusted R^2$) เท่ากับ 0.76 หมายถึง ตัวแปรย่อยทั้ง 13 ตัวแปรย่อยดังกล่าว สามารถใช้เพื่อพยากรณ์ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 76.00 และมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

1. ปัจจัยย่อยด้านสังคมและวัฒนธรรม

ตัวแปรย่อยที่ร่วมพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนาย มีเพียง 2 ตัวแปร คือ 1) การพึ่งพาตนเอง ($Self_R$) และ 2) การสนับสนุนทางสังคม (Sup_S) ที่ส่งผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว ($Adjusted R^2$) เท่ากับ 0.71 หมายถึง การพึ่งพาตนเอง ($Self_R$) และการสนับสนุนทางสังคม (Sup_S) สามารถพยากรณ์ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 71.00 ทำให้สรุปผลได้ว่า การพึ่งพาตนเอง ($Self_R$) กับการสนับสนุนทางสังคม (Sup_S) มีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุได้รับการพึ่งพาตนเองได้ดีประกอบกับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะทำให้ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. ปัจจัยย่อยด้านจิตวิทยา

ตัวแปรย่อยที่ร่วมพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนาย มีเพียง 2 ตัวแปร คือ 1) สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H) และ 2) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิต ($Life_B$) ที่ส่งผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว ($Adjusted R^2$) เท่ากับ 0.70 หมายถึง สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H) และความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิต ($Life_B$) สามารถพยากรณ์ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 70.00 ทำให้สรุปผลได้ว่า สภาวะทางสุขภาพจิต (Psy_H) และความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิต ($Life_B$) มีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุ

มีสถานะทางสุขภาพจิตที่ดีและความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ดีขึ้น ก็จะทำให้ภาวะพหุผลพลั่งอยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

3. ปัจจัยย่อยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปรย่อยที่ร่วมพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนาย มี 4 ตัวแปร คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B) ที่ส่งผลหรือความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุผลพลั่งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้สมการ 2 สมการ มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว ($Adjusted R^2$) เท่ากับ 0.71 หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B) สามารถพยากรณ์ภาวะพหุผลพลั่งของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 70.00 ทำให้สรุปผลได้ว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Nut_E) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Str_M) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Ill_S) และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exc_B) มีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุผลพลั่งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนาการ สามารถจัดการความเครียดได้ดี มีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย และมีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ก็จะทำให้ภาวะพหุผลพลั่งอยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

4. ปัจจัยย่อยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ

ตัวแปรย่อยที่ร่วมพยากรณ์เพื่อหาสมการถดถอยหรือสมการทำนาย มีเพียง 5 ตัวแปร คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Acc_S) การจัดการตนเอง ($Self_M$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_S) ที่ส่งผลหรือความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุผลพลั่งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว ($Adjusted R^2$) เท่ากับ 0.73 หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Acc_S) การจัดการตนเอง ($Self_M$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_S) สามารถพยากรณ์ภาวะพหุผลพลั่งของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 73.00 ทำให้สรุปผลได้ว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cog_K) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Acc_S) การจัดการตนเอง ($Self_M$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Com_S) และทักษะการตัดสินใจ (Ced_S) มีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพหุผลพลั่งของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุได้รับรู้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง มีระบบการจัดการตนเองที่ดีทั้งในเรื่องทักษะ

การสื่อสารข้อมูลสุขภาพประกอบกับมีทักษะการตัดสินใจที่ดี ก็จะทำให้ภาวะพหุผลังอยู่ในระดับที่ดี หรือสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ได้นำเสนอ สามารถนำมาอภิปรายผล เพื่อเชื่อมโยงกับผลการวิจัย แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อต้องการให้เห็นภาพที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยนำเสนอประเด็นหลักดังต่อไปนี้

1. ระดับภาวะพหุผลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย ทำให้เห็นว่า ภาวะพหุผลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่าผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญเรื่องพหุผลังของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการมีสุขภาพที่ดี 2) ด้านการมีส่วนร่วม 3) ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง และ 4) ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผลัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญนาค ปัตถานัง (2555: 69) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุผลัง ในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ระบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดสุขภาพของผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและเป็นผู้สูงอายุที่มีพหุผลัง อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จำลอง ชูโต และคณะ (2559: 77) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ระดับความมีพหุผลังของผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพหุผลังในระดับสูง เนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และมีความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพราะลูกหลานให้ความเคารพนับถือให้การดูแลที่ดี นอกจากนี้บริบททางสังคม วัฒนธรรมประเพณีอันดีงาม ความเชื่อมั่นศรัทธาในศาสนาที่สืบทอดต่อกันมาทำให้ยังคงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บายส์และมิลเลอร์ (Buys & Miller, 2008: 48) ได้ศึกษาองค์ประกอบของพหุผลังของประชากรชาวออสเตรเลียที่อายุ 50 ปี ขึ้นไป พบว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพ (Health) ได้แก่ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต 2) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การให้ตอบแทน การพัฒนาตนเอง และการทำงาน และ 3) ด้านความมั่นคง (Security) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การพึ่งพาตนเอง การเงิน และประสบการณ์ในชีวิต

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

2.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม

จากผลการวิจัยทำให้เห็นว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ การพักอาศัย และบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ ส่งผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.05 โดยที่เพศหญิง (ร้อยละ 52.91) มีการดูแลตนเองเอาใจใส่สุขภาพได้ดีกว่าเพศชายหรือมีความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60-69 ปี (ร้อยละ 66.08) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.23) อาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นคู่สมรสที่คอยดูแลซึ่งกันและกัน ยังมีบุคคลที่พึ่งพาได้ ได้แก่ บุตรของตนเอง (ร้อยละ 78.55) มีที่อยู่อาศัยในแต่ละแขวงทั้ง 4 แขวง เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนชนที่ตั้งอยู่รอบเขตใจกลางเมือง สภาพแวดล้อมของชุมชนมีความสะดวกเอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างรวดเร็ว มีค่าครองชีพสูงเนื่องจากเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวของภูมิภาค และขึ้นทะเบียนการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของแต่ละแขวงของเทศบาลนครเชียงใหม่ (ร้อยละ 92.91) ผู้สูงอายุมีสมุดคู่มือผู้สูงอายุและไม่มีนำไปใช้ (ร้อยละ 95.61) สามารถร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 61.46) เป็นกิจกรรมหลักที่เป็นนโยบายของจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมของภาคเหนือ ระดับการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 53.42) แหล่งที่มาของรายได้ได้รับเบี้ยยังชีพจากรัฐบาลทุกเดือน (ร้อยละ 64.30) ส่วนกลุ่มที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.86) เป็นกลุ่มผู้ตัวอย่างที่ยังมองว่าตนเองยังสามารถทำงานหารายได้จากการทำงาน ได้รับเงินน้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30.38) ส่วนใหญ่ยังไม่มีคามเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 74.43) และกลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 55.43) 2) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 39.53) และ 3) โรคไขมันในหลอดเลือด (ร้อยละ 33.72) ตามลำดับ จากผลการศึกษานี้พบว่า มี 7 ปัจจัยย่อยในด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ การพักอาศัย หรือการอยู่ร่วม และบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุที่ส่งผลทำให้ภาพรวมภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทั้ง 4 แขวงในเขตชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ มีการพัฒนาเมืองตามนโยบายการจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนโดยรัฐบาลกำหนดให้ประชาชนไปใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐทุกแห่งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย คือ ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลและกลุ่มประชาชนทั่วไป เป็นต้น ทำให้เห็นว่าย่างสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pender et al. (2006: 109) ที่ได้สรุปไว้ว่า 1) เพศ เป็นปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ และเพศยังเป็นปัจจัยที่บ่งบอก

ถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ความคิดและความเชื่อ ซึ่งย่อมส่งผลให้เพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) รายได้ มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตประจำวันในการบริโภคและการใช้จ่ายในยามฉุกเฉิน บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสสร้างความมั่นคงในชีวิต ความมั่นคงทางสังคม และการหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับ Orem (1991 อ้างถึงใน นันทมนัส บุญโลง, 2552: 59) ที่ได้กล่าวโดยสรุปไว้ว่า สถานภาพสมรส เป็นบทบาททางสังคม คู่สมรสมีหน้าที่ต้องอุปการะ เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของคู่สมรสด้วยความเข้าใจ ความรัก การยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่สร้างความขัดแย้งต่อกัน มีการปรึกษาปัญหา และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ย่อมก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีความผูกพันในครอบครัวมีความสุขในชีวิตคู่และเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ จึงพบว่า บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าสถานภาพสมรสโสด หย่าร้าง หม้าย ยังสอดคล้องกับ พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย และคณะ (2563: 78) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองโน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Jovic-Vranes et al. (2009: 44) ที่ได้ศึกษาถึงความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง ของเมืองเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย โดยใช้ TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอและระดับต่ำร้อยละ 41 และในระดับที่เพียงพอร้อยละ 59 ระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแหล่งที่ตั้ง เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพ การรับรู้สุขภาพตนเอง และการมีภาวะโรคเรื้อรัง ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate Analysis) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับอายุของอาสาสมัคร ระดับการศึกษา และการมีภาวะโรคเรื้อรัง

2.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

จากผลการวิจัยทำให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และ 2) การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) ส่งผลต่อภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) ตามลำดับ สอดคล้องกับ Kaplan et al. (1977: 129) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุนคือได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่ายของแต่ละคน คนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคมจะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวเองตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในทางตรงกันข้ามคนเราอยู่ในสังคมเมื่อประสบปัญหาหมักจะ

ได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง ฉะนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา เช่นเดียวกับ พรทิพย์ มาลาธรรม (2553: 59) ได้อธิบายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้าง ระดับกลาง ระดับลึก โดยที่ระดับกว้างเป็นการเข้าร่วมในสังคมพิจารณาจากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ ระดับกลาง เป็นการเน้นถึงบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ เช่น การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านสิ่งของความ เป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง และระดับลึกเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดกันมากที่สุด โดยมีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ บุคคลในระดับนี้ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวตลอดจนคนรัก เป็นการให้การสนับสนุนทางจิตใจ การแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย ทั้งนี้ยังคงสอดคล้องกับ นางเยาว์ มีเทียน (2560: 85) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา สถานภาพโสด และความเพียงพอของรายได้ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมหลังในผู้ใหญ่วัยกลางคน เขตกิ่งเมืองได้ร้อยละ 41.4 ($R^2 = 0.414$, $F = 52.131$, $p < 0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพได้เข้าใจปัจจัยที่เด่นทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง ให้ผ่านเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีพฤติกรรม ทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับประชาชนกลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและมีความสุข และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง และคณะ (2562: 48) ศึกษาถึงเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า 1) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง 2) กิจกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่เหมาะสม และ 3) ปัญหาผู้สูงอายุไม่ตระหนักเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ผลการวิจัยเชิงปริมาณ จากการสำรวจและวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 315 คน ภายหลังการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับ พฤติกรรม ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.48) สูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนากิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ การสาธิต และการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลและประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ 3) สร้างเครือข่ายในชุมชนโดย

ตั้งแกนนำผู้สูงอายุเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุเกิดความตระหนักต่อการรักษาสุขภาพ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาจากแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว คนรอบข้าง ญาติพี่น้อง เพื่อน ที่จะคอยให้คำแนะนำ ส่งเสริมในเรื่องการดูแลสุขภาพ การแนะนำให้ไปตรวจสุขภาพประจำปี การเอื้ออำนวยความสะดวกในการไปพบแพทย์หรือบริการสาธารณสุข คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย โดยสามารถบอกแนวทางการแก้ไขได้เมื่อยามเจ็บป่วย และยังเป็นที่น่าไว้วางใจ ห่วงใย และดูแลให้กำลังใจ เช่นเดียวกับ การพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) เช่น การรับประทานอาหารและยา อาบน้ำ แต่งกาย ทำงานบ้าน รวมถึงมีส่วนร่วมร่วมกับคนในชุมชน การเข้ากิจกรรมในชุมชน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงการดูแลตนเองให้แข็งแรงและสมบูรณ์

2.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา

จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ 1) สภาวะทางสุขภาพจิต (Psychological) 2) ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ (Life Balance and Life Style) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.01 ($p < 0.01$) ตามลำดับ จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนด้านจิตวิทยาในประเด็น มีความรู้สึกสบายใจ มีความภูมิใจในตนเอง และรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก เนื่องด้วยการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครเชียงใหม่ที่สนองตามนโยบายมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่อง สังคมสูงอายุ มาตรการที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย ในการสนับสนุนส่งเสริมทำให้มีโอกาสแสดงศักยภาพ ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในแต่ละด้านอย่างเต็มที่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการดำรงชีพได้ในชุมชนเขตเมืองที่มีการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่อยู่อาศัยในแต่ละแขวงทั้ง 4 แขวง ของเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ซึ่งลักษณะเป็นชุมชนชนที่ ตั้งอยู่รอบเขตใจกลางเมือง สภาพแวดล้อมของชุมชนมีซึ่งความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิต ความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่น ตลอดจนก่อให้เกิดการร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพแห่งบุคคลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการทำงานต่างๆ จึงยังคงภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม มีบุคคลในครอบครัวที่พึ่งพาได้สามารถทำหน้าที่ดูแลรับส่งการไปร่วมกิจกรรมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความปลอดภัย ทางท้องถนน รวมทั้งสถานบริการยังจัดบริการและสถานที่ที่เอื้ออำนวยแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี เช่น ลานจอดรถผู้สูงอายุ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่นรถเข็น ห้องน้ำผู้สูงอายุ รวมไปถึงสิทธิการรับบริการของผู้สูงอายุมีนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติส่งผลให้การไปรักษาโรคในแต่ละครั้งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่มาก และยังสามารถนำเงินที่ควร จะเอาไปใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมาใช้ในด้านค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว ได้ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าอาหาร ค่าเลี้ยงดูบุตร และค่าครองชีพอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีงานสวัสดิการสังคมในหน่วยงานภาครัฐซึ่งทำหน้าที่ดูแลเบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุได้รับทุกเดือน และให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างเหมาะสมและ

เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่สังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต
 บั้นปลายของตนเองได้เป็นอย่างมาก สอดคล้องกับ ประพนอม โอทกานนท์ (2554 อ้างถึงใน วิทมา
 ธรรมเจริญ, 2555: 59) ได้กล่าวไว้ว่า ศาสตร์ด้านจิตวิทยาจะสามารถอธิบายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลง
 ของพันธุกรรมของร่างกายกับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม (Social) และส่วนของสังคมนั้น คือ
 ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมและโครงสร้างสังคม โดยทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่ใช้อธิบาย
 กระบวนการสูงอายุในปัจจุบัน ได้แก่ 1) Jung Theories of Personality ทฤษฎีนี้เน้นการพัฒนา
 บุคลิกภาพกับการบรรลุความต้องการพื้นฐานของบุคคลในทุกช่วงชีวิต โดยเสนอว่า เมื่อบุคคลมีวัย
 ที่สูงขึ้นบุคลิกภาพของบุคคลอาจจะเปลี่ยนไป คือ จากบุคลิกภาพการมีมิตรภาพ ชอบสมาคม
 เป็นบุคลิกภาพที่ใช้เวลากับตนเอง 2) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ศาสตร์
 ด้านจิตวิทยาเป็นการพัฒนาของคน แบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุพัฒนาการ
 ขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อีริกสันอธิบายว่า เมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนา
 ความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจต่างๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ
 สมหวังและผิดหวัง (ปล่อยวาง) ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น มีความพึงพอใจในชีวิต
 ของตนเอง และมีสภาวะทางสุขภาพจิตที่ดี เช่นเดียวกับ Maw & Maw (1964: 162) ที่ได้กล่าวไว้ว่า
 ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะเชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาอธิบายว่า การเปลี่ยนแปลง
 บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการปรับตัวและพัฒนาการของบุคลิกภาพ ซึ่งมีผลทำให้
 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้นไม่สามารถยืนยันได้จากทฤษฎีใด
 เพียงทฤษฎีเดียว อย่างไรก็ตามนักจิตวิทยายอมรับว่ากระบวนการทางด้านจิตวิทยา สามารถอธิบาย
 ได้จากลักษณะทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละวัย
 ซึ่งพิจารณาได้จากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกดังนี้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ
 สติปัญญา ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพ ทำให้พบว่าผู้สูงอายุจะมีการผันแปรไปตาม
 การเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ของร่างกาย ตามที่กล่าวไปแล้วในทฤษฎีทางชีววิทยา มีงานวิจัยยืนยัน
 ว่า ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ได้เกือบเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องอาศัยเวลานานกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ
 การเรียนรู้ คือ ความเครียดผลจากประสาทและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงทำให้เสียความจำ
 ส่วนแรงจูงใจพบว่า ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นๆ ปัจจัย
 ภายนอก คือ การเปลี่ยนแปลงทางเสรีภาพ ได้แก่ พันธุกรรมกับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม ได้แก่
 ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมโครงสร้างสังคม เป็นต้นในขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับงานวิจัย
 ของ นางเยาว์ มีเทียน (2560: 55) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง
 ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพได้เข้าใจปัจจัยที่เด่นทางด้านจิตสังคม
 ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมืองให้ผ่านเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีพฤติกรรม
 ทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ให้กับประชาชนกลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและมีความสุข ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระปลัดสมชาย ปโยโค (2561: 58) ที่ได้ศึกษาถึง การสังเคราะห์ตัวชี้วัดการเสริมสร้างพัฒนาพลังวิถีพุทธของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณราชการ ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดพัฒนาองค์ประกอบที่สังเคราะห์ได้มีดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณราชการ ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2) การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 3) ความปลอดภัยทางกายภาพ และ 4) สุขภาพจิตที่ดี องค์ประกอบที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณราชการ 1) การทำกิจกรรมอาสาสมัคร 2) การดูแลบุตรหลานในครัวเรือน 3) การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน และ 4) การมีส่วนร่วมทางการเมือง องค์ประกอบที่ 3 ด้านความมั่นคงของผู้สูงอายุกลุ่มผู้เกษียณราชการ 1) การมีงานทำหลังเกษียณราชการ 2) การมีรายได้หลังเกษียณราชการ 3) การมีที่พักอาศัยที่มั่นคง และ 4) การเรียนรู้ตลอดชีวิต ภาวะทางจิตใจและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim & Yu (2010: 122) ที่ได้ศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี โดยใช้ K-TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตที่ไม่ดี ผลของความฉลาดทางสุขภาพต่อสถานะสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตถูกสื่อผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Nutrition) 2) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Illness) และ 4) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ส่งผลต่อภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.01 ($p < 0.01$) ตามลำดับ โดยที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมสร้างความเพลิดเพลิน พุดคุยปรับทุกข์เพื่อนวัยเดียวกัน สวดมนต์ไหว้พระนั่งสมาธิ พุดคุยกับคนในบ้าน หากรู้สึกเครียดจะฟังวิทยุอ่านหนังสือ ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญตักบาตร ท่องเที่ยว ประกอบกับผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีโอกาสร่วมกิจกรรมทางศาสนามากมายที่จัดขึ้นตามประเพณีวันสำคัญต่างๆ ทุกชุมชนในแต่ละแขวงมีวัดจำนวนมากและตั้งอยู่ใกล้บ้านที่ผู้สูงอายุมีความสะดวกการเข้าร่วมกิจกรรม มีผู้นำชุมชนที่เป็นผู้กระตุ้นชักชวน คอยย้ำเตือนและดูแลอำนวยความสะดวก จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมต่อการปรับจิตใจให้ผ่อนคลายเบิกบาน การยึดมั่นในหลักธรรมทางศาสนาจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคมและสิ่งแวดล้อม การที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมตามหลักคำสอนของศาสนาที่ตนเองยึดถือจะทำให้มีจิตใจที่เป็นสุข รู้จักปล่อยวางยอมรับสภาพตามเป็นจริงของชีวิตที่เป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยทางร่างกาย และช่วยให้มองเห็นทางสงบเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนถึงเวลาที่จะจากโลกหลอนไป การปฏิบัติตามหลักศาสนา ทำกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้สูงอายุ

ศรัทธาซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจ ดังนั้นศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับคนทั่วไป โดยผู้ที่ปฏิบัติจะรู้สึกสงบ มีความเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง สามารถใช้ชีวิตอย่างมีสติ มีคุณค่ามีหลักคำสอนเป็นเครื่องชี้ในการดำเนินชีวิต และกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นการตรวจคัดกรองที่ครอบคลุมทั้งตรวจร่างกายทั่วไป ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจมวลกระดูก การเอ็กซเรย์ปอด การตรวจวัดสายตา โดยการดูแลประชาชนทั้ง 90 ชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ประจำปี ทำให้ผู้สูงอายุทราบสภาวะร่างกายและแนวโน้มของการเจ็บป่วยของตนเอง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามพูดคุยกับบุคลากรทางสุขภาพทุกสาขาที่ให้บริการ และการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพตามสิทธิการรักษาพยาบาลได้อย่างสะดวก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ได้รับการบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนในเขตเมืองทุกชุมชนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายผู้สูงอายุ และจัดอบรมความรู้การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) งานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมกำหนดแผนงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่จัดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพต่างๆสำหรับกลุ่มที่ติดสังคม และจัดบริการการเยี่ยมบ้านสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพโดยงานเยี่ยมบ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิที่ร่วมกับนักศึกษาแพทย์จากเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนสามารถรับรู้และเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปหรือการเจ็บป่วยใดๆเกิดขึ้นสามารถที่จะปฏิบัติตนในเบื้องต้นได้ รับรู้ เข้าใจและสามารถรับประทานยาที่ถูกต้องตามปัญหาสุขภาพได้ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม ทำให้สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535: 25) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะสุขภาพที่ผิดปกติที่จะรวมไปถึงการรับบริการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขด้วย กล่าวคือ พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ เช่นเดียวกับ Palank (1991: 120) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ยังสอดคล้องกับ Pender et al. (2006: 125) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุ

เป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต และยังสามารถคล้องกับอำพล จินดาวัฒนะ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2551: 14) กล่าวไว้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถป้องกันและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน เป็นต้น จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ได้ตามเป้าหมายและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้ง Pender et al. (2006: 25) ยังได้กล่าวอีกว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้นไป ในขณะเดียวกัน พัชรี ดันศิริ (2546: 69) ศึกษาถึงเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมย่อยๆ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย = 2.61) พัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี และยังสามารถคล้องกับงานวิจัยของ นารีรัมย์รัตน์สัมฤทธิ์ (2561: 56) ที่ได้ศึกษาถึง รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาพลังเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดพัฒนาพลัง พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 53.60 ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาพลังของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแนวคิดพัฒนาพลัง ปัจจัยภายในตัวบุคคลประกอบด้วย 3 ตัวแปร พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

2.5 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ

จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (Cognitive) 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 3) การจัดการตนเอง (Self Management) 4) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ส่งผลต่อภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองจังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.01 ($p < 0.01$) ตามลำดับ สอดคล้องกับ Nutbeam

(2000: 124) ได้ให้คำจำกัดความ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับกับ สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา (2004: 19) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการการเข้าใจ ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม อีกทั้งยังมี Kickbusch, Wait & Mag (2005: 169) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันที่บ้าน ในชุมชน ในสถานที่ทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และในสถานที่สาธารณะ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการเสริมพลังอำนาจให้บุคคลสามารถควบคุมดูแลสุขภาพ มีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเองและมีความสามารถในการตอบสนองอย่างเหมาะสม Zarcadoolas (2003: 66); Pleasant, 2005 & Greer (2006: 99) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่หลากหลายและเป็นสามารถของบุคคลในการประเมินและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต วาสนา สิทธิกัน (2560: 48) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ 1) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06-3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ และ 2) ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับปานกลาง (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54 - 2.81) และผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45-2.75) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ และยังสอดคล้องกับ Federman et al. (2009: 78) ที่ได้ศึกษาถึงความฉลาดทางสุขภาพและความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Performance) ของผู้สูงอายุในนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ S-TOFHLA ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 24.30 คะแนนความสามารถด้านรู้คิดที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความฉลาดทางสุขภาพระดับที่ไม่เพียงพอ เช่น ความจำเฉพาะหน้า การดึงความจำกลับมาได้ช้า และความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา ดังนั้นหากผู้สูงอายุต้องการมีภาวะพลผลพลึงที่ดีต้องมีการศึกษาหาความรู้จากสื่อต่างๆ ในปัจจุบัน เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต สื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง รวมถึงมีการจัดการเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น การจัดเวลาในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ย่อยง่าย มีคุณค่าทางโภชนาการต่อร่างกาย การไปตรวจสุขภาพประจำปี มีการสอบถามผู้รู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือแล้วนำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

3. แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

3.1 ด้านการบริหารและการจัดการหน่วยบริการสุขภาพ

แนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อการมีภาวะพลัดพลังที่ดีขึ้นนั้น จะต้องมีการบริหารและการจัดการหน่วยบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่ให้ประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดโครงสร้างขององค์กรที่อยู่ในรูปแบบของเครือข่าย การจัดระบบการสื่อสารข้อมูลข่าวสารทันสมัย สะดวก รวดเร็ว การจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมเชิงรุก และเป็น การพึ่งพาตนเอง ดังนั้นจึงต้องพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ให้เหมาะสมเพียงพอต่อการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสร้างเสริมสุขภาพเชิงป้องกันเป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ (2538: 23) ที่ได้กล่าวถึง การพึ่งพาตนเองขององค์กร ชุมชนควรจะมีการจัดระบบที่เอื้ออำนวยเพื่อให้ สมาชิกสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Self-Fulfillment) ด้วยวิธีการ ช่วยเหลือตนเอง ร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ การดำเนินงานของกลุ่มหรือองค์กรชุมชน ควรมีความเป็น อิสระสามารถตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมด้วยตัวของกลุ่มเอง เพื่อผลประโยชน์ของสมาชิกหรือบรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ องค์กรชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องมีกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการหรือ แก้ไขปัญหาที่สมาชิกกำลังประสบผลสำเร็จในที่สุดหรือพึ่งตนเองได้ในที่สุด ในขณะที่ สัญญา สัญญา วิวัฒน์ (2543: 66) ได้กล่าวถึง แนวคิดการพึ่งตนเองของชุมชนไว้ว่า การพึ่งตนเองเป็นเรื่องศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์และการให้ความสำคัญต่อสถาบัน ชุมชนให้ความสำคัญต่อการสร้างอำนาจ ต่อรองของประชาชนให้มากที่สุด เพื่อจะได้สามารถลดภาระการพึ่งพาให้เหลือน้อยลงที่สุด อีกทั้งยัง สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535: 20) ที่ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคว่าเป็น พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ถ้าสามารถกระทำได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในส่วนบุคคลและชุมชนได้

