



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

Development of Health Behavior Promoting Model Among the Elder Monks

หัวหน้าโครงการวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ

ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์

ดร. ชมนาค สุ่มเงิน

ดร. ภาณุวัฒน์ ด้านกลาง

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล

(งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓

รหัสโครงการ 2557A10803033

สัญญาเลขที่ 14 / 2557

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

Development of Health Behavior Promoting Model Among the Elder Monks

แผนงานวิจัย การพัฒนาวัดต้นแบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

Development of Health Promoting Temple Model Among the Elder Monks

หัวหน้าโครงการวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ

ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์

ดร. ชมนาค สุ่มเงิน

ดร. ภาณุวัฒน์ ดำนกลาง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เจ้าอาวาสวัดแก้วน้อย พระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ ประชาชน
บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ
สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับโครงการวิจัยนี้
ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้โอกาสและเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยทุกท่าน ที่เสียสละทุ่มเทเวลา กำลังกาย และสติปัญญาในการวิจัย
ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ดำเนินการวิจัยในเขตคณะสงฆ์ตำบลและวัดที่ค้ำสรร ในเขตจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ ประชาชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 5 ชุดที่มีคุณภาพในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) กำหนดแผนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ 2) การพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ 3) ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก 4) มีคณะทำงานการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุแบบบูรณาการ และ 5) พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า วัดควรมีการนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ และควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในวัดที่อยู่พื้นที่อื่น ๆ

คำสำคัญ: พระสงฆ์สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ, การดูแลแบบองค์รวม

Abstract

This research employed the research and development design which aimed to develop the appropriate model for health promotion in the elder monks. It was conducted on 100 samples of elder monks, monks, community dweller, and involving personal who stayed in selected Sangha communities and temples in Chon Buri province. Data were collected by 5 valid and reliable instruments, consisting of interviews and measurements which were developed by the researcher. The data were analyzed by descriptive statistics.

The study found the model for health promotion in the elder monks was the holistic care model which contained 5 elements; 1) planning the health promotion plans for the elder monks, 2) improving knowledge and skills for health promotion in the elder monks, 3) implementing the proactive and continuous health promotion in the elder monks, 4) having working committee who were responsible for integrated health promotion in the elder monks, and 5) developing monks to be temple public health volunteers.

The findings suggested the model for health promotion in the elder monks in this research should be applied to promote health behaviors in the elder monks. It also should be applied to promote health behaviors in the elder monks in other areas.

Key Words: Elder monks, Health promotion, Holistic care

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่	
1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
กรอบแนวคิดของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
แนวคิดและหลักการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	5
รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ.....	11
ทฤษฎีการสูงอายุ.....	12
การเปลี่ยนแปลงตามวัย.....	15
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	22
พื้นที่ที่ทำการวิจัย	22
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	25
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	26
ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	26
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4 ผลการวิจัย.....	31
ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของวัด.....	31
ตอนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ.....	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตอนที่ 3 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์.....	36
ตอนที่ 4 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของประชาชน	37
ตอนที่ 5 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	40
ตอนที่ 6 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ.....	42
ตอนที่ 7 เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ และประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วม โครงการอบรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ.....	44
5 สรุปและอภิปรายผล	45
สรุปผลการวิจัย	45
อภิปรายผล	45
ข้อเสนอแนะ	49
ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่ได้รับ	49
บรรณานุกรม	50
ภาคผนวก	54

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4-1 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	33
4-2 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ	35
4-3 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	36
4-4 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความรู้ และทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์.....	37
4-5 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	38
4-6 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความรู้ และทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของประชาชน	39
4-7 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	40
4-8 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความรู้ และทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	42
4-9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ และทักษะคิดเกี่ยวกับการ สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ และประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วม โครงการอบรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พระสงฆ์สูงอายุ.....	44

บทที่ 1

บทนำ

สุขภาพของพระสงฆ์ เป็นปัญหาที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สภาพการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์สูงอายุ และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ยังพบว่า มีอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในพระสงฆ์สูงอายุด้วย โดยมีพระสงฆ์สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ ร้อยละ 15 ส่วนพระสงฆ์สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์มีภาวะอ้วน ร้อยละ 19.7 (สถิติโรงพยาบาลสงฆ์, 2554) จากผลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรในวัดเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พระสงฆ์ และสามเณรมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์, 2555) และจากผลการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ พบว่า พระสงฆ์เกินครึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูง และยังพบพระสงฆ์เกือบครึ่งมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (กรมการแพทย์, 2555)

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการจัดการความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านสุขภาพอนามัย มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ด้านการออกกำลังกายนั้น พบว่า พระสงฆ์ยังมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การเดินบิณฑบาต การเก็บกวาดลานวัด โบสถ์ วิหาร และการเก็บกวาด ส่วนด้านโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารประเภทแป้ง กะทิ น้ำตาล ไขมัน และมีรสจัดในปริมาณมาก (เดชา บัวเทศ, จีรพรรณ ชงจ้งหรีด, ธันวาทอมจันทร์, 2553) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย ปัจจัยด้านโรคมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดและปัจจัยด้านอายุ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย (ปิ่นนคร ชัชวรัตน์, 2553)

จากการที่พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางที่เสื่อมลงจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องหากลวิธีหรือรูปแบบเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ ประกอบกับพระสงฆ์เป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึง

การบริการสุขภาพ ความเฉพาะของความเป็นสงฆ์ที่จะต้องอยู่ในพระวินัยและเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสถาบันศาสนา หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์สูงอายุเหล่านี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ และเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทำให้บุคคลนั้นมีความสุขในชีวิต และมีศักยภาพสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยพึ่งพาตนเอง ได้มากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด ตลอดจนประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ในชีวิต โดยมุ่งสนใจการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง (Pender, 1996) ดังนั้น พระสงฆ์สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต สุขนิสัยต่าง ๆ พฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว (รวีวรรณ เผ่ากัณหา และวารีย์ กังใจ, 2543)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ โดยประยุกต์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยคัดเลือกวัดในพื้นที่จังหวัดชลบุรีเป็นสถานที่ดำเนินการ ผู้วิจัยเชื่อว่าองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นทางเลือกของการดูแลอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของพระสงฆ์สูงอายุ จึงนับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากทั้งในด้านบริการสุขภาพ และจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการขึ้นำการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในวัดที่คัดสรรในจังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. สำรวจและประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในวัดที่คัดสรร
2. สำรวจความต้องการการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในวัดที่คัดสรร
3. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ แนวคิด และหลักการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ พระสงฆ์สูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งนี้สามารถอธิบายแนวคิดต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้

แนวคิดและหลักการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการคงไว้หรือเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลนั้น ใช้ชีวิตภาพของตนที่มีอยู่ให้มากที่สุดในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model, 1996) เป็นทฤษฎีหลักและเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สติปัญญาและการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง (Expectancy-value theory) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคล จะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง รูปแบบนี้ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual characteristics and experiences) ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) สติปัญญาและ ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitive and effect) เป็นแรงจูงใจ ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceive barrier to action) การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง (Perceived self-efficacy) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ (Activity-related affect) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) 3) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ ทางสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรม ประกอบด้วย เจตจำนงในการ กระทำ (Commitment to a plan of action) ความต้องการและความพึงพอใจในการกระทำที่เกิดขึ้น ทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behavior) ซึ่งเป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลได้กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ

รูปแบบในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ควรเป็นการดูแลแบบองค์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ประกอบด้วย วัด/ คณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนา ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ 4) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ 5) พฤติกรรมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย

การสูงอายุ เป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยไปตามกาลเวลาภายหลังที่มีการเจริญเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายอย่างถาวรที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถกลับคืนมาได้โดยจะปรากฏออกมาในรูปแบบของความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ พระสงฆ์สูงอายุเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณอันเนื่องมาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้นตามปกติ ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่มักพบได้มากในช่วงวัยสูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ในวัดที่อยู่ในพื้นที่ที่คัดสรร ในเขตจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์สูงอายุที่มี 60 ปีขึ้นไป 20 รูป พระภิกษุที่จำพรรษาในวัดเดียวกับพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 20 รูป ประชาชนในพื้นที่ 40 คน บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่คัดสรร 20 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ในวัดที่อยู่ในพื้นที่ที่กัศกร ในเขตจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีสังเขปเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและหลักการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ
3. ทฤษฎีการสูงอายุ
4. การเปลี่ยนแปลงตามวัย

แนวคิดและหลักการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการคงไว้หรือเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลนั้นใช้ศักยภาพของตนที่มีอยู่ให้มากที่สุดในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model, 1996) เป็นทฤษฎีหลักและเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) นั้นได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สติปัญญา และการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง (Expectancy-value theory) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง

เพนเดอร์ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) 2) ปัจจัยเสริม (Modifying factors) และ 3) ปัจจัยจากการกระตุ้นของตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) โดยทั้งสามปัจจัยนี้เป็นปัจจัยร่วมกันทำให้

บุคคลปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้ประกอบด้วย ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การให้คำจำกัดของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม ส่วนปัจจัยด้านตัวชี้เนะการกระทำ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเนื่องจากผลจากการกระตุ้นจากตัวชี้เนะของบุคคลทั้งภายในและภายนอก

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นั้นระบุว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้ (Pender, 1996)

