ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

THE EFFECTS OF HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR ELDERLY CLUB MEMBERS, BANG KHLA DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE

ปรียาภรณ์ นิลนนท์

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พฤศจิกายน 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ ปรียาภรณ์ นิลนนท์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี)

คณะกรรมสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยบูรพา
ปีงบประมาณ 2560

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ ตลอดจนผู้สูงอายุทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2560 จึงขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่บัญญัติ นิลนนท์ และพี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ปรียาภรณ์ นิลนนท์

57920330: สาขาวิชา: การสร้างเสริมสุขภาพ; วท.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)
คำสำคัญ: ชมรมผู้สูงอายุ/ การรับรู้ความสามารถตนอง/ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ปรียาภรณ์ นิลนนท์: ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา (THE EFFECTS OF HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR ELDERLY CLUB MEMBERS, BANG KHLA DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยุวดี รอดจากภัย, ส.ด., นิรัตน์ อิมามี, Ph.D. 129 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ของชมรมผู้สูงอายุในอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่คัดเลือกจากชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลปากน้ำ 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน จากชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลบางคล้า เฉพาะกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านไม่ต่างกันทางสถิติกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติและพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่พึงประสงค์ สามารถนำไปประยุกต์สำหรับชมรมผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ

57920330 : MAJOR: HEALTH PROMOTION; M.Sc. (HEALTH PROMOTION)
KEYWORDE: ELDERLY CLUB/ SELF-EFFICACY/ FOOD CONSUMPTION/ EXERCISE BEHAVIOR

PREEYAPORN NINLANON: THE EFFECTS OF HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR ELDERLY CLUB MEMBERS, BANG KHLA DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: YUVADEE RODJARKPAI, Dr.P.H., NIRAT IMAMEE, Ph.D. 129 P. 2017.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of health promotion program for elderly club members of Paknam municipality, Bang Khla district Chachoengsao province that Bandura's theory of self-efficacy was applied. The study samples were 60 male and female elderly club members, aged between 60-69 years. Thirty of them were selected from one elderly club of Paknam municipality and assigned into the experimental group while the other 30 members were recruited from an elderly club of Bang Khla municipality as the comparison group that both clubs were in Bang Khla district, Chachoengsao province. Only the experimental group received the elderly health promotion program activities enhancing self-efficacy, outcome expectation, and behavioral practices regarding dietary and exercise were emphasized. Main activities included group discussion and practices. Data were collected before and after the experiment using a structured interview questionnaire. Data were analyzed by frequency, percent, mean, and standard deviation. The effectiveness of the study intervention was tested by paired samples t-test and independent t-test.

Results of the study revealed that after experimentation, the experimental group gained significantly higher mean scores of perceived self-efficacy, outcome expectation, and behavioral practices in relation to food consumption and exercise than that of the comparison group and before experimentation at $p<0.05$. While the average scores of the three aspects of the comparison group between before and after experimentation were not statistically different. It indicated that the program was effective in enhancing perceived self-efficacy, outcome expectation, and expected behavioral practices about dietary and exercise that should be applied for other elderly clubs or elderly groups.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... จ

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญภาพ ..... ฎ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

สมมติฐานของการวิจัย 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย 6

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย 6

ขอบเขตของการวิจัย 7

นิยามศัพท์เฉพาะ 7

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9

ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 9

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ 13

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 22

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง(Self Efficacy Theory) 28

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 33

3 วิธีดำเนินการวิจัย 38

รูปแบบการวิจัย 38

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 39

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 43

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 46

การเก็บรวบรวมข้อมูล 47

การวิเคราะห์ข้อมูล 53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	53
4	ผลการวิจัย	54
	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	55
	ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง	58
	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	61
	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	63
	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	64
	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	65
5	สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	67
	สรุปผลการวิจัย	68
	การอภิปรายผล	70
	ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม		73
ภาคผนวก		78
	ภาคผนวก ก	79
	ภาคผนวก ข	81
	ภาคผนวก ค	116
	ภาคผนวก ง	124

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก จ 126
ประวัติย่อของผู้วิจัย 129

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	55
2	ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	58
3	ระดับความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	59
4	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	60
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	61
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	62
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)	63
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง (n=30)	64
9	เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง	65
10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	65

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	ความสัมพันธ์อย่างมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	29
3	มโนทัศน์พื้นฐาน ที่เรียกว่า Triadic reciprocal determinism ของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory: SCT)	31
4	แบบแผนการทดลอง	39
5	กลุ่มตัวอย่าง	42
6	แผนการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	52

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเห็นได้ชัด โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 และร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2545 2550 2554 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2557 คาดประมาณว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศจะมีประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด และอีก 20 ปีข้างหน้าในปี พ.ศ. 2577 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุ หรืออาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging society) การเป็นสังคมสูงวัย คือ การที่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นจนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดน้อยลงเรื่อย ๆ จึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งเรื่องการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัดการจัดสรรสวัสดิการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นในระยะยาว

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 14 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มมากกว่าร้อยละ 20 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์, 2559)

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุจากรายงานสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้น

เรื้อรัง เบาหวาน โรคมะเร็งตับ สมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าตามลำดับ ซึ่งภาวะคุกคามด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน จากบทสรุปแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มผู้สูงอายุ พ.ศ. 2557 5 ประการ คือ 1) ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น มุ่งเน้นการรักษาโรค (Disease management) มากกว่าการรักษาแบบ Case management 2) มาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชนต้องการการพัฒนา 3) ระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนต่าง ๆ 4) บุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ 5) รูปแบบของบริการสาธารณสุขในอนาคตเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อชะลอการเสื่อมของร่างกายและจิตใจมีการเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ประเสริฐ อัสสันตชัย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้แบ่งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อัตภาพ คงระยะเวลาที่มีสุขภาวะโดยรวมให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค 2) การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ หมายถึงการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วแต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้นด้วยการคัดกรองสุขภาพเป็นระยะเพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ระยะแรก 3) การป้องกันโรคใน ระดับตติยภูมิ หมายถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