3.2 ด้านการออกกำลังกาย

จากผลการวิจัยทำให้เห็นว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ เพื่อหาเลี้ยงตนเองหรือครอบครัว อาจทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลาออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่ ซึ่งแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การให้คำแนะนำทั้งจากแพทย์ อาสาสมัครผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างง่าย สามารถ

ทำได้เองที่บ้าน ใช้เวลาไม่มาก ปลอดภัย และนำเสนอถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุให้เข้าใจซึ่งทั้งหมดควรคำนึงถึง 1) ควรเริ่มจากการยืดกล้ามเนื้อและอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพลงทำให้การออกกำลังกายเป็นเรื่องยากและก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้ 2) เลือกสวมรองเท้าออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย 3) เลือกกิจกรรมที่ทำติดต่อกันได้ 10-15 นาที 4) เลือกกิจกรรมที่ไม่ทำให้เกิดความเครียด และ 5) ควรมีเพื่อนหรือคนในครอบครัวร่วมออกกำลังกายอย่างน้อย 1 คน ซึ่งสอดคล้องกับ อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 15) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ได้แก่ การมีพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะ การมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมป้องกันโรค (Health Protective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคภัยต่างๆ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรักษาสุขภาพฟัน การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับ วาสนา สิทธิกัน (2560: 55) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.26 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวม ด้านอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.83 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ 1) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง และผู้มีความรู้ระดับดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ 2) ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับปานกลาง และผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ และ 3) ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีกว่าผู้ที่ไม่อาชีพ สรุปความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมและอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนาทักษะและให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมหรือชมรมเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย เช่นเดียวกันกับ Walker et al. (1987: 58) ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ และยังสอดคล้องกับ Palank (1991: 22) ที่ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล

พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

3.3 ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน

จากผลการวิจัยทำให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในบางประเด็นยังมีส่วนร่วมน้อย ได้แก่ เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาของชุมชน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมงานอดิเรกร่วมกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มแม่บ้าน จักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น ควรมีการนำเสนอให้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์สร้างความสามัคคีในหมู่คณะ และส่งเสริมให้มีกิจกรรมการพบปะกันบ่อยๆ ครั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนกับชุมชนในท้องถิ่นพื้นที่ใกล้เคียง การร่วมกันทำคุณประโยชน์ให้กับสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ พระปลัดสมชาย ปโยโค (2561: 61) ที่ได้ศึกษาถึง การสังเคราะห์ตัวชี้วัดการเสริมสร้างพัฒนาพลังวิฤทธิพุดของผูสูงอายุกลุ่มผูเษียนราชการ ผลการวิจัย พบว่า ตัวชี้วัดพัฒนาตามองคัประกอบที่สังเคราะห์ได้ในองคัประกอบที่ 2 คือ ด้านการมีส่วนร่วมของผูสูงอายุกลุ่มผูเษียนอายุราชการ 1) การทำกิจกรรมอาสาสมัคร 2) การดูแลบุตรหลานในครัวเรือน 3) การดูแลผูสูงอายุในครัวเรือน และ 4) การมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่นเดียวกับกับ ปาริชาติ ญาตินิยม (2547: 25) ที่ได้ศึกษาถึงลักษณะภาวะพัฒนาพลัง กรณศึกษาผูสูงอายุที่มีชื่อเสียง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ลักษณะพัฒนาพลังกรณศึกษาผูสูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง ได้แก่ 1) การไม่ยู่นิ่ง ทำกิจกรรมตลอดเวลา คือ การที่ผูสูงอายุทำกิจกรรมที่ตนชอบในยามว่างและกิจกรรมที่ทำในองคักรที่ตนเป็นสมาชิก ในขณะเดียวกัน นงเยาว์ มีเทียน (2560: 69) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพัฒนาพลัง ในผูเษียนวัยกลางคนเขตกิ่งเมือง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายพัฒนาพลังในผูเษียนวัยกลางคนเขตกิ่งเมืองได้ร้อยละ 41.4 ($R^2 = 0.414$, $F = 52.131$, $p < 0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ทีมสุขภาพได้เข้าใจปัจจัยที่เด่นทางด้านจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผูเษียนวัยกลางคนเขตกิ่งเมืองให้ผ่านเข้าสู่วัยผูสูงอายุอย่างมีพัฒนาพลัง ทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับประชาชนกลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและมีความผาสุก

3.4 การพัฒนาบุคลากรทางแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข

จากผลการศึกษาที่ได้รับจากการระดมสมอง (Brainstorming) ทำให้ได้ความคิดเห็นที่ใช้เป็นแนวทาง คือ ต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการและวิชาการสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงต้องการบุคลากรที่มีความสามารถในด้านบริหารเพื่อก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในยุคปัจจุบัน วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญนาค ปัตถานัง (2555) ศึกษาถึงระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ระบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งให้ประชาชนมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดสุขภาพของผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ส่วนปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการนำนโยบายและโครงการไปปฏิบัติจริงไม่ได้ทั้งหมด สำหรับแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การมีทิศทางของนโยบายที่ชัดเจน และปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ ที่จะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับ สำนักงานบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2555: 32) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level หรือ Primary Medical Care: PMC) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดย บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และพยาบาล โดยลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย นอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้ว จะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและทั้งหมดยังไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการระดับต้นที่ดูแลแบบองค์รวมทุกครัวเรือน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. ได้ทราบแนวทางการดำเนินการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อการมีภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้นและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. จากผลการวิจัย ควรมีการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุพลังให้กับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเน้นการสร้างเสริมหรือสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น
2. จากผลการวิจัย ควรมีการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
3. จากผลการวิจัย ควรมีการส่งเสริมการเข้าถึงเทคโนโลยี การสื่อสารในผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในด้านการเลือกใช้อินเทอร์เน็ตจากสื่อออนไลน์ เพื่อให้มีองค์ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองสำหรับในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่
4. จากผลการวิจัยด้านปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จะต้องเน้นการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการเป็นสำคัญ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เทศบาลนครเชียงใหม่ควรมีการส่งเสริมและสร้างนโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน ท้องถิ่น โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะพหุพลังทั้งด้านสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ที่อยู่บนพื้นฐานความมั่นคงของชีวิตรายได้ และที่อยู่อาศัย โดยให้มีสภาพที่เอื้อต่อการสร้างภาวะพหุพลังทั้งทักษะการอ่านออกเขียนได้ และสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมร่วมกัน เป็นการเน้นการจัดการตนเองเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี
2. องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องสร้างความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการให้บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น พื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึงผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพทั้งระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการแบบร่วมมือกันเพื่อการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยเน้นการส่งเสริมและการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCD's) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Heart Disease) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคอ้วน (Obesity) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมภาวะพลัมพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชน กิ่งเมือง กิ่งชนบท ชุมชนชนบท และชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ชุมชนพื้นที่สูง ชุมชนชาติพันธุ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ตามบริบทที่เป็นอยู่ของพื้นที่และสภาวะทางสังคมกับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเหล่านั้นต่อไป



บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. 2538. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษา
นอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2561-2580. **การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
และเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- _____. 2562. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2563**. กรุงเทพฯ:
กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรมวิชาการ. 2542. **ความหมายของความรับผิดชอบต่อสังคม**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<https://sites.google.com/site/natornsk10214/bth-thi-2-wrrnkrrm-thi-keiywkhxng/naewkhid-laea-thvsdi-khwam-rab-phid-chxb-khxng-nak-wichakar>
(23 มีนาคม 2564).
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2546. **ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- _____. 2561. **เกณฑ์การคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร
ประจำวันตามแบบวัดของ Barthel Activities of Daily Living (ADL)**. กรุงเทพฯ:
กรมอนามัย.
- _____. 2563. **แนวการในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยเป็นการพัฒนาความ
รอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
www.who.org.com (7 ตุลาคม 2563).
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
(ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)**. กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- _____. 2557. **ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต**. กรุงเทพฯ: กระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- _____. 2558. **ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580**. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์สามลดา.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2558. **ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย
ตามหลัก 3อ 2ส**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมประชาสัมพันธ์. 2530. **ความหมายของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์.

- กมลชนก ขำสุวรรณ และกุศล สุนทรธาดา. 2553. **การสร้างดัชนีวุฒิวัย (Active Aging Index: AAI)**. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- กมลรัตน์ ทวีชาติวิทยากุล. 2531. **การวิเคราะห์องค์ประกอบของความรับผิดชอบต่อคุณธรรม**
ปริญญาตรี สาขาสังคมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองการแพทย์ทางเลือก. 2556. **โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)**. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.
- กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเชียงใหม่. 2558. **แผนสุขภาพชุมชน เทศบาลนคร
เชียงใหม่**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://www.cmm-fund.com/upload/
F-1551256917-kmQISi9.pdf](http://www.cmm-fund.com/upload/F-1551256917-kmQISi9.pdf) (7 ตุลาคม 2563).
- กองสุขภาพศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2559. **แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: กระทรวง
สาธารณสุข.
- กาญจนา แก้วเทพ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ. 2538. **การพึ่งตนเอง : ศักยภาพในการพัฒนา
ชนบท**. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- กิตติวงศ์ สาสวด. 2559. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก**.
วารสารชุมชนวิจัย, 11(2), 21-38.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. **การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ**. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ. 2553. **ระดับและแนวโน้มความมีพฤติกรรมของ
ผู้สูงอายุไทย**. ใน **การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2553 ณ โรงแรม
เดอะทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ (25-26 พ.ย.)**. หน้า 139-167. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกสร สำเภาทอง. 2553. **ครอบครัวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ:
ธรรมศาสตร์เวชสาร.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. 2554. **ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาค
ตะวันตกของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. 2554. **ความฉลาดทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์นิเวศการพิมพ์.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2561. **ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-
2580**. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ.

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2552. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552.** กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จินตนา สุจิตานนท์. 2554. **การศึกษาตลอดชีวิตและการพัฒนาชุมชน.** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2549. **รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาพลัง: กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับในสังคม.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จำลอง ชูโต, เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และวรรณิ ศิริสุนทร. 2559. **ระดับความมีคุณภาพของผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุบลราชธานี.** อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- เอก ธนะสิริ. 2547. **ทำอะไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุข.** กรุงเทพฯ: แปลนพับลิชชิ่ง.
- ชาย โพธิ์สิตา. 2547. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา. 2550. **สุขภาพคนไทย 2550.** กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งพับลิชชิ่ง.
- ฐานญา สมภู. 2560. **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพลัดพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย.** คุชฌีนิพนธ์ปริญาเอก. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ฐิตินันท์ นาคผู้. 2557. **การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ฐิตินันท์ พงษ์สุทธิรักษ์ และวีระยุทธ กาญจนชูฉัตร. 2546. **ความหมายสื่อสาธารณะ.** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://tdri.or.th/2013/04/d2003034> (21 มีนาคม 2564).
- ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง. 2562. **เรื่องการพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 27(3), 231-239.**
- ธีระ วรรณรัตน์, ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, อรจิรา วงษ์ดนตรี และมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์. 2558. **การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นงเยาว์ มีเทียน. 2560. **ปัจจัยทำนายพลัดพลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(2), 123-131.**
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2552. **วิจัยและสถิติ : คำคมชวนตอบ.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นภาพร วาณิชชกุล และสุชาดา ภัทรมงคฤทธิ. 2556. **ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย.** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987?locale-attribute=th> (23 มีนาคม 2564).
- นันทวัน สุวรรณรูป และอรรพพร สีหิรัญวงศ์. 2547. การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. **วารสารสภาการพยาบาล**, 19(4), 64-68.
- นันทมนัส บุญโล่ง. 2552. ความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินในการปฏิบัติงาน. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**, 7(2), 327-336.
- นารีรัมย์ รัตนสัมพันธ์. 2561. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแนวคิดพฤติกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. **วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์**, 6(9), 4455-4427.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. 2541. **ชุมชนเข้มแข็ง ทูทางสังคมไทย.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2542. **ผู้สูงอายุไทยผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม.** กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. 2555. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญนาค ปัตถานัง. 2555. **ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดี ในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโท. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจา ยอดดำเนิน. 2544. **เพศภาวะและมิติทางเพศ.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประนอม โอทกานนท์. 2554. **ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2535. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.** กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาส ณ พิกุล. 2551. **การศึกษาความภาคภูมิใจในตนเองและการสร้างโมเดลการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนวัยรุ่นภาคเหนือ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประเวศ วะสี. 2542. **วิสัยทัศน์ของกระบวนการเรียนรู้ในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. 2547. **ลักษณะภาวะพฤติกรรม กรณศึกษาผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปาริชาติ ญาตินิยม. 2547. **ลักษณะภาวะพดพดล้ง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง.**
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะพันธ์ นันทา. 2553. **หนทางแห่งการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว.** ดุษฎีนิพนธ์
ปริญญาเอก. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- ฝน แสงสิงแก้ว. 2526. **ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: บ้านบางแค.
พวงทอง ป่องภัย. 2540. **พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น.** สงขลา: ภาควิชาพลศึกษา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2554. **ความหมายของคำว่า เพศ.** [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา <https://dictionary.orst.go.th> (23 มีนาคม 2564).
- _____. 2554. **ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ.** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<https://dictionary.orst.go.th/search?%>%> (25 มีนาคม 2564).
- พรทิพย์ มาลาธรรม. 2553. **แรงบันดาลใจจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็น
โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.** **วารสารรามาริบัติ
พยาบาลสาร,** 18(3), 372-387.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. 2544. **ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท.
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย. 2563. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองโน
อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น.** **วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาขอนแก่น,** 7(2),
180-192.
- พระปลัดสมชาย ปโยโค. 2561. **การสังเคราะห์ตัวชี้วัดการเสริมสร้างพดพดล้งวิถีพุทธของผู้สูงอายุ
กลุ่มผู้เกษียณราชการ.** **วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์,** 6(7), 3613-3625.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. 2546. **ราชกิจจานุเบกษา.** กรุงเทพฯ: พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ.
- พัชรี ต้นศิริ. 2546. **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุใน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี.**
วารสารสภาการพยาบาล, 18(3), 22-35.
- เพ็ชรินทร์ ปฐมวณิชกะ. 2535. **การวิเคราะห์องค์ประกอบความรับผิดชอบ ของนักเรียนระดับ
ประถมศึกษา : กรณีศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา
จังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉินีก และคณะ. 2544. **รายงานการวิจัยประกอบร่างพระราชบัญญัติ
การศึกษาแห่งชาติ ประเด็นบทบาทหน่วยงานอื่นของรัฐกับการศึกษา.** กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์เจริญผล.