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual characteristics and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีบุคลิกลักษณะและประสบการณ์เฉพาะบุคคล ที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำที่ต่อเนื่องในอดีต ส่งผลต่อการกระทำที่ต่อเนื่องตามมาภายหลัง คุณลักษณะและประสบการณ์ดังกล่าว ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) บุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำที่แสดงออก การมีพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลทางตรงอาจเกิดจากความเคยชินจากการปฏิบัติ ซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ โดยความคุ้นเคย เป็นการแสดงพฤติกรรมนั้นโดยอัตโนมัติ โดยไม่ต้องสนใจรายละเอียดของการปฏิบัตินั้นมากนัก ส่วนผลทางอ้อมนั้นสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติจริงและการป้อนกลับจากพฤติกรรม เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะหรือทักษะของตนเอง ส่วนประโยชน์ที่คาดล่วงหน้าหรือที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว คือ การคาดหวังในผลลัพธ์ถ้าประโยชน์ในระยะสั้นเกิดขึ้นเร็ว บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จนั้น ต้องเอาชนะอุปสรรคที่เคยเก็บสะสมไว้ในความทรงจำด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์นั้น พบว่า การกระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นด้วย ทั้งที่เป็นอารมณ์ในทางบวกและลบ อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลัง การกระทำพฤติกรรม อารมณ์ดังกล่าวจะถูกบันทึกอยู่ในความทรงจำ เป็นข้อมูลซึ่งจะถูกดึงออกมาเมื่อมีการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นในภายหลัง

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะ กับพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านชีววิทยาของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ คชนิยมวลกาย ภาวะวัยเจริญพันธุ์ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจ ในตนเอง (Self-motivation) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) คำจำกัดความของ สุขภาพ (Definition of health) และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล ได้แก่ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีผล โดยตรงต่อสติปัญญา และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล และมีผลโดยอ้อมต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitive and effect) ปัจจัยนี้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) เป็นการรับรู้ ผลดีของการมีพฤติกรรม ในการวางแผนการแสดงพฤติกรรมนั้น บุคคลมีการคาดการณ์ถึง ประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการ สังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ ประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกดีในตัวเอง ความอ่อนล้า ลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม เป็นต้น การรับรู้ ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นกระทำพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้น มีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการ กระทำพฤติกรรมตามแผนแต่จะมีอิทธิพลมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ ดังกล่าว และระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและการเกิดประโยชน์นั้น ในการส่งเสริมให้บุคคล ได้มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้น สามารถกระทำได้โดยการให้คำชี้แนะหรือคำแนะนำ

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceive barrier to action) เป็นการรับรู้ถึงสิ่ง ที่ขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ของการกระทำ มีผลทั้งต่อความตั้งใจ และการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคล วาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและ ขัดขวางการกระทำรวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยง

การกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง ในทางตรงกันข้าม ถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสกระทำพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลทางตรงโดยชัดเจนการมีพฤติกรรมสุขภาพ และทางอ้อมโดยทำให้เจตจำนงในการมีพฤติกรรมตามแผนลดลง

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการรับรู้ว่าคุณเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จและได้ตลอด การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นสิ่งที่ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและทักษะที่เพียงพอในการกระทำนั้น ๆ ดังนั้น ปัจจัยนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ (Activity-related affect) ในการกระทำพฤติกรรมใดก็ตาม บุคคลจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบเกิดขึ้นพร้อมด้วย โดยอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการกระทำพฤติกรรมนั้น อารมณ์ดังกล่าวจะถูกนิยามตามความรู้ความเข้าใจและถูกเก็บสะสมไว้ในความทรงจำ และจะมีผลต่อความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำ (Activity-related) ตัวผู้กระทำเอง (Self-related) และสิ่งแวดล้อมในขณะที่กระทำพฤติกรรมดังกล่าว (Context-related) อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวนี้จะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ หรือการดำรงพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ตามปกติพฤติกรรมใดที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านบวกมักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบมักจะถูกลืกลืม อย่างไรก็ตามการปฏิบัติบางอย่างอาจทำให้เกิดทั้งอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ จึงต้องเปรียบเทียบกันอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำพฤติกรรมมีความแตกต่างไปจากเจตคติต่อพฤติกรรม เพราะเจตคติดังกล่าวไม่ใช่อารมณ์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อพฤติกรรม อารมณ์ข้างต้นนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านการรับรู้สมรรถนะของตนเองและเจตจำนงในการกระทำตามแผน

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ ยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบ บรรทัดฐานทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการกระทำที่คนส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแบบสามารถแสดง

ให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรม โดยที่สภาพการณ์นั้นเป็นตัวกำหนดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหากรู้ว่าสถานการณ์นั้นน่าสนใจ เหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเองและปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะเลิกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากสถานการณ์นั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือไม่ปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรม ดังนี้

3.1 เจตจำนงในการมีพฤติกรรมตามแผน (Commitment to a plan of action) เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ความคิดในการตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เจตจำนงที่จะปฏิบัติเพียงลำพังโดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้นและความนึกคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จและการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะถ้ามีเพียงเจตจำนงเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีวิธีที่เหมาะสมมักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.2 ความต้องการและความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่น ซึ่งเข้ามาอย่างกะทันหันก่อนที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ มีความแตกต่างไปจากอุปสรรค กล่าวคือ ความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อนขึ้นอยู่กับการต้องการภายนอกหรือเพราะความบังเอิญด้านสภาพแวดล้อม ไม่อย่างนั้นจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่นที่มีความสำคัญ ส่วนความชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ การที่จะต้านทานความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behavior) เป็นผลลัพธ์ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1996) จำแนกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ การพูดคุยซักถาม และการขอคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ

4.2 ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวของการปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอ และวิธีการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการนั่งหรือการยืนนาน ๆ

4.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ครบถ้วน และปริมาณเพียงพอ เกิดภูมิคุ้มกันโรค ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเกิดพลังงานที่จะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ

4.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายจากความเครียด นอกจากนี้ ยังช่วยทำให้การแก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จ และดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้มีศักยภาพสูงสุดรวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมายในชีวิต ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความสุข ความสงบสุข ความพึงพอใจ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุเป้าหมายหรือความปรารถนาในชีวิต

4.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการกระทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เป็นการจัดการที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจในการผ่อนคลาย

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ควรเป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ประกอบด้วย วัด/คณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนา ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่พระสงฆ์สูงอายุแสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ การพูดคุยซักถาม และการขอคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ
2. ด้านกิจกรรมทางกาย เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของพระสงฆ์สูงอายุ ในการเคลื่อนไหวของ การปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอ และวิธีการออกกำลังกาย
3. ด้านโภชนาการ เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของพระสงฆ์สูงอายุในเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ควบถ้วน และปริมาณเพียงพอ เกิดภูมิคุ้มกันโรค ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเกิดพลังงานที่จะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการที่พระสงฆ์สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์สูงอายุกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายจากความเครียด นอกจากนี้ ยังช่วยทำให้การแก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จและดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถของพระสงฆ์สูงอายุในการพัฒนาจิตวิญญาณให้มีศักยภาพสูงสุดรวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมายในชีวิต ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความสุข ความสงบสุข ความพึงพอใจ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุเป้าหมายหรือความปรารถนาในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำกิจกรรมของพระสงฆ์สูงอายุที่ช่วยทำให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เป็นการจัดการที่กระทำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจในการผ่อนคลาย

ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพและทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตสังคม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Eliopoulos, 2014) ดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories)

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพได้พยายามอธิบายถึงกระบวนการทางชีววิทยาสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับ โมเลกุล ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ และทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับระบบของร่างกาย

1.1 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุล ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีการถูกกำหนด ที่เชื่อว่าตลอดช่วงอายุของคนจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ได้กำหนดไว้แล้วเหมือน โปรแกรมที่อยู่ในยีนส์ว่าจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร 2) ทฤษฎีความผิดพลาด ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเกิดจากความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการผลิตโปรตีนหรือเอ็นไซม์ ทำให้ได้โปรตีนหรือเอ็นไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดจากเดิมไป เป็นเหตุให้เซลล์มีอายุและตายในที่สุด 3) ทฤษฎีการผ่าเหล่า ทฤษฎีนี้จึงเชื่อว่าการผ่าเหล่าเกิดจากผลของรังสีทำให้เซลล์ชนิดที่สามารถแบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่า เช่น เซลล์ของเม็ดโลหิตแดง เม็ดโลหิตขาว และเซลล์เยื่อบุผิวของลำไส้และผิวหนัง การผ่าเหล่านี้นี้จะพบได้ภายหลังที่มีการแบ่งเซลล์ในรุ่นต่อไป เนื่องจากมีความผิดพลาดในการจำลอง ส่วนเซลล์ชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัว เช่น เซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อลายก็จะเสื่อมโทรมตายไป

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ มีดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การมีอายุเกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีของอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายของมนุษย์ซึ่งมีฤทธิ์ทำลายอนุมูลอิสระนี้เป็นผลพลอยได้จากกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ เป็นผลจากการใช้ออกซิเจนในเซลล์ ซึ่งออกซิเจนเป็นสารที่จะทำปฏิกิริยาไว้มากเมื่อทำปฏิกิริยากับสารอื่น ๆ เช่น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน กรดไขมันไม่อิ่มตัว จะทำให้เกิดอนุมูลอิสระทีละน้อย ๆ เมื่อสะสมมาก ๆ ขึ้นก็จะมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ โดยที่โมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกตัวเป็นอิสระหรือมี อิเล็กตรอน แยกออกจากโครงสร้างเดิม ส่วนที่เป็นอิสระก็จะไปจับโมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ข้างเคียง ผลจากปฏิกิริยานี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างและหน้าที่ต่าง ๆ ของเซลล์ เอ็นไซม์ และโปรตีนได้ถ้าเซลล์ไม่สามารถที่จะซ่อมแซมหรือแทนที่ DNA ใหม่ได้ จะทำให้เซลล์มีอายุสั้นและในที่สุดก็ตายไป