โรคที่พบส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุและส่งผลทำให้เป็นปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเสื่อมของร่างกายและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การป้องกันปัญหาในระดับปฐมภูมิถือว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกายตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุข นับเป็นวิธีการเชิงรุกอันหนึ่งเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาในระดับประเทศ พบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน มีปัญหาสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ มีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุในประเทศไทยร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ รับประทานอาหาร ผัก และผลไม้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นโดยผู้สูงอายุที่รับประทานผักทุกวันเพียงร้อยละ 76 เท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 25 และดื่มสุรา ร้อยละ 23 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม ควรให้มีการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

จังหวัดฉะเชิงเทรามีจำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 27,429 คน คิดเป็นร้อยละ 25.72 อายุ 60 ปีขึ้นไป 79,214 คน คิดเป็นร้อยละ 74.28 ซึ่งอำเภอบางคล้า มีจำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 2,665 คน คิดเป็นร้อยละ 24.20 และอายุ 60 ปีขึ้นไป 8,343 คน คิดเป็นร้อยละ 75.79 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ อำเภอบางคล้ามีจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 4 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางคล้า ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร และชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยตำบลบางกระเจ็ด หมู่ 4 โดยชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำมีสมาชิกผู้สูงอายุในชมรมจำนวน 252 คน และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางคล้ามีสมาชิกผู้สูงอายุจำนวน 260 คน (โรงพยาบาลบางคล้า, 2559) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่เพียงลำพังและต้องคอยดูแลตนเองในยามที่ปกติดีและเมื่อเจ็บป่วย

จากการสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลปากน้ำ โดยการสัมภาษณ์ เชิงลึกกับประธานชมรม รองประธานชมรม และกรรมการของชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 7 คน พบว่า ปัจจุบันการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตำบลปากน้ำ ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการพบปะพูดคุยและการทำนุบำรุงศิลปะวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน ไม่ค่อยมีการจัดโปรแกรมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดหลัง ส่วนการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านยังไม่มี มีเฉพาะในระดับตำบล โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนในการทำกิจกรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปัญหาสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารรสหวาน สำหรับด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย เนื่องจากต้องอยู่บ้านตามลำพัง บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน สำหรับความสัมพันธ์ในชุมชนนั้น จะมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นบางครั้ง และการสนับสนุนทางสังคมจะได้รับการสนับสนุนเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลปากน้ำ

การให้ความรู้เพื่อให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (วิลัยรัตน์ พลางวัน, 2555) ต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ปัจจัยสำคัญหนึ่งคือบุคคลจะต้องมีความเชื่อในความสามารถตนเอง (Self-efficacy beliefs) ว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมาย และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ของการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura

อ้างใน วิลัยรัตน์ พลางวัน, 2555) ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นตัวกำหนดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพและมีอำนาจการทำนายที่ดีถึงแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Holloway, 2002; Pender, 1996 อ้างใน วิลัยรัตน์ พลางวัน, 2555) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura อธิบายว่า ถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของตนเองสูง และเมื่อกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ และได้เสนอแนวทางการพัฒนาความสามารถในการกระทำพฤติกรรมไว้ดังนี้คือ การผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่ม (Bandura, 1997)

อรวรรณ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย (2558) และ สายใจ ชัยสงคราม (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) เป็นหลักในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง

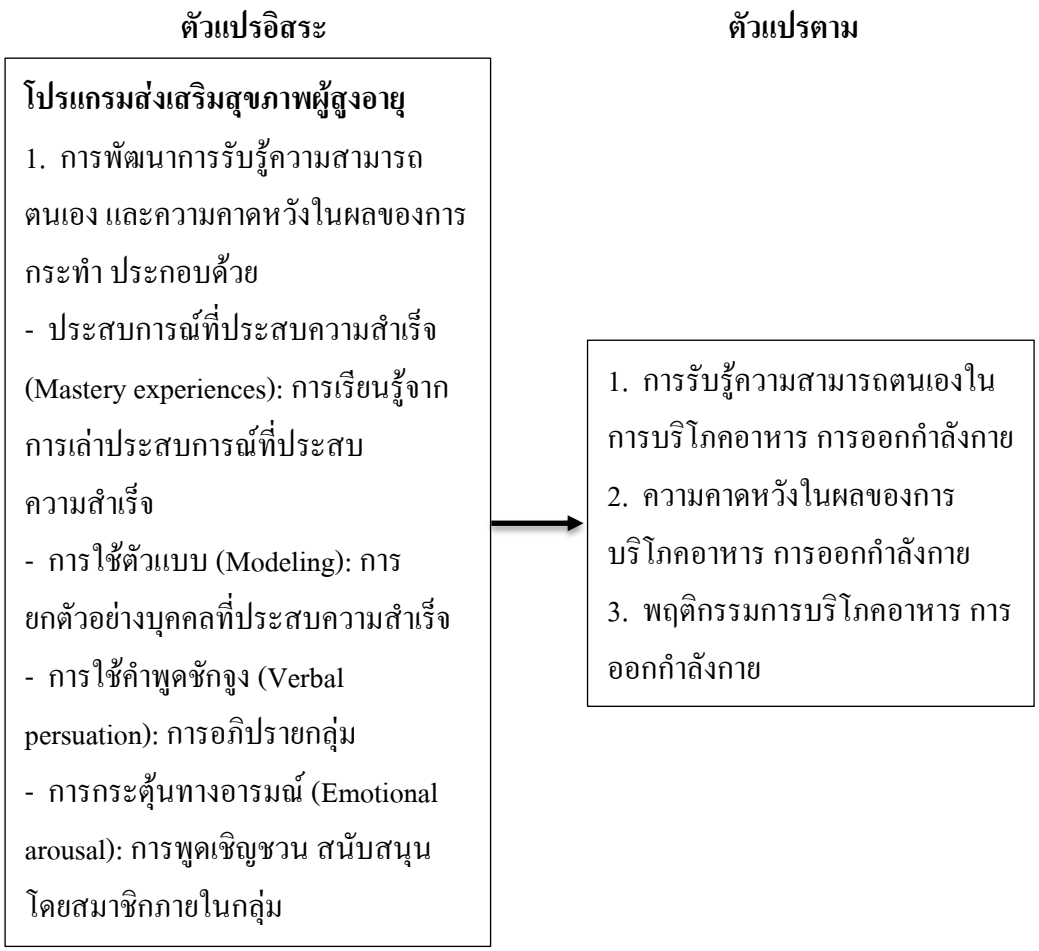
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ที่ถูกต้องเหมาะสม

2. เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนำไปใช้กับชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ทำการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) วิธีจับสลากเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ และกลุ่มเปรียบเทียบ คือชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางคล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิง สามารถอ่านออกเขียนได้ และเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ พฤษภาคม-มิถุนายน 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อย 20 คน โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายของชมรม บทบาทหน้าที่ของความเป็นสมาชิกและกรรมการชมรมร่วมกัน

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Self efficacy theory) ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ได้แก่ 1) กิจกรรมทำให้เกิดการรับรู้ และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ สังคม พร้อมชมวีดีทัศน์ 2) นำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่มีประสบการความสำเร็จด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืด 3) ประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรความเป็นกันเอง 4) ติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนเพื่อสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภค และการออกกำลังกาย

การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร หมายถึง การตัดสินความสามารถในตนเองของผู้สูงอายุ ที่จะสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการงดการรับประทานอาหารรสจัด ไขมันสูง ขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และควรรับประทาน ผัก และผลไม้ได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง กินอาหารครบ 5 หมู่ กินปลาทุกวัน และดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย หมายถึง การตัดสินความสามารถในตนเองของผู้สูงอายุ ที่จะสามารถมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ให้ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง หรือมากกว่า และแต่ละครั้งนานครั้งละประมาณ 30 นาที และมีความสามารถในการปรับตัวจน

สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจนเป็นนิสัย

ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร หมายถึง ความรู้สึกหรือการประมาณค่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น หากลดอาหารที่ควรงด และรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์จะส่งผลดีต่อสุขภาพได้

ความคาดหวังในผลของการออกกำลังกาย หมายถึง ความรู้สึกหรือการประมาณค่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติในการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนตามความสามารถของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ ลักษณะของการบริโภคอาหารประจำวัน อาหารที่ควรกินสม่ำเสมอ ทุกวัน อาหารที่ควรลด อาหารที่ควรงด หรืออย่างน้อยลด และประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายตามความสามารถของบุคคล โดยเน้นการออกกำลังกายสม่ำเสมอและความนานคือ มีการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที หรือมากกว่า และออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่า

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมาย

องค์การสหประชาชาติ ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2541) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่งในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย

1. ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง
2. ผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

Hanlon and Pickette (1984) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น อายุ 60-69 ปี ในวัยนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพส่วนใหญ่ที่ช่วยตัวเองได้และเปี่ยมไปด้วยประสบการณ์ชีวิต สามารถจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมโดยเฉพาะ

การช่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นแนวคิดหรือนโยบาย สามารถทำงานในทางสร้างสรรค์ทางวิชาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุวัยอื่น ๆ

กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี ผู้สูงอายุวัยนี้กว่าครึ่งของสภาพทางสุขภาพที่ช่วยตัวเองได้ กิจกรรมที่ควรส่งเสริมได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ด้วยการดูแลตนเองหรือมีผู้สูงอายุ หรือมีผู้สูงวัย เริ่มต้นและบุตรหลานดูแล

กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุวัยยอด อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุวัยนี้ส่วนใหญ่จะต้องได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุวัยอื่น และบุตรหลานทั้งกายและจิตใจ

Jett (2008) และ Jone and Rose (2005) นักวิชาการด้านผู้สูงอายุได้นิยาม “ความแก่ชรา” แบ่งออกเป็น 3 ประเภท กล่าวคือ 1) ความแก่ตามความหมายอายุตามปฏิทิน (Chronological age) นับตั้งแต่หลังจากวันที่ทารกเกิดขึ้นมา โดยพิจารณาจากสถานภาพและความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมตามบทบาทของบุคคล ซึ่งบุคคลจะถูกนับว่าแก่เมื่อไม่สามารถจะกระทำกิจกรรมที่เคยทำได้ 2) ความแก่ชราตามชีวภาพ (Biological age) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมของเนื้อเยื่อ ซึ่งอาจเสื่อมเร็วกว่าหรือช้ากว่าอายุทางปฏิทิน เช่น ผู้ที่มีอายุ 50 ปี หากมีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ถูกแสงแดดจัดเป็นประจำ หรือเป็นโรคเรื้อรัง เนื่อเยื่อจะเสื่อมเร็วหรือมีความแก่กว่าบุคคลผู้ที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกันที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว และ 3) ความแก่ชราตามการทำหน้าที่ทางกาย (Functional age) กล่าวคือ ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจะมีความแก่ชราช้ากว่าผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทางกาย

สมลักษณ์ ศุกระศร (2551) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย สรีรวิทยา รวมถึงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงนี้จะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีอิทธิพลกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

วิมลรัศมิ์ พันธุ์จิรภาค (2554) ให้ความหมายว่า บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภาวการณ์ทำงานของร่างกายเสื่อม โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม พันธุกรรม และรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้น ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความเสื่อมทางโครงสร้างร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลก้าวย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายของบุคคลจะมีความแก่ชราหรือเสื่อมเร็วหรือช้าที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงสภาพทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ พยาธิภาพ และสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกาย ดังนี้ (อัจฉรา ปุราคม, 2558, หน้า 47-48)

1. การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological aging) เป็นการแสดงถึงการก้าวย่างสู่วัยสูงอายุ เช่น ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรงทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological aging) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การหยุดการงานที่ทำอยู่เป็นประจำ ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. ความเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ทางกาย (Functional aging) การเปลี่ยนแปลงทางการทำหน้าที่ทางกาย ไม่ว่าจะเป็นการทำงานบ้าน งานประจำ การออกกำลังกาย เล่นกีฬา เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องประสบ เนื่องจากร่างกายมีข้อจำกัดทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำและการสื่อสารกับทางสังคมลดลง

4. การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ (Pathological aging) การเปลี่ยนแปลงเชิงปัจจัยนำที่จะส่งผลให้เกิดโรค รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์

5. การเปลี่ยนแปลงทางความสำเร็จของชีวิต (Successful aging) การแสดงออกถึงการมีสุขภาพดี มีความสุข และรวมถึงความพึงพอใจในช่วงบั้นปลายของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ทั้งนี้ ได้เสนอสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่ (วันเพ็ญ วงศ์จันทรา, 2539, หน้า 10)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของ เนื้อปอดลดลง

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมได้มีการประเมินว่า ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุ มิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

สรุปได้ว่า เมื่อบุคลลมีอายุมากขึ้นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ซึ่งการปลี่ยนแปลงดังกล่าวนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ประการ เช่น อายุ เพศ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ความสำคัญของอาหารกับวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดลงจากวัยหนุ่มสาว แต่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างความต้านทานโรค อาหารมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ผู้ที่มีภาวะทางโภชนาการดีมีสุขภาพแข็งแรง มีการดำเนินชีวิตที่ดี ไม่เครียดจนเกินไป การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ทำให้ไม่ค่อยแก่ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี เจ็บป่วยดื่มสุรา มีน้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป ร่างกายจะเสื่อมโทรมเร็วทำให้แก่เร็ว

ผู้สูงอายุมักมีการขาดอาหารได้ง่าย เนื่องจากเมื่อย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ อันอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจจะเป็นอุปสรรคในการไปหาซื้ออาหารข้างนอก หรือแม้แต่การจะประกอบอาหารด้วยตนเอง การที่ต้องอยู่บ้านคนเดียว ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ก็ปล่อยปละละเลยในเรื่องอาหารการกิน จนถึงปัญหาที่ต้องใช้จ่ายเงินอย่างระมัดระวัง เพราะรายได้ลดลงหรือไม่มีเลย เนื่องจากต้องออกจากงานประจำที่เคยทำอยู่ ผู้สูงอายุบางรายหันเข้าหาเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือปัญหาทางจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุดื่มสุรามาก ทำให้ร่างกายหันมาใช้พลังงานจากแอลกอฮอล์ ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร และขาดสารอาหารอย่างอื่นที่จำเป็น ที่สำคัญเช่น วิตามินบีหนึ่ง กรดโฟลิค เป็นต้น นอกจากนั้นโรคประจำตัวเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุก็ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร หรือทำให้ร่างกายต้องการสารอาหารมากกว่าปกติ ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีการขาดอาหารได้ง่ายกว่ากลุ่มประชากรอื่น ๆ

ลักษณะการขาดสารอาหารที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

มีน้ำหนักตัวน้อยเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของระบบทางเดินอาหาร และย่อยอาหาร และการขาดวิตามินแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามิน และแร่ธาตุสูงถ้าการบริโภคอาหารไม่เพียงพอหรือไม่ครบถ้วนตามที่ร่ายกายต้องการ การขาดวิตามินและแร่ธาตุบางชนิดนั้นยังเกี่ยวพันกับการบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอ หรือมีคุณภาพไม่ดีพออีกด้วย ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะขาดวิตามินแทบทุกชนิด ที่พบบ่อยคือการขาดวิตามินซี มักพบในรายที่รับประทานผักและผลไม้น้อย เป็นโรคโลหิตจางเนื่องมาจากการขาดธาตุเหล็ก และอีกโรคหนึ่งที่สำคัญที่มักพบโดยทั่วไปก็คือ โรคกระดูกพรุนอันเนื่องมาจากการขาดแคลเซียม และมีภาวะการขาดโปรตีน วิตามินดี และวิตามินซี ร่วมด้วย (ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ, 2560)

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเกิดความถดถอยของสมรรถภาพทางกายง่ายกว่าในวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาธิสภาพต่าง ๆ ของหลายระบบที่พบในผู้สูงอายุนั้น

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จะช่วยลดโรคที่เกิดจากความชรา ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้หัวใจ หลอดเลือด และปอดแข็งแรง รวมถึงช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น ทำให้เดินเหินคล่องแคล่ว ไม่หกล้ม ทำให้กระดูกแข็งแรง ชะลอโรคกระดูกพรุน การออกกำลังกายแต่ละชนิดมีประโยชน์ต่อสุขภาพแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายและมีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแลก่อนเริ่มออกกำลังกาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

ทบทวนจากคู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพโนนม่วง ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยพัฒนาการ เสริมสร้างดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2552) ดังนี้

โดยปกติร่างกายของมนุษย์จะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป การเสื่อมลงของระบบในร่างกายนี้ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลายชนิด นอกจากภาวะทางด้านร่างกายแล้ว ทางด้านจิตใจก็มีผลต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักเกิดกับผู้ที่มีโรคเรื้อรังทางกาย ทำให้ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรืออาจเกิดจากการที่ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง การเตรียมพร้อมในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้อง ลดปัญหาทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นเมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุได้

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคสมองเสื่อม อุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ อาการปวดเมื่อยในผู้สูงอายุ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาการปวดข้อเข่า การนอนไม่หลับ การใช้ยาในผู้สูงอายุ เป็นต้น

1. โรคเบาหวาน

เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอยู่เป็นเวลานาน ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ ดล. (ขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมง หรือมากกว่า) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

อาการของโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลสูงกว่าค่าปกติมากอาจมีอาการจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ (ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์, 2557)

1. ปัสสาวะบ่อยและมาก ปัสสาวะช่วงกลางคืน เกิดจากการที่น้ำตาลรั่วมากับปัสสาวะและดึงน้ำออกมาด้วย