- เพ็ญแข ประจันปัจฉิม. 2550. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องการจัดการศึกษาและ
การเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาภาวะพลัดพรากในผู้สูงอายุไทย.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ฝน แสงสิงห์แก้ว. 2526. ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
บ้านบางแค.
- ภูมิธรรม เวชยชัย. 2534. บทบาทขององค์กรอาสาสมัครในการสร้างสถาบันเกษตรกร.
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง. 2559. จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารประชากร, 4(2), 23-45.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. 2545. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่าง ๆ
แก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- มินตรา สารระรักษ์. 2563. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร, 35(3), 304-310.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2561. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ.
2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยรรยงค์ มณีวงษ์. 2554. ภาวะสูงอายุ. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://sasi-
jommie.blogspot.com/2010/09/blog-post.html](http://sasi-jommie.blogspot.com/2010/09/blog-post.html) (7 ตุลาคม 2563).
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2555. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. 2553. ประเภทของโรคเบาหวาน. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<https://www.bumrungrad.com/th/conditions/diabetes> (22 มีนาคม 2564).
- เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิชานต์ ศักดาพร. 2554. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของ
ครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 10(3),
2-14.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. 2552. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Mental Health of the Elderly).
วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(1), 27-32.
- วาสนา สิทธิกัน. 2560. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล
ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงใหม่.
- วิหมา ธรรมเจริญ. 2555. อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของ
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- วิภาณันท์ ม่วงสกุล. 2558. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังด้วยแนวคิดพัฒนาพลัง.
วารสารวิจัยสังคม, 38(2), 93-112.
- วิภาวี วงษ์อนันต์นนท์. 2552. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสมุทรปราการ เขต 1.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิลาสินี พิพิธกุล, จุฑินันท์ พงษ์สุทธิรักษ์ และวีระยุทธ กาญจนชูฉัตร. 2554. สรุปผลการศึกษา
และข้อเสนอแนะเพื่อปฏิรูปการศึกษาไทย. วารสารประชาสัมพันธ์และการโฆษณา, 4,
1-17.
- ศรอุษา ฉิมเพ็ชร. พัฒนาการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และไทย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ศิริพร จิรวัดมนกุล. 2537. ภาวะสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ. พยาบาล, 45, 1-3.
- เศรษฐพงษ์ มะลิสวรรณ. 2552. เครือข่ายสังคม (Social Network). [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา www.krukad.com/drupal.com (7 ตุลาคม 2563).
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562. รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2562.
นครปฐม: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
_____ . 2566. สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจ
ร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. 2543. ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมยศ นาวิกการ. 2557. การวางแผน. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 11(3), 1.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2539. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ใน
สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536. ปัจจัยที่มีต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.
ดุชนิพนธ์ปริญญาเอก. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- สุดาร์ตน์ ครุฑทะ. 2550. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะที่พึงประสงค์
ของหัวหน้าพยาบาลในระบบบริการสุขภาพในอนาคต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท.
มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- เสรี พงศ์พิศ และคณะ. 2536. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.

- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. 2562. **พระราชบัญญัติการอุดมศึกษา**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรองงานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ. 2558. **ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. 2560. **ดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- _____. 2563. **รายงานสถิติประชากรและสังคม**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/population.html> (7 ตุลาคม 2563).
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2566. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาบ้นราชภัฏ. 2545. **การพัฒนาแบบพึ่งพาตนเอง**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาบ้นราชภัฏ.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2555. **ระบบบริการสุขภาพ**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำราญ มีแจ้ง. 2557. **สถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย ทฤษฎีและปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนา ศิริวัลย์. 2546. **ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเพศศึกษาของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุตรดิตถ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
- สุจิตรา พรมนุชาธิป. 2540. **มนุษย์สัมพันธ์**. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์.
- สุชาติ โสมประยูร. 2540. **แนวทางการพัฒนางานสุขภาพในโรงเรียน**. *วารสารวิชาการ*, 5(4), 16-20.
- สุดารัตน์ ครุทกระ. 2549. **การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่**. *วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ปีที่ 2*, 2, 1-4.
- สุดารัตน์ คำวิชา. 2552. **การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุนี ลิกขิไชย. 2555. **ผลของการใช้โปรแกรมต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนลอยสายอนุสรณ์ สำนักงานเขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรกุล เจนอบรม. 2541. **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: นิซินแอดเวอร์ไทเซิ่งกรุ๊ป.

- สุรินธร กลัมพากร, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปิ่น และขวัญใจ อำนาจสัต์ยี่ชื่อ. 2554. **การเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ ไตรแสง. 2549. **เอกสารประกอบการสอน วิชา ศท 013 สุขภาพเพื่อการดำรงชีวิต.** เชียงใหม่: กลุ่มวิชาพัฒนาสุขภาพ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- องค์การอนามัยโลก. 2541. **ความหมายของความรู้.** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://www.un.or.th/globalgoals/th/unagency/world-health-organization-who/> (23 มีนาคม 2562).
- อุบล เลี้ยววาริณ. 2534. **ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- อุมาพร ตรังสมบัติ. 2542. **ผู้สูงอายุไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- _____. 2543. **EVEREST พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง.** กรุงเทพฯ: ชันต้าการพิมพ์.
- อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. 2551. **การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย.** พัทลุง: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตพัทลุง.
- _____. 2555. **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Aritz, J., Cardon, P. W. & Walker, R. C. 2016. **Empowering the elderly through joint use during activities and the use of social networks.** USA: Dixon & Backman press.
- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. 2007. **Social Psychology.** (6th ed.). New Jersey: Upper Saddle River Pearson.
- Baltes, M. M. & Carstensen, S. 1996. **Handbook of Theories of Aging.** (2nd ed.). USA: Dixon & Backman press.
- Bandura, A. 1997. **Self-efficacy: The exercise of control.** USA: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Berk, L. E. 1998. **Development Through the Lifespan.** Massachusetts: A Division of Paramount.

- Bureau of Non Communicate Disease. 2019. **Statistic of Non Communicate Disease in Thailand**. [Online]. Available <http://www.thaincd.com/2016/mission3> (4 April 2023).
- Buyss, L. & Miller, T. 2008. **Active Aging**. New York: McGraw Hill.
- Caplan, G. 1976. **Support systems and community mental health**. New York: Behavioral Publications.
- Choy, S. C. & Delahaye, B. 2003. **Some principles for youth learning**. [Online]. Available https://www.researchgate.net/publication/27467829_Some_principles_for_youth_learning (23 March 2021).
- Cobb, E. 1976. **Social support**. California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Coopersmith, S. 1967. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco: W.H. _____ . 1981. **The Antecedent of Self-Esteem**. (2nd ed.). California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- _____. 1981. **Self-esteem inventories**. San Francisco: Consulting Psychologist Press.
- _____. 1984. **SEI: Self-Esteem Inventories**. (2nd ed.). California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Deker, M. 1980. **Theory Aging**. Philadelphia: The C.V. Mosby company.
- Ebersole, P. 1985. **Environmental Considerations as their Effect Safety and Security**. MO: St Louis, Mosby.
- European Union. 2007. **Health Literacy**. New York: McGraw Hill.
- Federman, A. D. et al. 2009. Health literacy and cognitive performance in older adults. **J Am Geriatr Soc**, 57(8), 75-80.
- Frank, A. & Merolla, A. 1985. **Basic Self-esteem**. USA: Oxford University Press.
- Freeman and Company. 1981. **The Antecedent of Seif-Esteem**. California: Consulting Psychologists Press.
- Fred, S. 1990. **Inhibitions, Symptoms and Anxiety**. (4th ed.) New York: McGraw-Hill.
- Freud, S. 1970. **Freud's psychoanalytic theory**. [Online]. Available <https://sites.google.com/a/srp.ac.th/development-theory/thvsdi-phathnakartha-ngbukhllk-phaph/thvsdi-cit-wi-kheraah-khxng-f-rxy-d> (23 March 2021).

- Galtung, J. 1991. Violence, Peace, and Peace Research. **Journal of Peace Research**, 6(3), 167-191.
- Grandall, R. C. 1980. **Gerontology: A Behavioral Science Approach**. Massachusetts: Adelson Wesley.
- Good, C. V. 1973. **Dictionary of education**. (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
- Gottlieb, B. H. 1985. Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. **Health Education Quarterly**, 12(1), 5-22.
- Griffin, R. W. 1996. The benefits of positive illusions: Idealization and the construction of satisfaction in close relationships. **Journal of Personality and Social Psychology**, 70, 79-98.
- Hall, E. T. 1976. **Psychologizing Philosophy and Philosophizing Environmentalism: Seeking for a Sustainable Human Values Framework for Africa in the 21st Century**. New York: Anchor Press/Double day.
- Havighurst, M. 1953. Successful aging. **The Gerontologist**, 1, 8-13.
- Hewitt, J. P. 2009. **Oxford Handbook of Positive Psychology**. USA: Oxford University Press.
- House, J. S. 1981. **Work Stress and Social Support**. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- pHsu, H. C. 2006. Exploring elderly people perspectives on successful aging in Taiwan. **Aging and Society**, 27, 87-102.
- Hsu, H. C. 2006. **Aging**. USA: Oxford University Press.
- Hubbard, P., Mulenkamp, A. F. & Brown, N. 1984. The relationship between social support and self-care practices. **Nurs Res**, 33(5), 70-84.
- Hutchison, T., Morrison, P. & Mikhailovich, K. 2006. **A review of the literature on active Aging**. Canberra: University of Canberra.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T. & Yano, E. 2008. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. **Diabetes Care**, 31(5), 874-879.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V. & Marinkovic, J. 2009. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. **J Public Health (Oxf)**, 31(4), 5.

- Kahn, R. L. 1979. **Aging and Social Support**. In: Riley, M. W., Ed., *Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*, Westview Press, Boulder, 77-91.
- Kalache, A. 1999. Active Aging makes the difference. **Bulletin of the World Health Organization**, 77(4), 299.
- Kickbusch, I. & Mag, D. 2005. *International Encyclopedia of Public Health*.
Health Literacy, 3, 204-211.
- Kilduff, M. & Tsai, W. 2003. **Social Networks and Organizations**. USA: Sage Publications Ltd.
- Kim, S. H. & Yu, X. 2009. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adult: a short report. **Aging Ment Health**, 14(7), 870.
- Kirkendall, L. A. 1960. **Sex Education**. New York: SIECUS.
- Lindgren, A. & Harvey, B. 1981. **An introduction to social psychology**. St: Louis Mosby.
- Manganello, J. A. 2008. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Educ Res**, 23(5), 840-847.
- Maw, W. H. & Maw, E. W. 1964. **An exploratory study into the measurement of curiosity in elementary school children**. New York: McGraw-Hill.
- Nakagawa-Kogan, H. 1996. Challenging the boundaries of psychosocial nursing: Using the brain to manage the body. A. McBride & J. Austin (Eds.). **Psychiatric mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences**. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Nola, J. P. 1987. **Health Promotion Nursing Practice**. Norwalk: Appleton Century-Crofts.
- _____. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice**. (3rd ed.). Norwalk: Appleton and Lange Connecticut.
- Nutbeam, D. 2000. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into health 21st century. **Health Promotion International**, 15(3), 259-267.
- _____. 2008. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, 67, 2072-2078.

- Orem, D. 1985. **Nursing: Concepts of Practice**. (3rd ed.). New York: McGraw Hill Book Company.
- _____. 1991. **Nursing: Concepts of practice**. (4th ed.). MO: C. V. Mosby.
- Palank, C. L. 1991. Determinants of Health-Promotive Behavior. **Nursing Clinics of North America**, 26(4), 815-832.
- Pender, N. J. 1982. **Health Promotion in Nursing Practice**. Norwalk: Appleton Century-Crofts.
- Pender, N. J. & Stein, K. F. 2006. **Social support, the self system, and adolescents health and health behavior**. In L. L. Hayman, M. M. Mahoo, & J. R. Turner (Eds.). *Health and behavior in childhood and adolescence*. New York: Springer.
- Pender, N. J. et al. 1996. Pender's Health Promotion Model and Its Applications in Nursing Practice. **Songklanagarind Journal of Nursing**, 38(2), 132-141.
- Pilisuk, M. 1982. Delivery of Social Support: The Social Innovation. **American Journal Orthopsychiatry**, 52, 20.
- Pleasant, A. & Kuruvilla, S. 2008. A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. **Health Promotion International**, 23(2), 152-159.
- Riggio, R. E. 1986. Assessment of Basic Social Skills. **Journal of Personality and Social Psychology**, 51, 649-660.
- Rogers, C. R. 1987. **Carl Rogers on Encounter Groups**. New York: Harper and Row.
- Rogers, C. R. & Diamond, A. 1959. **Concepts and theories of self-esteem**. New York: Harper and Row.
- Rosenberg, M. 1965. **Conceiving the self**. New York: Basic Books.
- _____. 1979. **Conceiving the Self**. Illinois: Bennep Publishing Co.
- Schaefer, C. 1981. The health-related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine**, 4, 381-406.
- Smith, E. R. & Mackie, D. M. 2007. **Rosenberg Self-Esteem Scale Greek Validation on Student Sample**. New York: Psychology Press.