1.2.2 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง ทฤษฎีนี้ กล่าวว่า การมีอายุเกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกันหรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ เมื่อเกิดแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนไป การเชื่อมตามขวางจะค่อย ๆ เป็นไปตามอายุ ทำให้เนื้อเยื่อขาดความยืดหยุ่นได้

1.2.3 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม ทฤษฎีความเสื่อมโทรม ได้เปรียบเทียบกับสิ่งที่มีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร ซึ่งเมื่อมีการใช้งานนาน ๆ ก็จะเกิดความผิดปกติขึ้น แต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกัน เพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้ เช่น เนื้อเยื่อบางชนิดได้แก่ ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดโลหิตแดง เซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่จะทำงานทดแทนเซลล์เก่าที่เสื่อมโทรมแล้ว เพื่อให้สิ่งมีชีวิตมีความชราวน้อยที่สุด ส่วนเซลล์บางชนิดที่แบ่งตัวไม่ได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์ของกล้ามเนื้อลาย ก็จะเสื่อมโทรมลงและตาย

1.2.4 ทฤษฎีการสะสม ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การมีอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำ เรียกว่า Lipofuscin ซึ่งเป็น Lipoprotein และเป็นของเสียในขบวนการเมตาบอลิซึม มีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ Lipofuscin จะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รั้งไข เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจ และสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากันขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละชนิด นอกจากนี้จำนวนของ RNA ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของ Lipofuscin

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับระบบของร่างกาย ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับระบบของร่างกาย มีเพียงทฤษฎีเดียวที่จะกล่าวถึงคือ ทฤษฎีภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immunity theory หรือ Autoimmune theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการมีอายุ เป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในวัยหนุ่มสาว ร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้พอเพียง แต่เมื่ออายุมากขึ้นภูมิคุ้มกันจะลดระดับลงเรื่อย ๆ และคุณภาพของระบบภูมิคุ้มกันจะลดลงด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าระบบภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสมรรถภาพในการจำโครงสร้างของโมเลกุลของเซลล์ที่อยู่ในร่างกายด้วย ทำให้ Antibody มีปฏิกิริยากับเซลล์ที่ปกติ ดังนั้นจึงพบว่า ผู้สูงอายุจะมีระดับของ Autoimmune antibody ในเลือดสูง ทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune disease) เช่น โรคโลหิตจางบางชนิด Rheumatoid arthritis เป็นต้น นอกจากนี้ยังเสื่อมความสามารถในการจำเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เซลล์มะเร็ง ซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันก็ได้

2. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial theory)

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตสังคมที่ใช้อธิบายการมีอายุที่สำคัญมี 4 ทฤษฎี ดังนี้

2.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมของอีริกสัน ทฤษฎีนี้ เน้นความสำคัญไปยังปัจจัยทาง

สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทางจิตใจ พัฒนาการของบุคคลมีการเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดไปจนถึงเสียชีวิต ลำดับขั้นแห่ง พัฒนาการของอีริกสันจึงแบ่งได้ 8 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ ขั้นที่ 8 ขั้นความรู้สึกรับประกันทางใจกับท้อแท้สิ้นหวัง (Integrity VS Despair) หรือขั้นบุคลิกภาพที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ ขั้นนี้เป็นระยะขั้นปลายของชีวิต ในขั้นนี้จึงเป็นขั้นรวมของพัฒนาที่ผ่านมามีทั้ง 7 ขั้น ถ้าบุคคลที่อยู่ในปัจจุบันยอมรับกับตนเองได้ว่าชีวิตที่ผ่านมาตนประสบความสำเร็จและความสุข และสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์แล้ว จะทำให้เกิดการยอมรับสภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีปัญหาในพัฒนาการที่ผ่านมา และสะสมปัญหาไปจนถึงขั้นที่ 8 จะทำให้รู้สึกไม่พอใจต่อสภาพชีวิตที่ผ่านมา รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บุคคลนั้นจะเต็มไปด้วยความผิดหวังและท้อแท้กับปัจจุบัน และไม่ยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึง ทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมทั้ง 8 ขั้นของอีริกสันเน้น ในเรื่องของความต่อเนื่องในพัฒนาการแต่ละขั้น ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงเสียชีวิต ดังนั้น การที่บุคคลในวัยสูงอายุจะแสดงออกในรูปแบบนั้นขึ้นกับความสำเร็จในพัฒนาการแต่ละขั้นว่ามีมากน้อยเพียงใดนั่นเอง

2.2 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม ทฤษฎีนี้ กล่าวถึงการมีอายุว่า มีลักษณะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ เป็นการแยกจากซึ่งกันและกันหรือเป็นการถดถอยของบุคคลออกจากสังคมและการถดถอยของสังคมออกจากบุคคลกระบวนการของความมีอายุจะมีลักษณะเฉพาะคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนีหรือถดถอยออกไปทีละน้อย ๆ จากคนอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งแต่ละคนก็จะมีความสุขความพอใจและรับประโยชน์ร่วมกัน เพราะจะได้รับอิสระจากกฎต่าง ๆ ของสังคม ไม่ได้บังคับว่าผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ที่เริ่มถดถอยหนี แต่ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมากถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม นอกจากนี้พบว่าถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดี มีการยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุแล้ว ก็จะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะถดถอย แต่การที่ผู้สูงอายุมีการถดถอยจากสังคมก็เนื่องมาจากผู้สูงอายุต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ จะทำให้ความสัมพันธ์ร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลงไป เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการถดถอยออกจากสังคม ผู้สูงอายุหญิง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นหม้ายหรือหย่าซึ่งมักจะอยู่ตามลำพังมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมด้วย จะเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีการถดถอยออกจากสังคมและมักจะถูกมองข้ามไป ไม่ได้ได้รับความเอาใจใส่จากสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

2.3 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุแต่ละคนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม บุคคลที่ดำเนินชีวิตอยู่อย่างกระตือรือร้นและมีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตวัยกลางคนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการดำรงชีวิตที่ผาสุก ปกติแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตเหมือนกับคนที่อยู่ในวัยกลางคนและจะปฏิเสธที่จะมีชีวิตแบบคนมีอายุมากนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ลักษณะของสังคมจึงต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับคนในวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่าง ๆ มีความสนใจและเกี่ยวข้องกับสมาชิกในวัยเดียวกัน การรักษาระดับของกิจกรรมของผู้สูงอายุที่จะให้คงไว้และให้เหมาะสมกับขบวนการของความมีอายุ เช่น การทำกิจกรรมที่ใช้สติปัญญาแทนการใช้กำลัง เมื่อความสามารถในการทำงานลดลง เพื่อทดแทนการทำงานต่าง ๆ เมื่อลาออกแล้ว การมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะร่างกาย จิตใจ สังคมดีขึ้น ดังนั้น ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อไปเพื่อความมั่นคงในชีวิต และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข

2.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง ทฤษฎีนี้พยายามศึกษาเพื่อสรุปข้อขัดแย้งของทฤษฎีถดถอยจากสังคมและทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน ทฤษฎีนี้มองว่าการมีชีวิตอยู่อย่างกระตือรือร้น การพยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกในวัยกลางคน หรือความปรารถนาที่จะแยกจากออกจากสังคม ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีชีวิตที่ผาสุก แต่มุ่งประเด็นไปที่ว่า บุคคลจะดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องโดยตลอดช่วงของชีวิตอย่างไรจึงจะมีความสุข ผลการวิเคราะห์พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีชีวิตอย่างมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตของแต่ละคน ซึ่งมีต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิตก่อนวัยสูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบการทำกิจกรรมในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่อมีอายุมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงตามวัย

ร่างกายผู้สูงอายุมีการเสื่อม โดยมีได้เกิดจากพยาธิสรีรวิทยาของโรค แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของเนื้อเยื่อที่เป็นไปโดยปกติ ซึ่งเป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม ภูมิหลังของร่างกาย และสภาพแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ทุก ๆ ส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ความเสื่อมของเซลล์และเนื้อเยื่อจะปรากฏมากขึ้นตามอายุ ทำให้อาการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการของความสูงอายุปรากฏชัดทางกายวิภาคและสรีรวิทยา กระบวนการสูงอายุเริ่มมีตั้งแต่มีการปฏิสนธิ และที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งตาย อายุขัยของเซลล์ในร่างกายแต่ละชนิดแตกต่างกันไป เมื่อเซลล์เก่าตาย

จะมีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทน เมื่อเข้าสู่วัยชราจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่า วัยเด็กและหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในผู้สูงอายุจะเกิดกับทุกระบบของร่างกาย ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงในระบบหลอดเลือดและหัวใจ