2. คอแห้ง ดื่มน้ำมาก กระหายน้ำ เกิดจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากทางปัสสาวะ

3. หิวบ่อยทานจุ แต่น้ำหนักลดและอ่อนเพลีย เกิดจากการที่ร่างกายใช้กลูโคสเป็นอาหารไม่ได้ต้องใช้โปรตีนและไขมันเป็นพลังงานแทน

4. แผลหายยาก มีการติดเชื้อทางผิวหนัง เกิดแผลได้บ่อย น้ำตาลที่สูงทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง

5. คันตามผิวหนัง ติดเชื้อราง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยหญิง

6. ตาพร่ามัว อาจเกิดจากน้ำตาลคั่งในเลนซ์ตา โรคจอประสาทตาจากเบาหวาน หรือต้อกระจก

ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานสามารถแบ่งได้เป็น 4 ชนิดดังนี้

เบาหวานชนิดที่ 1 มักพบในคนอายุน้อยต่ำกว่า 30 ปีมากที่สุด เกิดในช่วงวัยรุ่น เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอม อาจเกิดภาวะหมดสติจากน้ำตาลเลือดสูง การรักษาต้องใช้ยาฉีดอินซูลิน ในประเทศไทยพบน้อยกว่าร้อยละ 5

เบาหวานชนิดที่ 2 มักพบในผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการหลั่งอินซูลินลดลง มักมีรูปร่างอ้วนและมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว สามารถรักษาด้วยการควบคุมอาหารหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาล ในรายที่เป็นนาน ๆ การสร้างอินซูลินลดลงมาก ๆ อาจต้องฉีดอินซูลิน ในประเทศไทยพบมากกว่าร้อยละ 95โรคเบาหวานที่มีสาเหตุเฉพาะ เช่น โรคเบาหวานที่สาเหตุทางกรรมพันธุ์ โรคของตับอ่อน ฮอร์โมนผิดปกติ จากยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ โรคเบาหวานที่เกิดขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกขณะผู้ป่วยตั้งครรภ์ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์ที่มีผลทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน การรักษามักต้องใช้อินซูลิน หลังคลอดเบาหวานมักหายไป และผู้ป่วยจะมีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อมีอายุมากขึ้น

โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานหลายปี มักพบโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ปัญหาด้านสายตา ไตวาย โรคหัวใจ อัมพาต ขาชา แผลเน่าโดยเฉพาะบริเวณเท้า ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาล ในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติมากเท่าไร ช่วยชะลอและลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนเรื้อรังลงได้มากเท่านั้น และโรคแทรกซ้อนเรื้อรังดังกล่าวอาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจพบความเปลี่ยนแปลงที่เริ่มเกิดขึ้น และได้รับการรักษาแต่เริ่มแรก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน

1. ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ให้เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. ควบคุมความดันเลือดไม่ให้เกิน 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท
3. ควบคุมน้ำหนักตัวอย่าให้อ้วน
4. ควบคุมระดับไขมันในเลือด
   4.1 คอเลสเตอรอล ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
   4.2 ไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
   4.3 เอชดีแอล สูงกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
5. งดสูบบุหรี่
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
7. ดูแลรักษาเท้า โดยป้องกันไม่ให้เกิดแผลและหมั่นตรวจเท้าสม่ำเสมอ
8. ตรวจตา และตรวจหาปริมาณไข่ขาวในปัสสาวะ ปีละ 1 ครั้ง แม้ยังไม่มีอาการ

2. โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากสภาวะผิดปกติที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าระดับปกติของคนทั่วไป คือ ค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 120/ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปถือว่าเป็นสภาวะที่ต้อง ทำการควบคุม แต่ถ้าวัดความดันโลหิต ได้ค่าตั้งแต่ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ถือว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความเสียหายและการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและอุดตันหรือหลอดเลือดแตก
(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

สาเหตุของความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนมากจะเป็นกลุ่มนี้ ซึ่งบุคคลที่มีโอกาสสูงที่จะเป็นความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนอ้วน สูบบุหรี่ กรรมพันธุ์ บุคคลที่มีอารมณ์รุนแรง เครียดง่าย

กลุ่มสอง คือ กลุ่มที่หาสาเหตุได้ เช่น โรคไต ได้รับสารสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ๆ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต ต่อมใต้สมอง การได้รับยาหรืออาหารที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

ระดับความรุนแรง

ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140-159/ 90-99 มม.ปรอท

ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160-179/ 100-109 มม.ปรอท

ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180/ 110 มม.ปรอท ขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2559)

โรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

สายตาเสื่อมลงอย่างรวดเร็วหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก อาจเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ถ้ารักษาไม่ทัน หลอดเลือดหัวใจตีบตัน เป็นเหตุให้กล้ามเนื้อขาดเลือดจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ หัวใจล้มเหลว จากการที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากขึ้น ไตพิการ หรือไตอักเสบ เกิดอาการบวม เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เลิกสูบบุหรี่ ไม่ให้อ้วน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง เช่น เดิน 30 นาที ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ลดการกินอาหารรสเค็ม เพราะเกลือ (โซเดียม) จะทำให้น้ำคั่งในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยทั่วไปไม่ควรรับประทานโซเดียมเกิน 2.4 กรัมต่อวัน และโซเดียม มีอยู่ในเนื้อสัตว์ ควรรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ (ไม่หวานจัด) เป็นประจำ ดื่มนมหรือรับประทานผลิตภัณฑ์พร่องมันเนยเป็นประจำ พบว่าแคลเซียมจากนมจะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หรืออาหารที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ไขมันจากสัตว์ เนื้อติดมัน ควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันรำข้าว

3. โรคไขมันในเลือดผิดปกติ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) คือ ระดับไขมันในเลือดที่มีโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับไตรกรีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ HDL-cholesterol (HDL-C) หรือไขมันดีน้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ LDL-cholesterol (LDL-C) หรือไขมันเลวมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่งผลกระทบให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลาย หลอดเลือดสมองตีบ แตก ตัน และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