- Sorensen K, Brucke, V. D., Fullam, J. 2012. **Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.** [Online]. Available <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> (23 March 2021).
- The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association (AMA). 1999. **Knowledge.** New York: McGraw Hill.
- Thoits, P. A. 1982. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior**, 23(2), 145-159.
- Voigt, S. 2007. **Explaining Constitution Change a Positive Economic Approach, Cheltenham.** USA: UK and Northampton, MA, Edward Elgar.
- Walker, S. N., Kerr, M. J. Pender, N. J. & Sechrist, K. R. 1990. A Spanish Language Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. **Nursing Research**, 39(5), 268-273.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. 1987. The Health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. **Nursing Research**, 36, 76-81.
- WHO. 2002. **Concepts of health and wellbeing.** [Online]. Available <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4a-concepts-health-illness/section2/activity3> (22 March 2021).
- Wikipedia. 2010. **Online Social Network.** [Online]. Available <https://th.wikipedia.org/w/index.php?> (23 March 2021).
- World Health Organization. 1998. **Health Promoting Glossary.** [Online]. Available www.who.org (7 October 2020).
- Yamane, T. 1973. **Statistics: An Introduction Analysis.** (2nd ed.). New York: Harper & Row.

- Young, L. E. 2002. Transforming Health Promotion Practice: Moving Toward Holistic Care. In L. E. Yong. (Ed.). **Transforming Health Promotion Practice: Concept, Issues, and Application**. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Zarcadoolas, C. 2003. Understanding health literacy: An expanded model. **Health Promotion International**, 20(2), 195-203.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามที่ใช้ในการทำวิจัย

ชุดที่.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุทุกท่านจึงมีส่วนสำคัญมากที่จะทำให้การวิจัยในครั้งนี้บรรลุผล ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาให้ข้อมูลแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงอย่างครบถ้วน แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุ

พิชชาวีร์ โอบอ้อม
ผู้วิจัย

ส่วนที่1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)

- 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. ใช้ห้องน้ำ (Toilet use)

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ (Bathing)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

คะแนนเท่ากับ คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านชีวิตสังคม

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุปัจจุบันของท่าน.....ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย 4. หย่า/แยกกันอยู่

4. ท่านอาศัยอยู่ในพื้นที่ของแขวงใด

1. แขวงนครพิงค์ 2. แขวงกาวิละ 3. แขวงเม็งราย 4. แขวงศรีวิชัย

5. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่ท่านอาศัยอยู่หรือไม่

1. ไม่เป็นสมาชิก 2. เป็นสมาชิก

5.1 การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. กีฬา 2. ศาสนา 3. ศิลปวัฒนธรรม
 4. จิตอาสา 5. กลุ่มพัฒนาอาชีพ 6. อื่นๆ

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษาตอนต้น
 3. ประถมศึกษาตอนปลาย 4. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
 5. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า 6. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 7. ปริญญาตรี 8. สูงกว่าปริญญาตรี

7. แหล่งที่มาของรายได้เฉลี่ยที่บาทต่อเดือน

1. คู่สมรส 2. บุตร/หลาน/ญาติพี่น้อง 3. เงินบำนาญ
 4. การประกอบอาชีพ 5. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 6. อื่นๆ.....

8. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1. น้อยกว่า 2,500 บาท/เดือน 2. 2,501 - 5000 บาท/เดือน
 3. 5001 - 8,000 บาท/เดือน 4. 8,000 - 10,000 บาท/เดือน
 5. 10,001 - 15,000 บาท/เดือน 6. 15,001 - 20,000 บาท/เดือน
 7. มากกว่า 20,000 บาท/เดือน

9. ความเพียงพอของรายได้

1. ไม่เพียงพอ 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ 3. เพียงพอและเหลือเก็บ

10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้าไม่มีให้ข้ามคำถามไปที่ข้อ 11)

1. ไม่มี 2. มี

11. โรคประจำตัวที่ท่านเป็น

1. โรคเบาหวาน 2. โรคความดันโลหิตสูง
 3. ไชมันในเส้นเลือด 4. มะเร็ง (ระบุ.....)
 5. โรคหัวใจ (ระบุ.....) 6. โรคข้อเข่าเสื่อม
 7. โรคกระดูกพรุน 8. อื่นๆ.....

12. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

1. อาศัยอยู่ตามลำพัง 2. อาศัยอยู่กับคู่สมรส
 3. อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติพี่น้อง 4. อาศัยอยู่กับคนอื่น
 5. อื่นๆ

13. บุคคลที่ท่านสามารถพึ่งพาได้เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเมื่อยามเจ็บป่วย

1. ไม่มี 2. มี ได้แก่.....

14. เมื่อท่านอายุครบ 60 ปี ท่านได้เข้ารับการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ท่านอาศัยอยู่และได้รับคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่

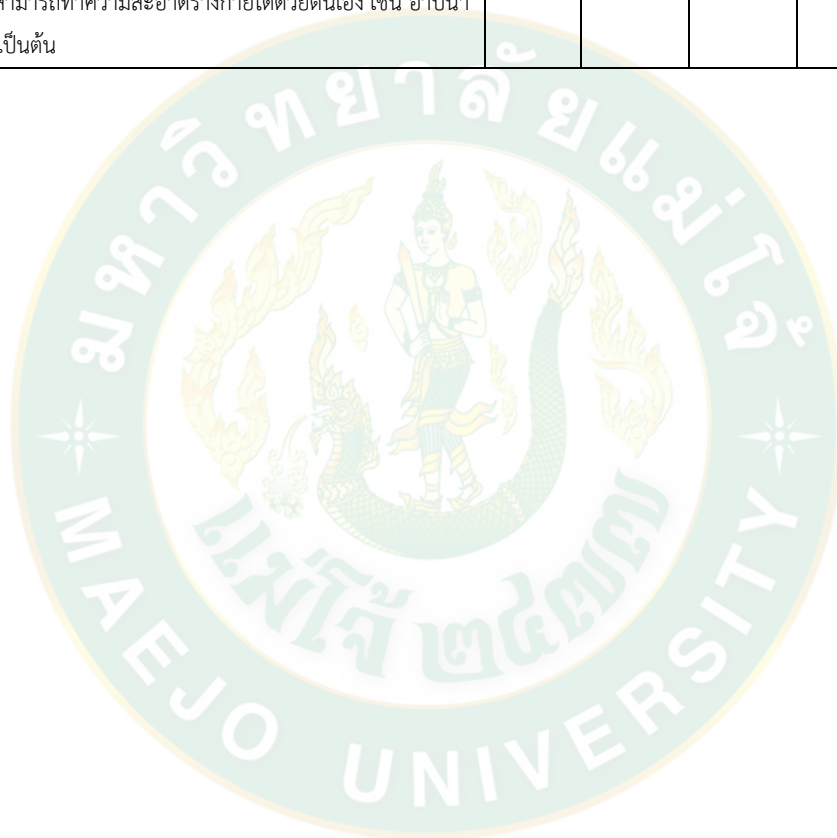
- ขึ้นทะเบียน 1. มีสมุดคู่มือและมีการนำไปใช้
 2. มีสมุดคู่มือแต่ไม่มีการนำไปใช้
 3. ไม่มีสมุดคู่มือ
 ไม่ได้ขึ้นทะเบียน

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
ด้านสังคมและวัฒนธรรม					
การสนับสนุนทางสังคม					
1. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านส่งเสริมท่านในการดูแลสุขภาพ					
2. คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว ฯลฯ					
3. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านดูแลส่งเสริมอำนวยความสะดวกมารับท่านเมื่อต้องไปพบแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุข					
4. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านจัดหาเสื้อผ้าของใช้อาหาร มาให้ท่านตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงสุขภาพของท่านเป็นหลัก					
5. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องอาหารทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ท่าน					
6. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ท่าน					
7. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านแนะนำให้ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย และสามารถบอกแนวทางการแก้ไขให้แก่ท่านได้					
8. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน					
9. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน					
10. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่าน นำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล มาบอกแก่ท่าน					
11. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้และสังคมนรอบตัวท่านได้					
12. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือน เมื่อท่านหงุดหงิดหรือเครียดจนเกินไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน					
13. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนท่านให้ไปพบแพทย์ หากท่านพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย					
14. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านมักให้ความสำคัญกับการ ไปตรวจสุขภาพประจำปีของท่านตามที่แพทย์นัดไว้					
15. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
16. ท่านมีคนไว้วางใจให้คำปรึกษาและพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่อง					

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
ด้านสังคมและวัฒนธรรม					
การสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)					
17. เมื่อท่านเจ็บป่วย หรือมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมักได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแล จากคนในครอบครัวและสังคมรอบตัวท่าน					
18. ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหากเกิดอันตรายขึ้นกับท่าน					
19. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติ พี่น้อง					
20. คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวท่านสนับสนุนให้ท่าน เข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน					
การมีส่วนร่วมทางสังคม					
1. ไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน					
2. ไปเยี่ยมเพื่อนหรือมีเพื่อนมาเยี่ยมเยียน					
3. ไปเยี่ยมเพื่อนบ้านหรือมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน					
4. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา					
5. ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่าง ๆ ของชุมชน					
6. ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก เป็นต้น					
7. ไปเดินเล่นกับเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว					
8. คุยโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว					
9. เข้าร่วมชมการแข่งขันกีฬาของคนในชุมชน					
10. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมงานอดิเรกร่วมกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มแม่บ้านจักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น					
การพึ่งพาตนเอง					
1. ท่านสามารถจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ด้วยตนเอง					
2. ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง					
3. ท่านเข้าใจวิธีการจัดยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อได้เอง					
4. ท่านสามารถค้นหาสถานที่เพื่อการผ่อนคลายความเครียดหรือพักผ่อนด้วยตนเองได้					
5. ท่านสามารถไปซื้อของในตลาดหรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง					
6. ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่นๆ ในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น					

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
ด้านสังคมและวัฒนธรรม					
การพึ่งพาตนเอง (ต่อ)					
7. ท่านสามารถทำงานบ้านต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น					
8. ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ได้ด้วยตนเอง					
9. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง					
10. ท่านสามารถทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า เป็นต้น					



ปัจจัยด้านจิตวิทยา

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
สภาวะทางสุขภาพจิต					
1. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่จะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)					
2. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น					
3. ท่านมั่นใจว่าจะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					
ความพึงพอใจในชีวิต					
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					
2. ท่านรู้สึกสบายใจ					
3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง					
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง					
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์					
6. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อแท้งกับการดำเนินชีวิตประจำวัน					
ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่					
1. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์					
2. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					
3. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส					
4. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว					
5. เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลอย่างดี					
6. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและความผูกพันต่อกัน					

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร					
1. ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ					
2. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ					
3. ท่านรับประทานอาหารผัก และผลไม้					
4. ท่านรับประทานอาหารเนื้อ ปลา ถั่ว นม					
5. ท่านขอรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ผักดอง ปลาหมึกเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น					
6. ท่านรับประทานอาหารนมกรูบรอบ					
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ					
8. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว					
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย					
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาทีหรือมากกว่านั้น					
10. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า					
11. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ จนได้เหงื่อ เป็นต้น					
12. ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางไกลๆ					
13. ท่านเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัยของท่าน					
พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย					
14. ท่านรับประทานยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน					
15. เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที					
16. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้มของโรคต่างๆ ได้ด้วยตนเอง					
17. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้					
18. ท่านได้รับการตรวจร่างกายและตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำทุกปี					
19. เมื่อท่านมีข้อสงสัยเรื่องการรับประทานยาท่านจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เภสัชกร/แพทย์					
20. เมื่อท่านเจ็บป่วย/เกิดอุบัติเหตุ ท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลที่ระบุดามสิทธิ					
21. เมื่อท่านเจ็บป่วย มีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี					

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
22. เมื่อมีความเครียด ท่านยังคงหงุดหงิด หรือ หมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น					
23. เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรมสร้างความ เพลิดเพลินทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ร้องเพลง เป็นต้น					
24. ท่านมักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุข กับเพื่อน ในวัยเดียวกัน					
25. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่ง สมาธิ					
26. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้วิธีการ พุดคุยกับเพื่อนบ้าน					
27. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้ วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน					
28. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะฟังวิทยุ และ อ่านหนังสือ					
29. ในวันหยุด/วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะ มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร รับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว เป็นต้น					

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ					
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต					
2. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์					
3. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง					
4. ท่านนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ					
5. ท่านสามารถได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จากหน่วยงานบริหารสุขภาพในชุมชนท่าน					
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค					
1. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง					
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง					
3. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี					
4. ท่านประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง					
5. ท่านพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได					
6. เมื่อท่านมีอาการเวียนศีรษะไม่ควรลุกเดินทันทีเพื่อให้อาการทุเลาลงก่อน					
7. ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง					
8. เมื่อท่านมีภาวะเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลต่อให้นอนหลับยาก					
9. ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม					
10. ท่านกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูกและทำให้ร่างกายสดชื่น					
11. ท่านมีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น ไม่เครียด					
12. ท่านทานยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตอนที่ไม่ท้องว่าง					
13. ท่านไม่สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งปอด					