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงและการเพิ่มขึ้นของคอแลลาเจนที่ลิ้นหัวใจ เยื่อภายในหัวใจ และเยื่อหุ้มหัวใจซึ่งมีผลทำให้ความสามารถในการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า มีการสะสมเนื้อเยื่อที่พังผืด ไขมัน และสารไลโปพัสซินมากขึ้นตามอายุ ขนาดของหัวใจโตขึ้นเนื่องจากผนังหัวใจห้องล่างซ้ายโต นอกจากนี้จะพบว่า ผนังกันระหว่างหัวใจช่องล่างมีความหนาเพิ่มขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างยืดหยุ่นไม่ดี ทำให้ความสามารถในการหดและคลายตัวของหัวใจห้องล่างลดลง ลิ้นหัวใจมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะมากขึ้น คอแลลาเจนที่ลิ้นหัวใจเกิดเยื่อพังผืด มีความหนามากขึ้น จึงเป็นผลให้พบเสียง Murmur ได้ นอกจากนี้จะพบว่า มีแคลเซียมและไขมันเกาะที่หลอดเลือด และมีการเปลี่ยนแปลงของคอแลลาเจนที่หลอดเลือดเป็นผลให้ความยืดหยุ่นของ Coronary arteries และ Coronary veins ลดลง ทำให้หลอดเลือดตีบตัน ส่งผลกระทบทำให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาททั้งโครงสร้างและหน้าที่ ด้านโครงสร้างนั้น พบว่า มีการสูญเสียเซลล์สมองและเซลล์ประสาท น้ำหนักสมองลดลง ปริมาตรสมองลดลงด้วย การไหลเวียนเลือดของสมองลดลง ร้อยละ 20 ของภาวะปกติ การใช้ออกซิเจนของสมองลดลง ความต้านทานของหลอดเลือดในสมองเพิ่มขึ้นจาก 1.3 เป็น 2.1 มิลลิเมตรปรอท ต่อมิลลิเมตรของการไหลของเลือด/นาที่/น้ำหนักสมอง 100 กรัม เนื่องจากการเสื่อมของหลอดเลือดที่แข็งตัวมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืดเป็นลมและอาจเกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายได้ ขณะเดียวกัน มีสารไลโปพัสซินสะสมที่เซลล์สมองและเซลล์ประสาท ทำให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง การสื่อสัญญาณประสาทในผู้สูงอายุจะช้าลง เซลล์ไขสันหลังมีการสลายฝ่อลงและจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและประสาทไขสันหลัง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการสื่อสัญญาณประสาท ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของศูนย์การควบคุมประสาทส่วนกลางเป็นผลให้ความไวความรู้สึกตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ทำให้ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทลดลง เช่น ความสามารถในการจำลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำเรื่องราวใหม่ ๆ จะลดลงหรืออาจจำไม่ได้แต่สามารถจำเรื่องในอดีตได้ดี ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ตั้งแคะห้ลดลง การตัดสินใจช้าลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และมีการสูญเสียความสามารถในการตอบสนองด้านอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินหายใจ

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสมรรถภาพปอดของแต่ละบุคคล ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ กล่าวคือ กระจกซี่โครงจะมีแคลเซียมเกาะสะสมที่ช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงมากขึ้น ทรวงอกมีความแข็งตัวมากขึ้น การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดน้อยลง ทำให้การขยายของปอดลดลง กระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องขยายตัวน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของส่วนหมอนรองกระดูกไขสันหลัง มีการเสื่อมทำให้หลังโค้งมากขึ้น เป็นผลให้พื้นที่การขยายตัวของปอดลดลง หลอดลมมีความแข็งมากขึ้นเนื่องจากมีแคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อน ทำให้การยืดหยุ่นลดลง ช่องผ่านของอากาศลดลง เส้นใยอีลาสตินในปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง ทำให้การยืดหยุ่นของปอดลดลง จำนวนถุงลมลดลง การยืดหยุ่นของถุงลมลดลง ทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง ผนังถุงลมมีการฉีกขาดและแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่ห่อหุ้มลดลงและมีการเชื่อมตามขวางมากขึ้นทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของปอดและหลอดเลือดในปอดมีความหนาและแข็งตัว ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดฝอยผ่านถุงลมลดลงและพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของถุงลมลดลง เป็นผลให้การซึมซาบของก๊าซออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศหายใจและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน ทำให้เปอร์เซ็นต์การอิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินลดลงประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) ลดลง ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO₂) ไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ เนื่องจากอัตราการซึมซาบของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่า ออกซิเจน 20 เท่า

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร

ผู้สูงอายุจะมีจำนวนฟันในปากลดลง มีการฟ่อของเยื่อในปาก ต่อมน้ำลายลดลง ต่อมรับรสฝ่อและลดน้อยลงทำให้การรับรสของลิ้นเสียไป เกิดภาวะเบื่ออาหาร ขณะเดียวกัน การไหลเวียนของโลหิตในระบบทางเดินอาหารลดลง การแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหารลดลง การบีบตัวช้าลง ภาวะอาหารมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุกระเพาะอาหารทำให้การหลั่งเอนไซม์ลดลง การสร้างเปปซินเพื่อย่อยโปรตีนลดลง ปริมาณกรดไฮโดรคลอริกลดลง และการสร้าง Intrinsic factor ลดลง เป็นผลให้การดูดซึมวิตามินบี 12 เหล็ก แคลเซียม และโฟเลตลดลง นอกจากนี้ ความสามารถในการดูดซึมอาหารต่าง ๆ ลดลงเนื่องจากมีการฟ่อของเยื่อบุกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคโลหิตจาง (Pernicious anemia) ถ้าผู้ใหญ่มีการฟ่อของกล้ามเนื้อและผิวของเยื่อเมือกบุลำไส้เล็ก ปริมาณ Lymphatic follicle ลดลง ขนปัดมีขนาดสั้นลงทำให้ความสามารถในการดูดซึมอาหารลดลงอย่างมาก เยื่อบุลำไส้ใหญ่และต่อมเมือกที่ผนังลำไส้ฝ่อ

กล้ามเนื้อหูรูดในลำไส้ใหญ่สูญเสียการยืดหยุ่น การส่งกระแสประสาทซ้ำทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องท้องผูก

การเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ

มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อที่มีปริมาณลดลง กระดูกจะเริ่มบางลงอย่างช้า ๆ เนื่องจากเซลล์กระดูกอ่อนทำงานลดลงอย่างช้า ๆ เป็นผลให้กระดูกบางลงทุกปี ผู้ชายจะบางลงร้อยละ 0.5 ต่อปี ส่วนผู้หญิงจะบางลงร้อยละ 3.0 ต่อปี และจะบางลงอย่างรวดเร็วภายหลังวัยหมดประจำเดือนเนื่องจากขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการสลายของกระดูกส่งผลให้กระดูกในผู้หญิงบางเร็วกว่าผู้ชายเมื่ออยู่ในวัยเดียวกัน และทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน ถ้ามีการสูญเสียเนื้อกระดูกมาก จะมีผลโดยตรงต่ออัมพาตพาราไธรอยด์ ทำให้การขับพาราไธรอยด์ฮอร์โมนออกน้อย การสูญเสียเนื้อกระดูกมากขึ้นปริมาณแคลเซียมในกระดูกลดลง เป็นผลให้กระดูกมีความบาง เปราะ มีการทรุดตัวของกระดูกสันหลัง ผู้สูงอายุจะมีหลังค่อม ความสูงของร่างกายลดลง มีลักษณะที่เรียกว่า Dowager's hump หรือ Thoracic kyphosis อีกทั้งทำให้มีการแตกหัก ของกระดูกสันหลังและกระดูกชิ้นอื่นๆง่ายมากขึ้น เช่น กระดูกสะโพก กระดูกเชิงกราน กระดูก- สันหลัง กระดูกต้นแขน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ มีกระดูกสะโพกหักประมาณร้อยละ 15-20 ส่วนกล้ามเนื้อหลายมีการเปลี่ยนแปลงของคอลลาเจน เส้นใยกล้ามเนื้อมีการหดตัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขนาดของกล้ามเนื้อเล็กลง ความสามารถในการยืดหดของกล้ามเนื้อลดลง เอ็นข้อต่อสึกกร่อนและยึดติด ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ

ในผู้สูงอายุขนาดของไตจะเล็กลง โกลเมอรูลัสมีลักษณะแข็งและจำนวนลดลง การไหลเวียนของเลือดที่ไตลดลง ร้อยละ 53 อัตราการกรองของไตลดลง เนื่องจากปริมาณ Renal tubule ลดลง Proximal tubule มีปริมาตรลดลงและความยาวลดลง มีการโป่งพองของ Distal tubule ผนังใน Renal arteriole หน้าและรูตีบแคบลง Efferent arteriole มีขนาดเล็กกว่า Afferent arteriole ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง โกลเมอรูลัสทำหน้าที่กรองและดูดซึมสารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายลดลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง จึงเป็นผลให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ทำให้มีการสูญเสียน้ำและอิเล็กโตรลัย ความถี่จำเพาะของปัสสาวะลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีความจุลดลงและขณะเดียวกันการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่ดี ทำให้มีปัสสาวะกั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะภายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะมากตอนกลางคืนในผู้สูงอายุชาย พบว่า มีต่อมลูกหมากโตถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี

การเปลี่ยนแปลงในระบบผิวหนัง

ผิวหนังชั้นนอกมีการลอกหลุด การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมลดลงร้อยละ 50 ทำให้ความชุ่มชื้นของผิวหนังลดลง ความสามารถในการป้องกันอันตรายจากรังสียูวีลดลง ความหนาของผิวหนังชั้นใน ต่อมเหงื่อ หลอดเลือด และปลายประสาทลดลง ทำให้ความสามารถในการรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกายลดลง การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ผิวหนังมีลักษณะเหี่ยวย่นเนื่องจากการสูญเสียเนื้อเยื่อ Mucopolysaccharide คอลลาเจน และไฟบรัสโปรตีนมีการแข็งตัว สูญเสียการยืดหยุ่น สูญเสียเส้นใยอีลาสติน และเส้นใยอีลาสตินหนา ทำให้ผิวหนังยืดหยุ่นได้ลดลง นึกขาดง่าย การไหลเวียนของเลือดลดลงทำให้ผู้สูงอายุทนต่อความร้อนเย็นได้น้อย และมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การที่ผิวหนังมีลักษณะการขาดน้ำ เปราะบาง แห้ง การยืดหยุ่นลดลง ทำให้มีการนึกขาดง่าย และติดเชื้อง่ายนอกจากนี้ลักษณะผิวที่แห้งทำให้มีการคันเกิดขึ้นได้ง่าย บางรายที่ได้รับการกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยจะมีการหือเลือดง่าย อัตราการเจริญของผมและขนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เซลล์สร้างสีของผมผลิตเมลานินลดลงทำให้ผมและขนมีสีจางลง เปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว นอกจากนี้การไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงหนังศีรษะลดลงทำให้เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บมีลักษณะหนาแข็งและนึกง่าย

การเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ

ต่อมไฮโปธาลามัสสร้างฮอร์โมนในการควบคุมการทำงานของต่อมใต้สมองลดน้อยลง ความสามารถในการทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลง ทำให้ระดับ Triiodothyronine (T3) มีปริมาณลดลง ส่วนระดับ Thyroxine (T4) อาจมีระดับคงที่หรือลดลงเล็กน้อย ต่อมพาราธัยรอยด์สร้างพาราธัยรอยด์ฮอร์โมนลดลงตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อกระดูก นอกจากนี้ พาราธัยรอยด์ฮอร์โมนมีผลต่อไต ทำให้มีการดูดกลับของแคลเซียมที่ไต มีผลต่อลำไส้ คือ ลำไส้มีการดูดกลับแคลเซียมมากขึ้น ต่อมหมวกไตส่วนนอกสร้าง Cortisol และ aldosterone ลดลง ต่อมหมวกไตส่วน Medulla ผลิต Epinephrine และ Norepinephrine ลดลง เซลล์ตับอ่อนมีการฝ่อและลิบเล็กลงเล็กน้อย การหลั่งอินซูลินลดลง เมื่ออายุมากขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ลดลง

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทสัมผัส

ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุเสื่อมลงเนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน การลิ้มรส การสัมผัส การเสื่อมจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะนั้น ๆ ร่วมกับการทำงานของระบบประสาทและสภาพแวดล้อม การเสื่อมด้านประสาทสัมผัส ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นจะลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบของนัยน์ตา เช่น แก้วตา กระจกตา ม่านตา และ Vitreous humor ทำให้มี

การเปลี่ยนแปลงของสายตา นอกจากนี้ยังพบว่า มีหนังตาตกเนื่องจากหนังตาสัญเสียการยึดหยุ่น ทำให้ความสามารถในการเห็นลดลง รุ่มนตาเล็กลง ทำให้ปริมาณแสงที่จะไปที่จอรับภาพลดลง การสูญเสียการได้ยิน ขนในรูหูจะมีขนาดใหญ่และแข็ง ต่อมสร้างขี้หูทำให้ขี้หูในผู้สูงอายุแห้ง เยื่อแก้วหูเป็นสีเทา หูชั้นกลางเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของหูชั้นในเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทำให้วิถีประสาทการรับรู้ การทรงตัวลดลง มีการสูญเสียการได้ยินซึ่งพบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีการหูตึง การสูญเสียการได้ยินจะมีผลกระทบต่อการพูด ระดับการได้ยิน และความสามารถในการแยกแยะระดับเสียง ภาวะหูตึง (Presbycusis) เกิดขึ้นเนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงของ Receptor hair cell ใน Cochlea เป็นผลให้มีการสูญเสียการรับเสียงที่มีความถี่สูงเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ เสียงที่มีความถี่ระดับกลางและต่ำ ตามลำดับ ต่อมรับรส เสื่อมและฝ่อ ปริมาณต่อมรับรสลดลง ทำให้การรับรสเสียและความไวต่อการรับรสลดลง การรับกลิ่นลดลง มีการสูญเสียเซลล์ใน Olfactory bulb ของสมองและปริมาณเซลล์รับความรู้สึกที่หู ในจมูกลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่สูบบุหรี่จำนวนมาก หรือการได้รับสารบางอย่างจะมีผลต่อการรับกลิ่น

การเปลี่ยนแปลงอวัยวะสืบพันธุ์

ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อิทธิพลของฮอร์โมนในร่างกายซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในเพศหญิงอวัยวะเพศจะเหี่ยวแห้ง เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง Pubic hair บางลง ช่องคลอดแคบลง ความยืดหยุ่นลดลง น้ำหล่อลื่น ช่องคลอดลดลง มดลูกมีขนาดเล็กลงมีเยื่อพังผืดมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง ท่อรังไข่ฝ่อ ความยาว ท่อรังไข่สั้นลง ความต้องการทางเพศลดลง เนื่องจากฮอร์โมนเพศลดลง รังไข่สร้างฮอร์โมน เพศลดลง

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสภาวะของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างมาก เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ และจากการวางแผนครอบครัว ของประเทศไทย ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลง เป็นผลให้สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นจำนวนมากขึ้น ขณะเดียวกัน โดยธรรมชาติในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีรวิทยาไปในทางที่เสื่อม สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจะเป็นไปมากขึ้นขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ของแต่ละบุคคลด้วย การเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสีย ในวัยสูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หากเป็นการสูญเสียที่กระทันหัน จะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอย่างถาวรเป็นภาวะ

ซึมเศร้าได้ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เกิดจากการเกษียณอายุต้องออกจากการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกไร้ค่า ไร้ความหมายในชีวิต และขาดเพื่อน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเป็นวัยที่มีการสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรหลานของตนเองแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและวัฒนธรรม จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การทำความรู้จักและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านน้อยลง ขาดความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประกอบกับความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่กับบ้านจะขาดความอบอุ่นต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชราเป็นที่พึ่ง นอกจากนี้ สังคมไทยยังมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและวัฒนธรรมเป็นสังคมแบบตะวันตก มากขึ้น คือ ต่างคนต่างอยู่ ลูกหลานโตขึ้นไม่มีการทดแทนบุญคุณกัน ให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุลดลง คิดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ล้าสมัย ไม่เชื่อฟังในคำสั่งสอน ซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยขึ้น และผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น

สรุป ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมนี้จะใช้เป็นแนวทางสำหรับดำเนินการวิจัย เพื่อการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในวัดที่คัดสรรในจังหวัดชลบุรี

พื้นที่ที่ทำการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นวัดในพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี โดยคณะผู้วิจัยร่วมคัดสรรกับคณะสงฆ์ตำบล แกนนำชุมชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัดชลบุรี ได้พื้นที่ดำเนินการวิจัยหลัก คือ วัดแก้วน้อย อำเภอพนัสนิคม คณะสงฆ์ตำบลพนัสนิคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดเดียวกับพระสงฆ์สูงอายุ ประชาชนในพื้นที่ บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง คือพระสงฆ์สูงอายุที่มี 60 ปีขึ้นไป 20 รูป พระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดเดียวกับพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 20 รูป ประชาชนในพื้นที่ 40 คน บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 20 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรม มี 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของวัด

แบบสำรวจนี้ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของวัด ประกอบด้วย ประเภทของวัด จำนวนพระสงฆ์สูงอายุ จำนวนพระสงฆ์ ที่ตั้งของวัด สภาพวัดและสิ่งแวดล้อมสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ

2. แบบวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ จำนวนพรรษา สถานทางสงฆ์ โรคประจำตัว การรักษาเมื่อเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี การใช้ยา แบบแผน การดำเนินชีวิต การได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) และไม่แน่ใจ (0 คะแนน)

มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

2.3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ

(0 คะแนน) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน

2.4 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

แบบวัดชุดนี้เป็นการประเมินเกี่ยวกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์สูงอายุในปัจจุบันที่กระทำ

จนเป็นนิสัยประจำตัวหรือการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ มีข้อคำถาม 30 ข้อ ให้เลือกตอบ

3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน)

มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน

3. แบบวัดความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์

แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ ประกอบด้วย อายุ จำนวนพรรษา สถานทางสงฆ์ การได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) และไม่แน่ใจ (0 คะแนน)

มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

3. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
ของพระสงฆ์

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์
มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ
(0 คะแนน) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน

4. แบบวัดความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์
สูงอายุ ของประชาชน

แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชาชน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของ
ประชาชน

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของประชาชน
มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) และไม่แน่ใจ (0 คะแนน)
มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

3. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
ของประชาชน

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของประชาชน
มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ
(0 คะแนน) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน

5. แบบวัดความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์
สูงอายุ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย
หน่วยงานที่สังกัด (รหัส) เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้
เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริม
พฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) และไม่แน่ใจ (0 คะแนน) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

3. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของ

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และไม่แน่ใจ (0 คะแนน) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 5 ชุดที่สร้างขึ้นใหม่ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับพระสงฆ์สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องของความเป็นไปได้ ของเครื่องมือวิจัย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 80

2. การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยในส่วนของแบบวัดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกชุด ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 20 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยการใช้สูตร KR 20 และสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบวัดทุกชุดมีค่าความเที่ยงในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนี้