สาเหตุของภาวะไขมันผิดปกติในเลือด

ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติอาจเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

1. ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติปฐมภูมิ (Primary dyslipidemia)
2. ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติทุติยภูมิ (Secondary dyslipidemia)

3. ภาวะความปกติของระดับไขมันในเลือดจากอาหาร (Dietary dyslipidemia)

ระดับไขมันในเลือดผิดปกติปฐมภูมิ (Primary dyslipidemia)

ภาวะนี้เป็นความผิดปกติจากสาเหตุทางพันธุกรรม

ระดับไขมันในเลือดผิดปกติทุติยภูมิ (Secondary dyslipidemia)

ภาวะนี้เกิดจากโรคทางกายหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและสลายไลโปโปรตีน ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้คลอเรสเตอรอลในเลือดสูง ได้แก่ hypothyroidism, cholestasis, nephritic syndrome, ยาโพรเจสโตเจนบางชนิด และยา ไทอะไซด์ เป็นต้น สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ ไตรกรีเซอไรด์ ในเลือดสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ไตวาย การดื่มสุราอการตั้งครรภ์ ยา beta blocker, thiazide, glucocorticoid, isotretinoin และเอสโตรเจน เป็นต้น สาเหตุที่ทำให้ HDL–C ในเลือดต่ำ ได้แก่ โรคอ้วน การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน การไม่ออกกำลังกาย และยา anabolic steroid, testosterone, progestogen บางชนิด และ beta blocker เป็นต้น

ความปกติของระดับไขมันในเลือดจากอาหาร (Dietary dyslipidemia)

การบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาวะ LDL-C ในเลือดสูง คือ อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก ได้แก่ กะทิ หมูสามชั้น เนยเหลว เนยเทียมแข็ง เนื้สัตว์ที่มีมันมาก หนังสัตว์ ไส้กรอก เป็นต้น หรือรับประทานอาหารที่มีคลอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดงเครื่องในสัตว์ อาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโทสและซูโครสมาก การดื่มสุรา เป็นต้น (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2554)

อาการและอาการแสดงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะไม่มีอาการแสดง แต่บางกรณีโดยเฉพาะพวกไขมันในเลือดผิดปกติจากพันธุกรรม อาจมีอาการดังนี้ (โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2558)

1. ผนังหลอดเลือดแข็ง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้เลี้ยงทั่วร่างกายเพียงพอ เมื่อเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือดหรือเป็นอัมพาตได้
2. มีปื้นเหลืองที่ผิวหนัง เช่น หนังตา ข้อศอก หัวเข่าและฝ่ามือ
3. เอ็นร้อยหวายหนาตัวกว่าปกติ
4. มีเส้นวงสีขาวเกิดขึ้นระหว่างขอบตาดำกับตาขาว

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

หลักสำคัญของการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พิจารณาจากการตรวจวัดปริมาณไขมันในเลือดร่วมกับการตรวจร่างกายเพื่อดูอาการแสดงต่าง ๆ และการซักประวัติ

1. การตรวจวัดระดับไขมันในเลือด เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินระดับไขมันในเลือดผิดปกติโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 200 มก./ ดล.

1.2 ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่า 150 มก./ ดล.

1.3 ระดับแอลดีแอลในเลือดสูงกว่า 160 มก./ ดล.

1.4 ระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำกว่า 50 มก./ ดล.

2. การตรวจร่างกาย การบันทึกน้ำหนักตัวและความสูงเพื่อคำนวณหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

3. การซักประวัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะไขมันและโคเลสเตอรอลเกี่ยวกับปริมาณที่บริโภค ความถี่ที่บริโภคอาหารเนื้อสัตว์ ไข่ นมสด เนย ครีม ไอศกรีม ขนมหวาน หรืออาหารประเภทจานด่วน

การปฏิบัติตัวของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การวางแผนให้โภชนบำบัด เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำเป็น อันดับแรกเพราะเป็นวิธีที่ได้ผลดีและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ซึ่งประกอบด้วย

1. ชั่งน้ำหนักและบันทึกลงสมุดบันทึกทุกวันด้วยเครื่องชั่งเดียวกันตลอด

2. จดบันทึกอาหารที่บริโภค ยกเว้นน้ำเปล่า

3. ปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ แต่ให้หลีกเลี่ยงการไปงานเลี้ยงซึ่งทำให้ บริโภคมากกว่าปกติ

4. บริโภคอาหารมื้อหลักเท่านั้นและตัดอาหารว่างหรือน้ำหวานทุกชนิด

4. โรคสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พบมากคือ โรคอัลไซเมอร์ (50-75%) สมองเสื่อม คือ เป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้านพร้อมกันแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เกิดขึ้นอย่างถาวร ส่งผลให้มีการเสื่อมของระบบ ความจำ เข้าใจ พิจารณา วิเคราะห์ การควบคุมตนเองเสื่อมถอยลง อันเนื่องมาจากสมองถูกทำลาย จนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและความสามารถอยู่ร่วมในสังคม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์

1. การได้รับอะลูมิเนียมในปริมาณมาก ผู้ป่วยจะมีปริมาณอะลูมิเนียมในสมองใหญ่ (ซีรีบรัม) มากกว่าคนแข็งแรงทั่วไปหลายเท่าถึงสิบเท่า จึงเห็นได้ว่า ในสมองใหญ่ที่มีการสะสมอะลูมิเนียมปริมาณมากจะทำลายเซลล์ประสาทได้ง่ายและส่งผลให้เกิดโรคอัลไซเมอร์

2. หลอดเลือดแดงสมองแข็ง เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็งก่อให้เกิดหลอดเลือดแดงขนาดเล็กอุดตันทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองไม่พอ ส่งผลให้สมองฝ่อตัว ความสามารถทุกด้านถดถอยลงเกิดเป็นโรคอัลไซเมอร์