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
14. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรงดอาหาร หลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี					
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ					
1. ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ แล้วเข้าใจดี					
2. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ แล้วเข้าใจดี					
3. ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ					
4. ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อ ดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น					
5. ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้อง					
6. ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ให้ดีขึ้น					
ทักษะการตัดสินใจ					
1. ท่านสามารถตัดสินใจออกกำลังกาย หลังจากได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม					
2. ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหาร หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร/โภชนาการที่เหมาะสม กับวัย					
3. เมื่อเกิดความเครียด ท่านมีวิธีการคลายความเครียด หลังจากได้รับข้อมูลการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและ เหมาะสม					
4. ท่านสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้หลังจากที่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ					
5. ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หลังได้รับข้อมูลเรื่องประโยชน์และ การใช้ที่เหมาะสม					
6. ท่านสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่มี ส่งผลเสียต่อตัวเองและคนรอบข้างน้อยที่สุด					
การจัดการตนเอง					
1. ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ					
2. ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ภายใน ระยะเวลา 1 - 3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่าง น้อย 3 วันต่อสัปดาห์					
3. ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้					

องค์ประกอบสำคัญ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
4. ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ท่านทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้					
5. หลังจากทบทวนท่านได้ปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพดีขึ้น					
การรู้เท่าทันสื่อ					
1. ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ					
2. ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา					
3. ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพ ในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ					
4. หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง					
5. หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง					
4. ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ท่านทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้					
5. หลังจากทบทวนท่านได้ปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพดีขึ้น					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	ระดับการจำแนกของข้อมูล	
ด้านการมีสุขภาพที่ดี	เกณฑ์คะแนน	คะแนนการประเมิน
การประเมินสุขภาพของตนเอง 1. การประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในระหว่าง 7 วัน ก่อนการสัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> 4 = ดีมาก <input type="checkbox"/> 3 = ดี <input type="checkbox"/> 2 = ปานกลาง <input type="checkbox"/> 1 = ไม่ดี <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ดีมาก ๆ (ต่ำมาก)	
ความสุข 2. การประเมินระดับความสุขด้วยตนเองในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา	ระดับ 0 -10 (0 = ไม่มีความสุขเลย-10 = มีความสุขมากที่สุด) <input type="checkbox"/> 0 ไม่มีมีความสุขเลย <input type="checkbox"/> 1 มีความสุขเล็กน้อยมาก <input type="checkbox"/> 2 มีความสุขเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3 มีความสุขน้อย <input type="checkbox"/> 4 มีความสุขน้อยถึงปานกลาง <input type="checkbox"/> 5 มีความสุขปานกลาง <input type="checkbox"/> 6 มีความสุขปานกลางถึงมาก <input type="checkbox"/> 7 มีความสุขมากบางครั้ง <input type="checkbox"/> 8 มีความสุขมากตลอด <input type="checkbox"/> 9 มีความสุขมาก ๆ ตลอด <input type="checkbox"/> 10 มีความสุขมากที่สุด	
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการเคลื่อนไหว 3. การทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา และการเคลื่อนไหว เช่น นั่งยอง ยกของหนัก ขึ้นบันได เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ทุกอย่าง <input type="checkbox"/> 0 = ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า	
ความสามารถในการมองเห็น 4. ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 1 = เห็นชัดเจน <input type="checkbox"/> 0 = ไม่เห็น/ไม่ชัดเจน	
ความสามารถในการได้ยิน 5. ความสามารถในการได้ยินของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 1 = ได้ยินชัดเจน <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ได้ยิน/ไม่ชัดเจน	
พฤติกรรมการออกกำลังกาย 6. การออกกำลังกายในช่วง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> 1 = ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ออกกำลังกาย	
รวมคะแนน		

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ระดับการจำแนกของข้อมูล	
ด้านการมีส่วนร่วม	เกณฑ์คะแนน	คะแนนการประเมิน
การมีงานทำ 7. ผู้สูงอายุยังคงทำงานทั้งที่มีรายได้และไม่มีรายได้ ในช่วง 7 วันก่อนสัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> 1 = ทำงาน <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ทำงาน	
การเข้าร่วมชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ 8. การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุในรอบปีที่แล้ว	<input type="checkbox"/> 1 = เข้าร่วม <input type="checkbox"/> 0 = ไม่เข้าร่วม	
การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน 9. การได้เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน	<input type="checkbox"/> 1 = เข้าร่วม <input type="checkbox"/> 0 = ไม่เข้าร่วม	
การดูแลบุคคลในครัวเรือน 10. การให้ความช่วยเหลือ/ดูแลสมาชิกในครัวเรือน เช่น การให้เงินบุตร การดูแลบุตรของบุตร การส่งเสียเลี้ยงดูบุตรของบุตร เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = มีการช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มีการช่วยเหลือ	
รวมคะแนน		
ด้านความมั่นคง	เกณฑ์คะแนน	คะแนนการประเมิน
ความเพียงพอของรายได้ 11. การประเมินรายได้ตนเองจากทุกแหล่งว่าเพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 = เพียงพอ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่เพียงพอ	
การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย 12. สถานภาพการเป็นเจ้าของในที่อยู่อาศัยปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> 1 = เป็นเจ้าของ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ได้เป็นเจ้าของ	
ลักษณะการอยู่อาศัย 13. ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน	<input type="checkbox"/> 1 = อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน <input type="checkbox"/> 0 = อยู่คนเดียว	
สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย 14. ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย เช่น การมีราวยึดเกาะที่บันได ห้องนอน ห้องน้ำ เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = มี <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี	
รวมคะแนน		
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีคุณภาพ	เกณฑ์คะแนน	คะแนนการประเมิน
การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 15. การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = มี/เคยใช้ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี/ไม่เคยใช้	

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	ระดับการจำแนกของข้อมูล	
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรม (ต่อ)	เกณฑ์คะแนน	คะแนนการประเมิน
การอ่านออกเขียนได้ 16. การอ่านออกเขียนได้ของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 1 = ได้ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ได้	
		รวมคะแนน
		รวมคะแนนทุกด้าน





ภาคผนวก ข

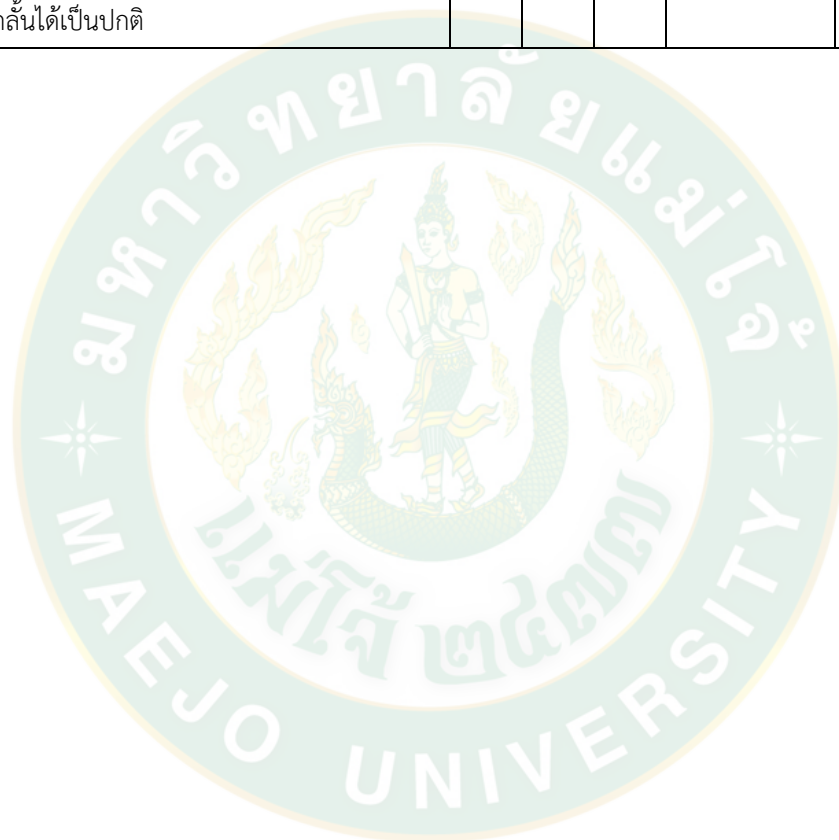
ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม (IOC)

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็น สอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อย ต่อหน้า (Feeding) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคน ป้อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อน ตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ ไว้ให้)	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้ คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ <input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความ ปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ใช้ห้องน้ำ (Toilet use) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	1	1	1	3	1	ใช้ได้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็น สอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
<input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดใต้เรียวปร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียวปร้อย)	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) <input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ <input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1	1	1	3	1	ใช้ได้
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	1	1	1	3	1	ใช้ได้
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	1	1	1	3	1	ใช้ได้

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็น สอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
<input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ						
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	1	1	1	3	1	ใช้ได้



ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (ด้านชีวิตสังคม)

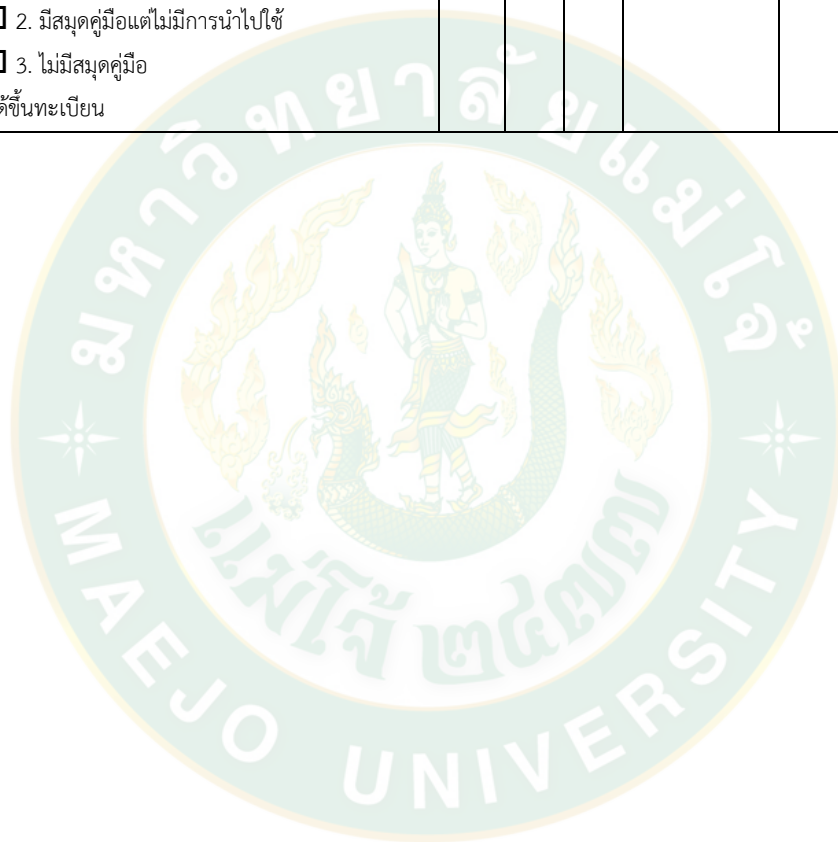
ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. อายุปัจจุบันของท่าน.....ปี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า/แยกกันอยู่	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านอาศัยอยู่ในพื้นที่ของแขวงใด <input type="checkbox"/> 1. แขวงนครพิงค์ <input type="checkbox"/> 2. แขวงกาวิละ <input type="checkbox"/> 3. แขวงเม็งราย <input type="checkbox"/> 4. แขวงศรีวิชัย	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่ท่านอาศัยอยู่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นสมาชิก <input type="checkbox"/> 2. เป็นสมาชิก การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. กีฬา <input type="checkbox"/> 2. ศาสนา <input type="checkbox"/> 3. ศิลปวัฒนธรรม <input type="checkbox"/> 4. จิตอาสา <input type="checkbox"/> 5. กลุ่มพัฒนาอาชีพ <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. ระดับการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 3. ประถมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 5. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 6. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 7. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 8. สูงกว่าปริญญาตรี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
7. แหล่งที่มาของรายได้จาก <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส <input type="checkbox"/> 2. บุตร/หลาน/ญาติพี่น้อง <input type="checkbox"/> 3. เงินบำนาญ <input type="checkbox"/> 4. การประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 5. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ด้านชีวสังคม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
8. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน <input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 2,500 บาท/เดือน <input type="checkbox"/> 2. 2,501 - 5000 บาท/เดือน <input type="checkbox"/> 3. 5001 - 8,000 บาท/เดือน <input type="checkbox"/> 4. 8,000 - 10,000 บาท/เดือน <input type="checkbox"/> 5. 10,001 - 15,000 บาท/เดือน <input type="checkbox"/> 6. 15,001 - 20,000 บาท/เดือน <input type="checkbox"/> 7. มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
9. ความเพียงพอของรายได้ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ <input type="checkbox"/> 3. เพียงพอและเหลือเก็บ เนื่องจาก.....	1	1	1	3	1	ใช้ได้
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้าไม่มีให้ข้ามคำถามไปที่ข้อ 11) <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
11. โรคประจำตัวที่ท่านเป็น <input type="checkbox"/> 1. โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> 2. โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 3. ไขมันในเส้นเลือด <input type="checkbox"/> 4. มะเร็ง (ระบุ.....) <input type="checkbox"/> 5. โรคหัวใจ (ระบุ.....) <input type="checkbox"/> 6. โรคข้อเข่าเสื่อม <input type="checkbox"/> 7. โรคกระดูกพรุน <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ.....	1	1	1	3	1	ใช้ได้
12. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร <input type="checkbox"/> 1. อาศัยอยู่ตามลำพัง <input type="checkbox"/> 2. อาศัยอยู่กับคู่สมรส <input type="checkbox"/> 3. อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติพี่น้อง <input type="checkbox"/> 4. อาศัยอยู่กับคนอื่น <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
13. บุคคลที่ท่านสามารถพึ่งพาได้เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ หรือเมื่อยามเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ได้แก่.....	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ด้านชีวสังคม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
14. เมื่อท่านอายุครบ 60 ปี ท่านได้เข้ารับการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ท่านอาศัยอยู่และได้รับคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่ <input type="checkbox"/> ขึ้นทะเบียน <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. มีสมุดคู่มือและมีการนำไปใช้ <input type="checkbox"/> 2. มีสมุดคู่มือแต่ไม่มีการนำไปใช้ <input type="checkbox"/> 3. ไม่มีสมุดคู่มือ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ขึ้นทะเบียน	1	1	1	3	1	ใช้ได้



ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (ด้านสังคมและวัฒนธรรม)

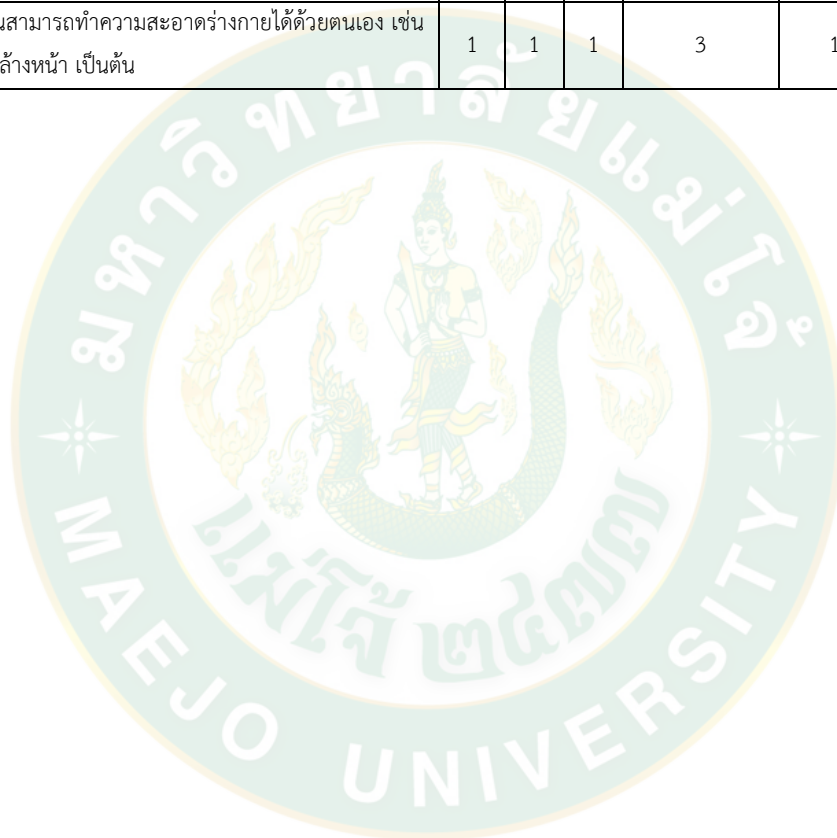
ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
การสนับสนุนทางสังคม						
1. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านส่งเสริมท่านในการดูแลสุขภาพ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านดูแลส่งเสริมอำนวยความสะดวกรับส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุข	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านจัดหาเสื้อผ้าของใช้ อาหาร มาให้ท่านตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงสุขภาพของท่านเป็นหลัก	1	0	1	2	0.67	ใช้ได้
5. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องการทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
7. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านแนะนำให้ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและสามารถบอกแนวทางการแก้ไขให้แก่ท่านได้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
8. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องวิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
9. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านให้คำแนะนำเรื่องวิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
10. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านนำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล มาบอกแก่ท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
11. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้และสังคมนรอบตัวท่านได้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
12. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนเมื่อท่านหงุดหงิดหรือเครียดจนเกินไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
13. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนท่านให้ไปพบแพทย์ หากท่านพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย	1	1	1	3	1	ใช้ได้
14. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านมักให้ความสำคัญกับการไปตรวจสุขภาพประจำปีของท่านตามที่แพทย์นัดไว้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
15. คนในครอบครัวและสังคมนรอบตัวท่านคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ด้านสังคมและวัฒนธรรม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
การสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)						
16. ท่านมีคนที่ไว้วางใจให้คำปรึกษาและพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่อง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
17. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมักได้รับความรักความห่วงใยการดูแลจากคนในครอบครัวและสังคมรอบตัวท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
18. ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด หากเกิดอันตรายขึ้นกับท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
19. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
20. คนในครอบครัวและสังคมรอบตัวท่านสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน	0	1	1	2	0.67	ใช้ได้
การมีส่วนร่วมทางสังคม						
1. ไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ไปเยี่ยมเพื่อนหรือมีเพื่อนมาเยี่ยมเยียน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ไปเยี่ยมเพื่อนบ้านหรือมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่าง ๆ ของชุมชน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าร่วมกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก เป็นต้น	1	0	1	2	0.67	ใช้ได้
7. ไปเดินเล่นกับเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว	1	1	1	3	1	ใช้ได้
8. คุยโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว	1	1	1	3	1	ใช้ได้
9. เข้าร่วมชมการแข่งขันกีฬาของคนในชุมชน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
10. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมงานอดิเรกร่วมกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มแม่บ้านจักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
การพึ่งพาตนเอง						
1. ท่านสามารถจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านเข้าใจวิธีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารผู้อื่นได้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านเข้าใจวิธีการจัดยาที่ต้องกินในแต่ละมื้อได้เอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านสามารถค้นหาสถานที่เพื่อการผ่อนคลายความเครียดหรือพักผ่อนด้วยตนเองได้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านสามารถไปซื้อของในตลาดหรือร้านค้าได้ด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่นๆ ในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ด้านสังคมและวัฒนธรรม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
การพึ่งพาตนเอง (ต่อ)						
7. ท่านสามารถทำงานบ้านได้ด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
8. ท่านสามารถจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ได้ด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
9. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
10. ท่านสามารถทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้



ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (ด้านจิตวิทยา)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
สภาวะทางสุขภาพจิต						
1. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่จะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านมั่นใจว่าจะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	1	1	1	3	1	ใช้ได้
ความพึงพอใจในชีวิต						
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านรู้สึกสบายใจ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
ความสมดุลระหว่างชีวิตกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่						
1. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. เมื่อท่านป่วยหนักเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลอย่างดี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและความผูกพันต่อกัน	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ (ด้านพฤติกรรมสุขภาพ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร						
1. ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านรับประทานอาหารผัก และผลไม้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านรับประทานอาหารเนื้อ ปลา ถั่ว นม	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ผักดอง ปลาหมึกเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น	0	1	1	2	0.67	ใช้ได้
6. ท่านรับประทานอาหารไขมันทรานส์	1	1	1	3	1	ใช้ได้
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
8. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	1	1	1	3	1	ใช้ได้
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
10. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า	1	1	1	3	1	ใช้ได้
11. ท่านทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ จนได้เหงื่อ เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
12. ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางใกล้ๆ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
13. ท่านเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัยของท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย						
14. ท่านรับประทานยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
15. เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที	1	1	1	3	1	ใช้ได้
16. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้มของโรคต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
17. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
18. ท่านได้รับการตรวจร่างกายและตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำทุกปี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
19. เมื่อท่านมีข้อสงสัยเรื่องการรับประทานยาท่านจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เภสัชกร/แพทย์	1	1	1	3	1	ใช้ได้
20. เมื่อท่านเจ็บป่วย/เกิดอุบัติเหตุ ท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลที่ระบุตามสิทธิ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
21. เมื่อท่านเจ็บป่วย มีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด						
22. เมื่อมีความเครียดท่านยังคงหงุดหงิดหรือหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
23. เมื่อท่านมีเวลาว่างท่านจะหากิจกรรมสร้างความเพลิดเพลินทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ร้องเพลง เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
24. ท่านมักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุขกับเพื่อนในวัยเดียวกัน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
25. เมื่อรู้สึกเครียดท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
26. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจจะใช้วิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
27. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
28. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะฟังวิทยุ และอ่านหนังสือ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
29. ในวันหยุด/วันสำคัญทางพระพุทธศาสนาท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร รับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว เป็นต้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ						
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบกับผู้รู้หรือหนังสือจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านสามารถได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่จากหน่วยงานบริหารสุขภาพในชุมชนท่าน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค						
1. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. เมื่อท่านมีอาการเวียนศีรษะไม่ควรลุกเดินทันทีเพื่อให้อาการทุเลาลงก่อน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
7. ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด	1	1	1	3	1	ใช้ได้
8. เมื่อท่านมีภาวะเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลต่อให้นอนหลับยาก	1	1	1	3	1	ใช้ได้
9. ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	1	1	1	3	1	ใช้ได้
10. ท่านกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมากๆ ช่วยลดอาการท้องผูกและทำให้ร่างกายสดชื่น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
11. ท่านมีการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น ไม่เครียด	1	1	1	3	1	ใช้ได้
12. ท่านทานยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตอนที่ท้องไม่ว่าง	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (ต่อ)						
13. ท่านไม่สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งปอด	1	1	1	3	1	ใช้ได้
14. ท่านแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรรงคอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ						
1. ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแล้วเข้าใจดี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อทำความเข้าใจข้อความจากสื่อสุขภาพ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6. ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
ทักษะการตัดสินใจ						
1. ท่านสามารถตัดสินใจออกกำลังกาย หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหารหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร/โภชนาการที่เหมาะสมกับวัย	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. เมื่อเกิดความเครียดท่านมีวิธีการคลายความเครียดหลังจากได้รับข้อมูลการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้หลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. ท่านสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้อาหารเสริมผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลังได้รับข้อมูลเรื่องประโยชน์และการใช้ที่เหมาะสม	1	1	0	2	0.67	ใช้ได้
6. ท่านสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่มีส่งผลเสียต่อตัวเองและคนรอบข้างน้อยที่สุด	1	1	1	3	1	ใช้ได้
การจัดการตนเอง						
1. ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็นสอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	1	2	3			
การจัดการตนเอง (ต่อ)						
2. ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. หลังจากทบทวน ท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	1	1	1	3	1	ใช้ได้
การรู้เท่าทันสื่อ						
1. ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงสมอง ที่สื่อนำเสนอ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2. ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมา	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3. ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลายๆ สื่อ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4. หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อมาปฏิบัติต่อตนเอง	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5. หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อไปแนะนำคนรอบข้าง	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	ระดับการจำแนกของข้อมูล		ผู้เชี่ยวชาญ			เห็น สอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
	เกณฑ์คะแนน	คะแนนการประเมิน	1	2	3			
การประเมินสุขภาพของตนเอง 1. การประเมินภาวะสุขภาพ ของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนการสัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> 4 = ดีมาก <input type="checkbox"/> 3 = ดี <input type="checkbox"/> 2 = ปานกลาง <input type="checkbox"/> 1 = ไม่ดี <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ดีมาก ๆ (ต่ำมาก)		1	1	1	3	1	ใช้ได้
ความสุข 2. การประเมินระดับความสุข ด้วยตนเองในระหว่าง 3 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับ 0-10 (0 = ไม่มีความสุขเลย 10 = มีความสุขมากที่สุด) <input type="checkbox"/> 0 ไม่มีความสุขเลย <input type="checkbox"/> 1 มีความสุขเล็กน้อยมาก <input type="checkbox"/> 2 มีความสุขเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 3 มีความสุขน้อย <input type="checkbox"/> 4 มีความสุขน้อยถึงปานกลาง <input type="checkbox"/> 5 มีความสุขปานกลาง <input type="checkbox"/> 6 มีความสุขปานกลางถึงมาก <input type="checkbox"/> 7 มีความสุขมากบางครั้ง <input type="checkbox"/> 8 มีความสุขมากตลอด <input type="checkbox"/> 9 มีความสุขมาก ๆ ตลอด <input type="checkbox"/> 10 มีความสุขมากที่สุด		1	1	1	3	1	ใช้ได้
ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันและการเคลื่อนไหว 3. การทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา และการเคลื่อนไหว เช่น นั่งยอง ยกของหนัก ขึ้นบันได เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ทุกอย่าง <input type="checkbox"/> 0 = ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า		1	1	1	3	1	ใช้ได้