แบบวัด	ค่าความเที่ยง
แบบวัดความรู้ ๑ ของพระสงฆ์สูงอายุ	.78
แบบวัดทัศนคติ ๑ ของพระสงฆ์สูงอายุ	.76
แบบวัดพฤติกรรม ๑ ของพระสงฆ์สูงอายุ	.82
แบบวัดความรู้๑ ของพระสงฆ์	.83
แบบวัดทัศนคติ ๑ ของพระสงฆ์	.80

แบบวัดความรู้ ฯ ของประชาชน	.89
แบบวัดทัศนคติ ฯ ของประชาชน	.81
แบบวัดความรู้ ฯ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	.86
แบบวัดทัศนคติ ฯ ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. นำเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ซึ่งได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ (หมายเลขใบรับรองที่ 25 /2558)
2. ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการที่จะปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 (3 เดือน) การคัดสรรพื้นที่และวัด การเตรียมพื้นที่ และการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1.1 คัดสรรพื้นที่และวัด โดยผู้วิจัยและคณะสงฆ์ตำบล แก่นนำชุมชน ประชาชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัดชลบุรี ได้พื้นที่สำหรับการวิจัย คือ เขตคณะสงฆ์ตำบล อำเภอพนัสนิคม ได้วัดที่คัดสรร 1 วัด คือวัดแก้วน้อย เพื่อพัฒนาเป็นวัดที่มีรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

1.2 เตรียมพื้นที่ เพื่อความร่วมมือในการวิจัย โดยการจัดประชุมแก่นนำชุมชน ประชาชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ณ วัดแก้วน้อย

1.3 สำรวจ และประเมินข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ตามเครื่องมือการวิจัยที่กำหนดไว้

1.4 วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พระสงฆ์สูงอายุ และสรุปผลการวิเคราะห์

1.5 นำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อประชาคมในชุมชน ณ วัดแก้วน้อย

1.6 สรุปผลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อพื้นที่และวัดแก้วน้อย

ระยะที่ 2 (9 เดือน) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การประเมินผล และสรุปผลการวิจัย

2.1 ประชุมระดมสมองกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องในวัดและพื้นที่เพื่อสังเคราะห์ ข้อมูลจากระยะที่ 1 เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ในขั้นตอนนี้ทีมผู้วิจัยได้ระดมสมองร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกร เจ้าอาวาสวัดแก้วน้อย พระสงฆ์ในวัดแก้วน้อย ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ บุคลากรจาก องค์กรท้องถิ่น ผู้รับเหมาก่อสร้าง สมาชิกญาติโยมที่มาสวดมนต์ประจำที่วัด ร่วมกับสังเคราะห์ ข้อมูลจากระยะที่ 1 พัฒนาจนได้เป็นรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของ วัดแก้วน้อย ซึ่งใช้เวลาทั้งสิ้น 4 เดือน

2.2 วางแผนและจัดเตรียมทรัพยากรเพื่อดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้

ในขั้นตอนนี้มีการวางแผนและจัดเตรียมทรัพยากรเพื่อดำเนินการตามรูปแบบ ที่กำหนดไว้ ดังนี้

2.2.1 ด้านกายภาพ ประกอบด้วย การปรับพื้นที่ให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริม สุขภาพทุกด้าน ทั้งพื้นราบบริเวณรอบศาลาธรรม หน้าบันไค ทางลาด ขึ้นบันได ห้องน้ำ จัดสร้าง อ่างล้างมือในศาลาฉันอาหาร คร้ว และหน้าห้องน้ำ และจัดตั้งก๊อกน้ำเพิ่มเติมที่คร้วและหอนัน อาหาร

2.2.2 จัดเตรียมคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์

2.2.3 จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นมอบไว้ให้ที่วัด เช่น เครื่องชั่ง น้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เพื่อนำข้อมูลมาคำนวณ ค่าดัชนีมวลกายซึ่งจะสะท้อนพฤติกรรม การ รับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น

2.2.4 วางแผนการดำเนินการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่พระสงฆ์ สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิต เช่น ออกกำลังกายที่เหมาะสม อาหารที่เหมาะสมสำหรับ พระสงฆ์สูงอายุ การเตรียมพระสงฆ์ผู้ดูแลพระสงฆ์สูงอายุที่วัด

2.3 ดำเนินการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ

ในขั้นตอนนี้ทีมผู้วิจัย แกนนำชุมชน ประชาชนในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษา ได้เข้ามาร่วมกิจกรรมอย่างเข้มข้นในช่วงเวลาดำเนินงาน







2.4 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย

2.5 นำเสนอผลการดำเนินงานต่อพื้นที่และวัด

2.6 สรุปและเขียนรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
ของพระสงฆ์สูงอายุ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ที่คัดสรร

ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของวัด

ตอนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ตอนที่ 3 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
ของพระสงฆ์

ตอนที่ 4 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
ของประชาชน

ตอนที่ 5 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
ของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 6 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
พระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ และประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการอบรม
การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของวัด

1. ประเภทของวัด: วัดที่ใช้เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัยหลัก จัดเป็นอยู่ในประเภทวัด
(ไม่ใช่สำนักสงฆ์)

2. จำนวนพระสงฆ์ทั้งหมดในวัด 16 รูป (ข้อมูล ณ ปัจจุบันขณะทำวิจัย)

3. จำนวนพระสงฆ์สูงอายุ 8 รูป (ข้อมูล ณ ปัจจุบัน ขณะทำวิจัย)

4. ที่ตั้งของวัด

วัดแก้วน้อย ตั้งอยู่ที่อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

5. สภาพวัด



6. สิ่งแวดล้อมในวัด





ตอนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ผลการวิจัยตอนที่ 2 นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์สูงอายุ

พระสงฆ์สูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้รวมทั้งพระสงฆ์สูงอายุวัดแก้วน้อย และพระสงฆ์สูงอายุที่สังกัดคณะสงฆ์ตำบล ข้อมูลประกอบด้วย อายุ จำนวนพรรษา สถานทางสงฆ์ โรคประจำตัว การรักษาเมื่อเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 20$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-70 ปี	16	80.0
71-80 ปี	4	20.0
จำนวนพรรษา		
1-5 พรรษา	6	30.0
6-10 พรรษา	10	50.0
มากกว่า 10 พรรษา	4	20.0
สถานทางสงฆ์		
เจ้าอาวาส	2	10.0
พระลูกวัด	18	90.0

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	8	40.0
มีโรคประจำตัว (ระบุได้มากกว่า 1 โรค)	12	60.0
1. ความดันโลหิตสูง	6	50.0
2. เบาหวาน	4	33.3
3. โรคข้อ กระดูก กล้ามเนื้อ	4	33.3
การรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
รพ./ รพ.สต.	14	70.0
คลินิก	4	20.0
ซื้อยารับประทานเอง	2	10.0
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยตรวจ	6	30.0
ตรวจเป็นประจำทุกปี	8	40.0
ตรวจเป็นบางปี	6	30.0
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ		
ไม่เคย	12	60.0
เคย	8	40.0
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ		
ไม่เคย	16	80.0
เคย	4	20.0
ความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ		
ต้องการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	20	100
1. ด้านความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหารที่เหมาะสม การดูแลตัวเอง	20	100
2. การให้ความรู้แก่ญาติโยมในการจัดอาหารมาถวายพระ	4	20.0
3. มีบุคลากร/ เจ้าหน้าที่ มาให้คำปรึกษา แนะนำ ที่วัดเป็นระยะ ๆ	8	40.0

จากตารางที่ 4-1 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุอยู่ในกลุ่มอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ มีจำนวนพรรษา 6-10 พรรษา ร้อยละ 50.0 มีสถานทางสงฆ์เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 90.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.0 เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 ไปรักษาที่โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 40.0 ตรวจเป็นประจำทุกปี รองลงมา คือ ไม่เคยตรวจ และตรวจเป็นบางปี ร้อยละ 30.0 การได้รับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพ ร้อยละ 60.0 ไม่เคยได้รับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการ สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และพระสงฆ์สูงอายุทุกรูปต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพ โดยพระสงฆ์สูงอายุทุกรูปต้องการความช่วยเหลือด้านความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหารที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ การดูแลตัวเองที่เหมาะสม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ แสดงไว้ในตาราง ที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		<i>M</i>	<i>SD</i>
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้ ๆ	0	20	6	14	11.4	1.83
ทักษะ ๆ	0	10	6	8	6.4	0.66
พฤติกรรม ๆ	0	60	30	54	48.0	4.49

จากตารางที่ 4-2 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เท่ากับ 6-14 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เท่ากับ 11.4 คะแนน (*SD* = 1.83) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของ ทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ 6-8 คะแนน และคะแนน เฉลี่ยทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เท่ากับ 6.4 (*SD* = 0.66) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุเท่ากับ 30-54 คะแนน และคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมของพระสงฆ์สูงอายุ เท่ากับ 48.0 (*SD* = 4.49)

ตอนที่ 3 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์

ผลการวิจัยตอนที่ 3 นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา สถานทางสงฆ์ การได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ แสดงในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 20$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30-40 ปี	16	80.0
41-50 ปี	2	10.0
51-60 ปี	2	10.0
จำนวนพรรษา		
1-5 พรรษา	14	70.0
6-10 พรรษา	6	30.0
สถานทางสงฆ์		
พระลูกวัด	20	100
การได้รับความรู้ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ		
ไม่เคย	12	60.0
เคย	8	40.0
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ		
ไม่เคย	18	90.0
เคย	2	10.0