3. ระบบการเผาผลาญเสียสมดุล เช่น โรคเบาหวาน การเผาผลาญไขมันไม่ดีทำให้เกิดไขมันในเลือดสูง เป็นสาเหตุโรคหลอดเลือด สมองใหญ่มีเลือดไม่พอ ทำให้สมองฝ่อ กลายเป็นโรคอัลไซเมอร์

4. สมองใหญ่ได้รับความเสียหาย งานวิจัยของประเทศอังกฤษพบว่า หากบริเวณศีรษะได้รับความเสียหายอาจทำให้สมองสร้างก้อนโปรตีนที่ผิดปกติได้ ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพบการสะสมของสารที่มีลักษณะคล้ายกันนี้ ชักนำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์

5. การรับประทานอาหารอิ่มเกิน นักวิชาการชาวญี่ปุ่นเห็นว่าหลังรับประทานอาหารอิ่มเกิน สารในสมองใหญ่ที่เรียกว่า “Fibroblast growth factor” (เซลล์อ่อนที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่) จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดฝอยและไขมันเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว ก่อให้เกิดสติปัญญาและสมองใหญ่เสื่อมถอยก่อนวัย

6. การติดเชื้อไวรัส นักวิทยาศาสตร์ชาวอเมริกันวิจัยพบว่า เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ คือ เชื้อไวรัสเรื้อรังที่มีขนาดเล็กกว่าเชื้อไวรัสทั่วไป 100 เท่า

7. การสูบบุหรี่ นักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ทำการวิจัยที่ได้รับการรับรองว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานทำให้โครงสร้างสมองมีการฝ่อลงในระดับที่ต่างกัน ง่ายต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 157 และเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นร้อยละ 172

อาการ

1. สูญเสียความจำ ส่วนมากระยะแรกมักเป็นเรื่องที่พึ่งเกิดขึ้นใหม่ ๆ เช่นจำไม่ได้ว่าเมื่อสักครู่ญาติเล่าเรื่องอะไรให้ฟัง เมื่อกี้ตัวเองพูดอะไรไป เมื่อสักพักอาบน้ำหรือกินข้าวไปแล้ว ฯลฯ ทำให้ถามซ้ำ ๆ พูดเรื่องซ้ำ ๆ ทำอะไรซ้ำ ๆ

2. ภาษาแย่ลง คือ พูดแย่ลงนึกคำพูดไม่ค่อยออก พูดไม่ค่อยถูก ฟังคนอื่นพูดไม่ค่อยเข้าใจ เขียนหนังสือไม่ถูก อ่านหนังสือไม่ออก

3. สติปัญญาเสื่อมลง คือ แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้แย่ลง ใช้เครื่องไม้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในบ้านไม่ถูก คิดคำนวณผิด ๆ ถูก ๆ

4. เมื่อเป็นมากขึ้น จะมีอาการหลงทิศทางกลับบ้านไม่ถูก เข้าห้องต่าง ๆ ในบ้านผิด ๆ ถูก ๆ ใส่เสื้อใส่กางเกงหรือติดกระดุมเองไม่เป็น

5. ในระยะท้าย ๆ จะจำญาติพี่น้องและเรื่องราวต่าง ๆ ทั้งใหม่และเก่าไม่ได้ ดูแลตัวเองไม่ได้ กินข้าวเองไม่ได้ อุจจาระปัสสาวะเลอะเทอะไม่เป็นที่เป็นทาง จนในที่สุดได้แต่นอนอยู่บนเตียงยืนเดินไม่ได้พูดไม่ได้ ไม่รับรู้โลกภายนอก (จิระพัฒน์ อุกะโชค, 2559)

การชะลอโรคสมองเสื่อม

การรักษาโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยบางโรค เช่นอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองตีบตัน แม้จะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถรักษาให้อาการดีขึ้นได้บ้าง และชะลอโรคให้เป็นช้าลงได้บ้าง เช่น

1. หลีกเลี่ยงความเครียด แบ่งเวลาให้มีเวลาพักผ่อน ออกกำลังกาย และนอนหลับให้เพียงพอ

2. ปรับรูปแบบการดำรงชีวิตให้เป็นระเบียบและใช้สิ่งช่วยจำต่าง ๆ เช่น สมุดจด หรือบันทึกไว้ในมือถือ จะช่วยลดความหลงลืม

3. ควรหากิจกรรมต่าง ๆ ทำ ไม่ควรปล่อยเวลาให้ว่างทั้งวัน ฝึกลับสมองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น เล่นเกมส์ ทายปัญหา ฯลฯ เพื่อกระตุ้นเซลล์สมองช่วยชะลอความเสื่อมของการทำงานของสมอง

4. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน

5. ใช้วิตามินหรือยาบางอย่างช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและช่วยชะลอการเสื่อมของเซลล์สมอง ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

5. อุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปีและจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่อก้าวเข้าสู่ปีที่ 70 เป็นต้นไป สามารถสรุปได้ว่าความเสี่ยงของการหกล้มจะยิ่งมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือมีโรคประจำตัว เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีปัญหาเรื่องการทรงตัว

การล้มในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น กระดูกหรือกล้ามเนื้อ ไม่แข็งแรง มีปัญหาการทรงตัว ปัญหาสายตา การกินยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้ง่วงซึม รวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559)

สาเหตุของการอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยภายในร่างกาย

1. การมองเห็นไม่ชัด สายตาผิดปกติ

2. มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย สวมใส่รองเท้าและเสื้อผ้าที่ไม่พอดี

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

1. พื้นและบันไดลื่น เปียก พื้นต่างระดับ ไม่เรียบ แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวจับบริเวณบ้าน บันได และห้องน้ำ

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การป้องกันการหกล้ม จึงเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งสามารถกระทำได้ ดังต่อไปนี้

1. ประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม และดำเนินการแก้ไข เช่น แสงสว่างภายในบ้าน และบริเวณทางเดิน พื้นที่ลื่นและชื้นแฉะ อุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้านที่ชำรุด เป็นต้น