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรม ดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ระดับการจำแนกของข้อมูล	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็น สอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
		1	2	3			
ความสามารถในการ มองเห็น 4. ความสามารถในการ มองเห็นของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 1 = เห็นชัดเจน <input type="checkbox"/> 0 = ไม่เห็น/ไม่ชัดเจน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
ความสามารถในการ ได้ยิน 5. ความสามารถในการได้ยิน ของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 1 = ได้ยินชัดเจน <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ได้ยิน/ไม่ชัดเจน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
พฤติกรรมการออกกำลังกาย 6. การออกกำลังกายในช่วง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> 1 = ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ออกกำลังกาย	1	1	1	3	1	ใช้ได้
รวมคะแนน							
ด้านการมีส่วนร่วม							
การมีงานทำ 7. ผู้สูงอายุยังคงทำงานทั้งที่ มีรายได้และไม่มียาได้ ในช่วง 7 วันก่อนสัมภาษณ์	<input type="checkbox"/> 1 = ทำงาน <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ทำงาน	1	1	1	3	1	ใช้ได้
การเข้าร่วมชมรม/กลุ่ม ผู้สูงอายุ 8. การเข้าร่วมกิจกรรมใน ชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุใน รอบปีที่แล้ว	<input type="checkbox"/> 1 = เข้าร่วม <input type="checkbox"/> 0 = ไม่เข้าร่วม	1	1	1	3	1	ใช้ได้
การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้าน หรือชุมชน 9. การได้เข้าร่วมกิจกรรมใน วันสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน	<input type="checkbox"/> 1 = มีการช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มีการช่วยเหลือ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
การดูแลบุคคลในครัวเรือน 10. การให้ความช่วยเหลือ/ ดูแลสมาชิกในครัวเรือน เช่น การให้เงินบุตร การดูแลบุตร ของบุตร การส่งเสียเลี้ยงดู บุตรของบุตร เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = มีการช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มีการช่วยเหลือ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
รวมคะแนน							

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรม ดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด	ระดับการจำแนกของข้อมูล	ผู้เชี่ยวชาญ			เห็น สอดคล้อง	ค่า IOC	ความหมาย
		1	2	3			
ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง							
ความเพียงพอของรายได้ 11. การประเมินรายได้ ตนเองจากทุกแหล่งว่า เพียงพอต่อการดำรงชีพ หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 = เพียงพอ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่เพียงพอ	1	1	1	3	1	ใช้ได้
การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย 12. สถานภาพการเป็น เจ้าของในที่อยู่อาศัยปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> 1 = เป็นเจ้าของ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ได้เป็นเจ้าของ	1	1	0	2	0.67	ใช้ได้
ลักษณะการอยู่อาศัย 13. ลักษณะการอยู่อาศัย ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน	<input type="checkbox"/> 1 = อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน <input type="checkbox"/> 0 = อยู่คนเดียว	1	1	1	3	1	ใช้ได้
สภาพแวดล้อมในการอยู่ อาศัยที่ปลอดภัย 14. ความปลอดภัยของที่อยู่ อาศัย เช่น การมีราวยึดเกาะ ที่บันได ห้องนอน ห้องน้ำ เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = มี <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี	1	1	1	3	1	ใช้ได้
รวมคะแนน							
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีคุณภาพ							
การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยี สารสนเทศ 16. การใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1 = มี/เคยใช้ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี/ไม่เคยใช้	1	1	0	2	0.67	ใช้ได้
การอ่านออกเขียนได้ 17. การอ่านออกเขียนได้ ของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> 1 = ได้ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ได้	1	1	0	2	0.67	ใช้ได้
รวมคะแนน							
รวมคะแนนทั้งหมด							

โดยสรุปผลการพิจารณาคะแนนค่า IOC ของแต่ละข้อคำถามพบว่า มีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป
จึงผ่านเกณฑ์พิจารณา IOC ซึ่งกำหนดค่ามาตรฐานไว้ที่มากกว่า 0.50 แสดงว่าข้อคำถามโดยรวม
สอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย



ภาคผนวก ค

ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ตารางผนวกที่ 1 ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของตัวแปรอิสระ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุ	ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
	ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
1. ด้านชีวสังคม	0.98
2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม	0.98
3. ด้านจิตวิทยา	1.00
4. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	0.99
5. ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ	0.99
ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา รวม	0.98

ตารางผนวกที่ 2 ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของตัวแปรตาม

ภาวะพดพหลังผู้สูงอายุ	ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
	ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
1. ด้านการมีสุขภาพที่ดี	1.00
2. ด้านการมีส่วนร่วม	1.00
3. ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง	1.00
4. ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดพหลัง	0.84
ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา รวม	0.96

จากตารางผนวกที่ 1 และ 2 พบว่า ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ 0.50 แสดงว่าแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในผู้สูงอายุได้

ตารางผนวกที่ 3 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปรอิสระ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพดมพล้งของผู้สูงอายุ	ผู้ให้ข้อมูล (N = 30)
	ค่าความเชื่อมั่น
1. ด้านชีวสังคม	0.82
2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม	0.86
3. ด้านจิตวิทยา	0.81
4. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	0.80
5. ด้านความรู้เรื่องสุขภาพ	0.84
ค่าความเชื่อมั่นรวม	0.83

ตารางผนวกที่ 4 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของตัวแปรตาม

ภาวะพดมพล้งผู้สูงอายุ	ผู้ให้ข้อมูล (N = 30)
	ค่าความเชื่อมั่น
1. ด้านการมีสุขภาพที่ดี	0.77
2. ด้านการมีส่วนร่วม	0.75
3. ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง	0.88
4. ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพดมพล้ง	0.80
ค่าความเชื่อมั่นรวม	0.80

จากตารางผนวกที่ 3 และ 4 พบว่า ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดคือ 0.70 แสดงว่าแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในผู้สูงอายุได้

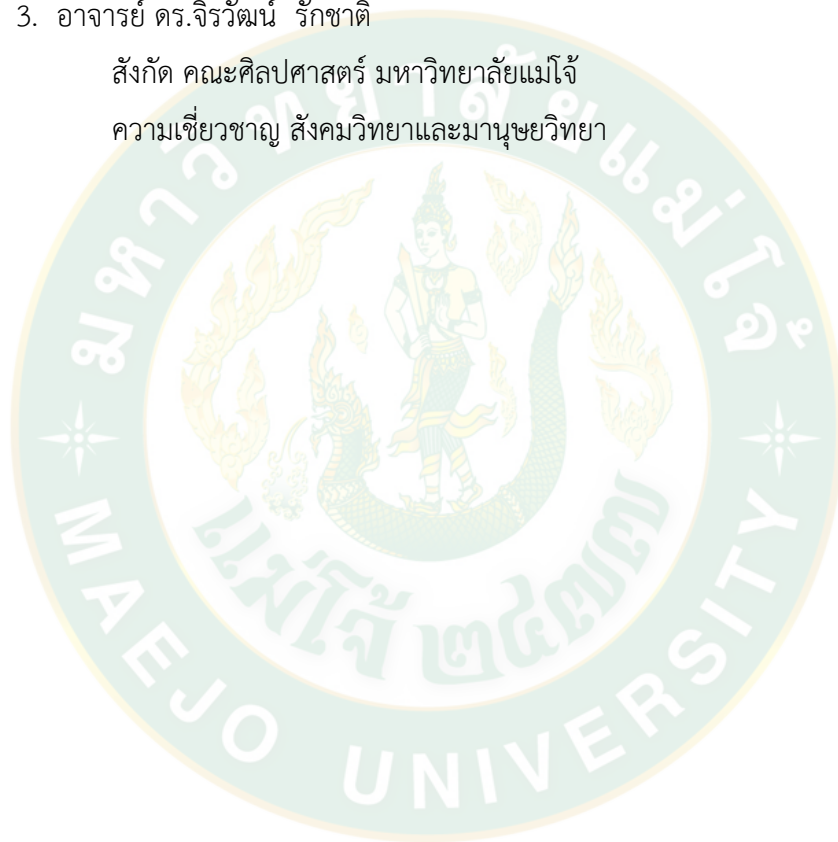


ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการตรวจเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการตรวจเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์เบญจมาศ ถาดแสง
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ความเชี่ยวชาญ การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. อาจารย์วารุณี ผ่องแผ้ว
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ความเชี่ยวชาญ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
3. อาจารย์ ดร.จิรวัดน์ รักชาติ
สังกัด คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ความเชี่ยวชาญ สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา





ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ อว ๖๙.๒๐/ ๑๕๒



สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
๖๓ หมู่ ๔ ตำบลหนองหาร
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
๕๐๒๙๐

๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน นายกเทศบาลตำบลช้างเผือก จังหวัดเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม รหัส ๖๒๑๔๔๐๒๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มีความประสงค์จะรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลช้างเผือกที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปตามปฏิทิน และอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นเวลายาวนานอย่างน้อย ๑ ปี นั้น

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าวได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่นักศึกษาดังกล่าว โดยนักศึกษาจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ทั้งนี้ สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการมอบหมายให้นางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม นักศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ เป็นผู้ประสานรายละเอียดเพิ่มเติม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ จอมวงศ์)

รองผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๘๗ ๕๕๒๒-๔

โทรสาร ๐ ๕๓๔๙ ๘๑๓๓



ภาคผนวก ฉ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย



บันทึกข้อความ

สำนักงาน สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา โทร. ๕๕๒๐-๔

ที่ อว ๖๙.๒๐.๔/ ๑ ๓๗

วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์เบญจมาศ ถาดแสง

ด้วยนางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม รหัส ๖๒๑๔๔๐๒๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ภาวะพหุผลลึงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่” นั้น

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ จึงขอความอนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยให้แก่ศึกษาดังกล่าว ทั้งนี้ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา มอบหมายให้นางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ เป็นผู้ประสานรายละเอียดเพิ่มเติม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ จอมวงษ์)

รองผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ



บันทึกข้อความ

สำนักงาน สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา โทร. ๕๕๒๐-๔

ที่ อว ๖๙.๒๐.๔/ ๑ ทต

วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.จิววัฒน์ รักชาติ

ด้วยนางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม รหัส ๖๒๑๔๔๐๒๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ภาวะพหุคูณหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่” นั้น

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ จึงขอความอนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยให้นักศึกษาดังกล่าว ทั้งนี้ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา มอบหมายให้นางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ เป็นผู้ประสานรายละเอียดเพิ่มเติม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ จอมวงศ์)

รองผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา โทร. ๕๕๒๐-๔
 ที่ อว ๖๙.๒๐.๔/ ๑ ๓๓๑ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๔
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์วารุณี ผ่องแผ้ว

ด้วยนางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม รหัส ๖๒๑๔๔๐๒๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ มีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ภาวะพหุคูณพลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่” นั้น

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ จึงขอความอนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยให้แก่ศึกษาดังกล่าว ทั้งนี้ ฝ่ายบัณฑิตศึกษา มอบหมายให้นางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ เป็นผู้ประสานรายละเอียดเพิ่มเติม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ จอมวงศ์)

รองผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ ฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
 ผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ



ภาคผนวก ช

หนังสือรับรองผ่านการอบรมการทำวิจัยในคน



ชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย (FERCIT)

ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

พิชชาวีร์ โอบอ้อม

ได้เข้ารับการอบรมหลักสูตร จริยธรรมการวิจัยในคน

“สำหรับนักวิจัย”

วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2564

ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา มหาวิทยาลัยแม่โจ้

รองศาสตราจารย์ ดร. วีระพล ทองมา
อธิการบดีมหาวิทยาลัยแม่โจ้

พันเอก รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุธี พานิชกุล
ประธานคณะกรรมการชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

โครงการวิจัยเรื่อง : ภาวะพดพหลังของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย : 1. นางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง

เอกสารที่พิจารณา :

- | | | |
|---|-----------------|---------------------------|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับลงวันที่ 21 | เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ | ฉบับลงวันที่ 21 | เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 |
| 3. แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร | ฉบับลงวันที่ 21 | เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 |
| 4. แบบยินยอมอาสาสมัคร | ฉบับลงวันที่ 21 | เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 |
| 5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | ฉบับลงวันที่ 21 | เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 |
| 6. เอกสารรับรองการสอบผ่านโครงร่างวิทยานิพนธ์ | ฉบับลงวันที่ 21 | เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 |
| 7. ประวัติผู้วิจัย | | |
| 8. ใบผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | | |

ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยได้ โดยให้ส่งรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 6 เดือน แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่เกิดเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิศร์ เนานนท์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา



เลขที่ใบรับรอง : HE-062-2565

วันที่รับรอง : 31 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : 30 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566



Ethics in Human Research Certificate
Nakhon Ratchasima Rajabhat University

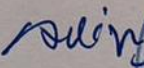

Protocol Title : Active Aging of the Elderly in Urban Area, Chiang Mai Province

Principle Investigator : 1. Miss Pitchawee Oborn
2. Asst. Prof. Dr. Apichart Traisaeng

Reviewed Document :

1. Submission Form for Ethical Review	21 February 2022
2. Full Protocol	21 February 2022
3. Participant information sheet	21 February 2022
4. Informed consent form	21 February 2022
5. Research Instrument	21 February 2022
6. Certificate of Dissertation Proposal	21 February 2022
7. Principle Investigator's Curriculum Vitae	
8. Certificate of Attendance in Human subject protection Training	

Ethics in Human Research Committee, Nakhon Ratchasima Rajabhat University has reviewed and approved this research to be carried out according to this research in compliance with the declaration of Helsinki, ICH - GCP. The investigator shall provide reports to the committee concerning the progress of the research every 6 months as well as the amendment, termination, and all serious adverse and unanticipated events. The investigator shall submit the full protocol once the research is done.

(Assistant Professor Dr. Adisorn Naowanondha)
Chairman of Ethics in Human Research Committee
Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Certificate Number : HE-062-2022

Approval date : 31 March 2022

Expiry date : 30 March 2023



ภาคผนวก ซ

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวพิชชาวีร์ โอบอ้อม	
เกิดเมื่อ	4 มีนาคม พ.ศ. 2535	
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
	พ.ศ. 2560	ปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
	พ.ศ. 2566	ปริญญาโท ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558-2563	พยาบาลวิชาชีพ (สบ.1) ไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ
	พ.ศ. 2563-ปัจจุบัน	คลินิกศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณานุกรม



ประวัติผู้วิจัย