จากตารางที่ 4-3 พบว่า พระสงฆ์มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี ร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่ มีจำนวนพรรษา 1-5 พรรษา ร้อยละ 70.0 พระสงฆ์ทุกรูปมีสถานทางสงฆ์เป็นพระลูกวัด การได้รับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ร้อยละ 60.0 ไม่เคยได้รับ

และพระสงฆ์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์

คะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของพระสงฆ์ แสดงไว้ในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของพระสงฆ์

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		<i>M</i>	<i>SD</i>
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้ ฯ	0	20	9	16	12.8	2.4
ทัศนคติ ฯ	0	10	7	9	7.2	0.7

จากตารางที่ 4-4 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของพระสงฆ์ เท่ากับ 9-16 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของพระสงฆ์ เท่ากับ 12.8 คะแนน ($SD = 2.4$) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของพระสงฆ์ 7-9 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของพระสงฆ์ เท่ากับ 7.2 ($SD = 0.7$)

ตอนที่ 4 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของประชาชน

ผลการวิจัยตอนที่ 4 นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 40$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	40.0
หญิง	24	60.0
อายุ		
30-40 ปี	6	15.0
41-50 ปี	24	60.0
51-60 ปี	10	25.0
สถานภาพสมรส		
โสด	14	35.0
คู่	22	55.0
หม้าย/ หย่า/ แยก	4	10.0
ศาสนา		
พุทธ	40	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	10.0
มัธยมศึกษา	14	35.0
อาชีวศึกษา/ ปริญญาตรี	20	50.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	5.0
อาชีพ		
แม่บ้าน	6	15.0
เกษตรกร	18	45.0
ค้าขาย	6	15.0
ข้าราชการบำนาญ	10	25.0
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ		
ไม่เคย	26	65.0
เคย	14	35.0

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ		
ไม่เคย	34	85.0
เคย	6	15.0

จากตารางที่ 4-5 พบว่า ประชาชนที่ศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาอาชีวศึกษา/ปริญญาตรี ร้อยละ 50.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ร้อยละ 65.0 และไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ร้อยละ 85.0

ส่วนที่ 2 ความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของประชาชน

คะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของประชาชน แสดงไว้ในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของประชาชน

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		M	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้ ๗	0	20	10	16	14.2	2.1
ทัศนคติ ๗	0	10	7	10	7.8	1.1

จากตารางที่ 4-6 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของประชาชน เท่ากับ 10-16 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ของประชาชน เท่ากับ 14.2 คะแนน ($SD = 2.1$) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของทัศนคติ

เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของประชาชน 7-10 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย
ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เท่ากับ 7.8 ($SD = 1.0$)

ตอนที่ 5 ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของ บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยตอนที่ 5 นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ
สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์
สูงอายุ การได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่
4-7

ตารางที่ 4-7 จำนวนและร้อยละของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป
($n = 20$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	30.0
หญิง	14	70.0
อายุ		
30-40 ปี	6	30.0
41-50 ปี	13	65.0
51-60 ปี	1	5.0
สถานภาพสมรส		
โสด	5	25.0
คู่	14	60.0
หม้าย/หย่า/แยก	1	5.0
ศาสนา		
พุทธ	20	100
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	4	20.0

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีวศึกษา / ปริญญาตรี	15	75.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0
อาชีพ		
รับราชการ	9	45.0
หน่วยงาน/ องค์กร/ อบต.	11	55.0
การได้รับความรู้ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ		
ไม่เคย	14	70.0
เคย	6	30.0
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ		
ไม่เคย	12	60.0
เคย	8	40.0

จากตารางที่ 4-7 พบว่า บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชาชนที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 65.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาอาชีวศึกษา/ ปริญญาตรี ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพอยู่ในหน่วยงาน/ องค์กร/ อบต. เกษตรกร ร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ร้อยละ 60.0 และไม่ได้รับการอบรมเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 2 ความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสดงไว้ในตารางที่ 4-8

ตารางที่ 4-8 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		<i>M</i>	<i>SD</i>
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้ ^๑	0	20	16	20	18.4	1.1
ทัศนคติ ^๑	0	10	9	10	9.0	0.8

จากตารางที่ 4-8 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เท่ากับ 16-20 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เท่ากับ 18.4 คะแนน ($SD = 1.1$) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เท่ากับ 9-10 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เท่ากับ 9.0 ($SD = 0.8$)

ตอนที่ 6 รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

กระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ รวมถึงการประเมินผล และนำเสนอผลการดำเนินงานต่อพื้นที่และวัดใช้เวลาทั้งสิ้น 9 เดือน เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ ได้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ดังนี้

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ที่พัฒนาจากการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. กำหนดแผนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

กำหนดแผนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุแบบบูรณาการ โดยให้พระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ในวัด ประชาชน บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนา ควรให้ทุกคน

ในชุมชนและหรือสังคม มีข้อตกลงร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อสร้างเสริม
 พุทธกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ

2. การพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพุทธกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

การพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพุทธกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุมุ่งที่
 การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่พระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ในวัด บุคคลที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ในเรื่อง
 การเปลี่ยนแปลงตามวัยของพระสงฆ์สูงอายุด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และ
 อารมณ์ ตลอดจนแนวทางการดูแลสร้างเสริมพุทธกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยผ่านสื่อต่าง ๆ
 และวิธีการต่าง ๆ ประกอบด้วย 1) พุทธกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) พุทธกรรม
 สุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย 3) พุทธกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ 4) พุทธกรรมสุขภาพด้าน
 การมีปฏิสัมพันธ์ 5) พุทธกรรมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) พุทธกรรมสุขภาพด้าน
 การจัดการกับความเครียด

3. ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก

บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
 อย่างต่อเนื่องเช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เป็นต้น
 ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นบริการทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น ให้บริการ
 คัดกรองสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุที่วัด ให้การดูแลสร้างเสริมพุทธกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุที่วัด
 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่วัด โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน

4. มีคณะทำงานการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์แบบบูรณาการ

คณะทำงานการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์แบบบูรณาการ ควรมาจากหน่วยงาน
 ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ประกอบด้วย วัด/ คณะสงฆ์ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 และหน่วยงานของรัฐ ในที่นี้ คือ รพ.สต. และโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนให้
 แผนการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุดำเนินไปได้แบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ
 และต่อเนื่อง

5. พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด

พระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด ที่พัฒนานี้จะมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ
 สนับสนุนการมีพุทธกรรมสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ เช่น การดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสม
 การช่วยเหลือการรับประทานยา การหาข้อมูลด้านสุขภาพ การพาพระสงฆ์สูงอายุไปตรวจสุขภาพ

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
พระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ และประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วม
โครงการอบรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ

ตารางที่ 4-9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับ
การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ของพระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์
และประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการอบรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
พระสงฆ์สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
พระสงฆ์สูงอายุ				
ความรู้	11.4	1.83	13.8	1.2
ทัศนคติ	6.4	0.6	7.6	0.7
พระสงฆ์				
ความรู้	12.8	2.4	16.6	1.2
ทัศนคติ	7.2	0.7	8.8	1.6
ประชาชน				
ความรู้	14.2	2.1	17.8	1.8
ทัศนคติ	7.8	1.1	8.4	0.8

จากตารางที่ 4-9 พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการอบรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
พระสงฆ์สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ และประชาชนมีคะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับ
การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโครงการ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในวัดที่อยู่ในพื้นที่ที่กัศสรร ในเขตจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์สูงอายุที่มี 60 ปีขึ้นไป 20 รูป พระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดเดียวกับพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 20 รูป ประชาชนในพื้นที่ 40 คน บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่กัศสรร 20 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ได้ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ระยะที่ 2

1. ได้วัดที่มีรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ จำนวน 1 วัด
2. ได้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ที่ได้ครั้งนี้ เป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- 2.1 กำหนดแผนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
- 2.2 การพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ
- 2.3 ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก
- 2.4 มีคณะทำงานการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุแบบบูรณาการ
- 2.5 พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการใช้แบบวัดต่าง ๆ โดยการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของพระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ร่วมกัน โดยมีผู้มีความรู้

ความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและค่านโยบาย โดยบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคำนึงถึงภาวะสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุที่แตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ซึ่งต้องการการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะมีความเหมาะสมและเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย กำหนดแผนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก มีคณะทำงานการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์แบบบูรณาการ และพัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด ทั้งนี้อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า การที่พระสงฆ์สูงอายุจะมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านสติปัญญา และการรับรู้ 2) ปัจจัยเสริม และ 3) ปัจจัยจากการกระตุ้นของตัวชี้แนะการกระทำ (Pender, 1996) โดยปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ร่วมกันทำให้พระสงฆ์สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสติปัญญา และการรับรู้ ประกอบด้วย ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม ส่วนปัจจัยด้านตัวชี้แนะการกระทำ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเนื่องจากผลจากการกระตุ้นจากตัวชี้แนะของบุคคล ทั้งภายในและภายนอก (Pender, 1996)

ด้านการมีแผนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ นั้น อธิบายได้ว่า แผนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นแนวทางที่ชัดเจนที่จะช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุได้ปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม ครบถ้วน และไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนา ซึ่งควรให้ทุกคนในชุมชนและหรือสังคม มีข้อตกลงร่วมกัน รับหลักการเดียวกัน ในการที่จะปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ เช่น การจัดอาหารถวายพระสงฆ์สูงอายุ ควรหลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด มันจัด เป็นต้น จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์พระสงฆ์ผู้ใหญ่ ได้หลักการสำคัญที่นำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อเป็นหลักการตามพระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนา กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพระวินัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้ระบุอยู่ใน เสดียะ 75 สิกขาบทซึ่งประกอบด้วยเรื่องของ กิริยาและลักษณะการนุ่งห่มผ้า 26 สิกขาบท กิริยาในการบริโภค 30 สิกขาบท กิริยาในการแสดงธรรม 16 สิกขาบท และปกิณกะ 3 สิกขาบท ในการวิจัยครั้งนี้

นำมาใช้เฉพาะส่วนของพระธรรมวินัยที่เป็นระเบียบของพระภิกษุสงฆ์ที่มีความเกี่ยวเนื่องกับ พฤติกรรมสุขภาพที่พระพุทธองค์ทรงสอน นำมาซึ่งให้เห็นว่า บุคคลธรรมดาที่รู้และเข้าใจสามารถ นำพระธรรมวินัยมาเป็นกรอบในการกำหนดพฤติกรรม ก่อให้เกิดประโยชน์เพื่อเป็นการสร้างเสริม สุขภาพ และป้องกัน โรคของตนเองได้เป็นอย่างดี (จงจิตร เสน่หา, 2551) ตัวอย่างเช่น พฤติกรรม การบริโภคอาหาร พระวินัยบัญญัติ ได้แสดงถึงบทบาทการฉันอาหาร มารยาทหรือพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในการฉันภัตตาหารพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับการถวายจากพุทธศาสนิกชนได้ แต่เลือกฉันได้ ดังนั้นการฉันอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย จึงขึ้นอยู่กับพระสงฆ์แต่ละรูป มากกว่าว่าจะสามารถคำนึงถึงสุขภาพตนเอง (พระพิพัฒน์ อภิวิฑูณ, 2554)

ส่วนด้านการออกกำลังกายนั้นพระวินัยมีข้อห้ามมิให้พระภิกษุวิ่ง เพราะการวิ่งจะช่วย ในการเคลื่อนไหว แต่การวิ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ หกล้ม กระแทก หรือชน จากการวิ่งอาจ ก่อให้เกิดอันตรายต่อดังกล่าวเนื้อและข้อต่อต่างๆ จากแรงกระแทกได้ และไม่เหมาะสม (จงจิตร เสน่หา, 2551)

ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุนั้น อธิบายได้ว่า การพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ มุ่งที่การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่พระสงฆ์สูงอายุ พระสงฆ์ในวัด บุคคลที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยของพระสงฆ์สูงอายุด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ตลอดจนแนวทางการดูแลสุขภาพสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยผ่านสื่อต่าง ๆ และวิธีการต่าง ๆ ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้พระสงฆ์ สูงอายุมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ การพูดคุยซักถาม และการขอคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย เป็นการส่งเสริมให้พระสงฆ์สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมในการเคลื่อนไหวร่างกาย ปฏิบัติเกี่ยวกับ แบบแผนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และใช้วิธีการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม 3) ด้าน โภชนาการ เป็นการส่งเสริมให้พระสงฆ์สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ครบถ้วนและปริมาณเพียงพอ เกิดภูมิคุ้มกันโรค ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเกิดพลังงานที่จะนำไปสู่การทำงานที่มี ประสิทธิภาพ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นส่งเสริมให้พระสงฆ์สูงอายุมีการ แลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึง ความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์สูงอายุกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยลด

ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายจากความเครียด นอกจากนี้ ยังช่วยทำให้การแก้ไขปัญหาลดลง ประสบความสำเร็จและดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นการส่งเสริมให้พระสงฆ์สูงอายุได้พัฒนาจิตวิญญาณให้มีศักยภาพสูงสุดรวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมายในชีวิต ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับความสุข ความสงบสุข ความพึงพอใจ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุเป้าหมาย หรือความปรารถนาในชีวิต และ 6) การจัดการกับความเครียด เป็นการส่งเสริมให้พระสงฆ์สูงอายุทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เป็นการจัดการที่กระทำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจในการผ่อนคลาย

ส่วนการ ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก นั้นอธิบายได้ว่า บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องมาช่วยดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เป็นต้น รวมถึงปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุขโดยเน้นบริการทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น ให้บริการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุที่วัด ให้การดูแลสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุที่วัด ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่วัด โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน ซึ่งกระบวนการนี้เป็นการส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ (Pender, 1996) ซึ่งจะช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

ด้านการจัดให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์แบบบูรณาการ นั้น อธิบายได้ว่า คณะทำงานการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์แบบบูรณาการครั้งนี้ มาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ประกอบด้วย วัด/คณะสงฆ์ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ ในที่นี้ คือ รพ.สต. และโรงพยาบาลในพื้นที่ คณะทำงานนี้จะเป็นปัจจัยสนับสนุนช่วยเหลือให้แผนการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุการดำเนินไปได้แบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

ส่วนองค์ประกอบด้านการพัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด นั้น การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นพระสงฆ์ที่อยู่ประจำวัดเดียวกับพระสงฆ์สูงอายุ เพื่อให้ทำบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ เช่น การดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสม การช่วยเหลือการรับประทานยา การหาข้อมูล

ด้านสุขภาพ การพาพระสงฆ์สูงอายุไปตรวจสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด นั้นตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบ ที่จะเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งมีพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแบบพระสงฆ์นี้จะสามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านแรงกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าจะเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นทางเลือกของการดูแลอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของพระสงฆ์สูงอายุ จึงนับว่าเป็นประโยชน์ อย่างมากทั้งในด้านบริการสุขภาพ และจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการชี้้นำการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุของประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วัดควรมีการนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุในวัดที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนเพิ่มขึ้น และควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในวัดในพื้นที่อื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

องค์กรที่เกี่ยวข้องระดับประเทศและท้องถิ่นควรให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่ได้รับ

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ซึ่งได้ผลสำเร็จ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจ ประเมิน วิเคราะห์ และสรุปข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งผลสำเร็จที่ได้คือ ข้อสรุปจากผลการวิเคราะห์

อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ในระยะที่ 2 ถึงแม้ว่าจะเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจแต่เป็นข้อมูลใหม่ ซึ่งไม่เคยดำเนินการมาก่อน นับเป็นผลสำเร็จเบื้องต้นสำคัญ (P) ที่จะก้าวไปสู่ผลสำเร็จในระยะสุดท้ายของการวิจัย

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุนับเป็นผลสำเร็จขั้นสูงสุดของแผนงานวิจัยที่มีผลกระทบสูง (G) สามารถนำไปถ่ายทอดและขยายผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติการอาพาธของพระสงฆ์ที่มารับการตรวจรักษา โรงพยาบาลสงฆ์. นนทบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ.*
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *วัดส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดและการดำเนินงาน (พิมพ์ครั้งที่ 5).* กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2556). *รายงานพิเศษ วัดส่งเสริมสุขภาพไทย ก้าวไกลสู่อาเซียน.* นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จงจิต เสน่หา. (2551). พระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 26(1), 1-13.*
- จันทิมา ฤกษ์เดือนฤกษ์. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัด นครนายก. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 5(4), 333-343.*
- จาริณี ยศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์. (2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสามเณร วัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. *ขอนแก่น: ม.ป.พ.*
- เดชา บัวเทศ, จีรวรรณ ชงจั้งหรีด และธันวา หอมจันทร์. (2553). สุขภาพพระสงฆ์: รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. *ม.ป.ท.*
- ธรรมบุญ ครอบบุญเรือง. (2553). พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.* พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.
- พระชุมพล ต้นวัฒนเสรี และอุยง วีระนาวิน. (2557). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครปฐม. *Academic Services Journal Prince of Songkla University, 25(3), 48-58.*
- พระพิพัฒน์ อภิวิฑูโน (อายะนันท์). (2554). *การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่.* วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่.

- พระมหามินภัทร คำชะนาม. (2552). *พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พิชญ์วรา พันธุ์ทิพย์แพทย์. (2550). *ประสบการณ์การปฏิบัติตนด้านสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุ: กรณีศึกษา ณ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มนทิชา นงนุช, นิคม มูลเมืองและวรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 4(1), 15-28.
- วัฒนพล ดิ่งชัชกุล วารี กังใจ และพรชัย จุลเมตต์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 92-107.
- ศนิกานต์ ศรีมณี. (2556). *รายงานการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- สุชาดา วงศ์สืบชาติ. (2554). *พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามและวัดปากน้ำภาษีเจริญ*. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ รักขันโท, อเนก คงขุนทด และสุมาลัย กาญจนะ. (2551). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน*. สุราษฎร์ธานี: ม.ป.พ.
- สุวิมล พลวรรณ. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังจังหวัดสระบุรี ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉริยา พงษ์น่วมกุล, จงจิต เสน่หา, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์. (2554). *พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 31-45.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford: Appreton & Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Boston: Harrisonburg.

ภาคผนวก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามโครงการวิจัย

เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ”

ชุดที่ 1

แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของวัด

1. ประเภทของวัด

วัด

สำนักสงฆ์

2. จำนวนพระสงฆ์ทั้งหมดในวัด.....รูป (ข้อมูล ณ ปัจจุบัน)

3. จำนวนพระสงฆ์สูงอายุรูป (ข้อมูล ณ ปัจจุบัน)

4. ที่ตั้งของวัด

5. สภาพวัด

6. สิ่งแวดล้อมในวัด