2. การให้ความรู้ โดยเน้นถึงปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการหกล้ม

3. การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย เน้นการบริหารกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรงและเพิ่มความสามารถในการทรงตัว เช่น การออกกำลังกายแบบไทเก็ก เป็นต้น

4. ประเมินการใช้ยา หากได้รับยาหลายชนิดที่อาจส่งผลให้เกิดการหกล้ม แนะนำให้ปรึกษาแพทย์

5. แนะนำการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ถูกวิธี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การประกาศกฎบัตรออตตาวาที่ประเทศแคนนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ “Health Promotion” หมายถึง “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม” บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น

การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเดียวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคม มีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้ง ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุนั่นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยมีความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่น ๆ ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพกตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงวัยมีประเพณีรดน้ำดำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชน จะต้องมีการรวมตัวกัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น การฟังเทศน์ ฟังธรรม เป็นต้น

4. พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่าง ๆ

5. ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน

การส่งเสริมสุขภาพเป็นทั้งความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัยไม่ตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่จะมุ่งยกระดับมาตรฐานการดำรงชีวิตของบุคคลและสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกกันว่า “การมีคุณภาพชีวิต” ที่แท้จริง (สายใจ ชัยสงคราม, 2547) นอกจากนี้ยังมีอีกหลายท่านที่ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

เพนเดอร์ (Pender, 1987, p. 4) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับของความผาสุข และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

พาแลงค์ (Palank, 1991, p.816) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลในทุกกลุ่มอายุเพื่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุข การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล

วอกเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987, pp. 70-81) ได้เสนอรูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัย ทางสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง
2. การรับประทานอาหาร
3. การออกกำลังกาย
4. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง
5. การจัดการกับความเครียด
6. การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน

ในมิติการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สไปร์ดูโซ (Spirduso) จำแนกแบ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ (อัจฉรา ปุราคม, 2558, หน้า 23-24)

1. สมรรถภาพทางกายระดับดีเยี่ยม (Physically elite) หมายถึง ความสามารถในการแข่งขันกีฬา การออกกำลังกายในระดับหนัก หรือเสี่ยงอันตราย เช่น ยกน้ำหนัก ปีนเขา ไต่หน้าผา เป็นต้น

2. สมรรถภาพทางกายระดับดี (Physically fit) หมายถึง ความสามารถในการทำงานระดับปานกลาง หรือการออกกำลังกายแบบออกแรงต้านทุกประเภท และการเล่นกีฬาและงานอดิเรก เช่น การตกปลา การทำสวน การปลูกต้นไม้ เป็นต้น

3. สมรรถภาพทางกายระดับช่วยเหลือตนเองได้ (Physically independent) หมายถึง ความสามารถในการทำงานระดับเบา การทำงานอดิเรก การทำกิจกรรมออกกำลังกายที่ออกแรงระดับเบา เช่น การเล่นกอล์ฟ การท่องเที่ยว การออกงานสังคม และการดำเนินชีวิตด้วยตนเองในสังคมได้ดี (Instrumental activity of daily living; IADL)

4. สมรรถภาพทางกายระดับอ่อนแรง (Physically frail) หมายถึง ความสามารถในการทำงานระดับ เบา การทำอาหาร การไปจ่ายตลาด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง (Basic activity of daily living; BADL)

5. สมรรถภาพทางกายระดับต้องพึ่งพึง (Physically dependent) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ลำบากต้องมีบุคคลหรือองค์กรเข้ามาดูแลช่วยเหลือ

6. สมรรถภาพทางกายระดับทุพพลภาพ (Disability) หมายถึง ความสามารถในระดับทุพพลภาพหรือมีความพิการ ต้องมีบุคคลหรือองค์กรเข้ามาดูแลช่วยเหลือ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต และสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้สุขภาพจึงมิใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไป หากแต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคม และแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพ จึงไม่เป็นเพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมุ่งไปที่รูปแบบการ ดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะในที่สุด (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, 2556)

ด้านนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว และมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทำการจำแนกผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยยึดหลักจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสังเกตเห็นได้หรือสังเกตเห็นไม่ได้ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี แตกต่างกันออกไปตามสภาพวัฒนธรรมสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือพฤติกรรมภายในหมายถึง พฤติกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสมและสั่งการมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ ความคิด เจตคติ ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่ก็ยังสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ หรือสัมผัสได้ พฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกิริยา หรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น การขับรถ นั่งนอน เดิน

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ หรือแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถจำแนกออกได้ในลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำของผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัวชุนชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ

3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำของผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวที่เจ็บป่วยขึ้นมา ในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ หรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด

4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของผู้สูงอายุตามคำแนะนำของแพทย์หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย

5. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุนชน และปัญหาของส่วนรวม

6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัว ในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรค และ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามระดับหรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้ พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ เป็นเป้าหมายของการทำงานสาธารณสุขในปัจจุบัน

เฮกไฮเมอร์ (Heckheimer, 1987 อ้างถึงใน สายใจ ชัยสงคราม, 2545) ได้เสนอแนะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่ หรือลดการสูบบุหรี่ให้เหลือน้อยที่สุด
2. จำกัดการดื่มสุรา โดยดื่มเพียงเท่าที่จำเป็น และไม่ดื่มขณะขับรถ
3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัด หรือเย็นจัดและป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน
4. มีลักษณะนิสัยทางด้านโภชนาการที่ดี เช่น รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง และงดอาหารที่หวาน อาหารที่ประกอบด้วยไขมันอิ่มตัวและอาหารเค็ม
5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น ออกกำลังกายแบบแอโรบิค ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
6. พักผ่อนอย่างเพียงพอและมีกิจกรรมนันทนาการ
7. หลีกเลี่ยงจากภาวะเครียด
8. มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ
9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย

อาร์เดล (Ardell cited in Walker, Sechrist and Pender, 1987 อ้างถึงใน สายใจ ชัยสงคราม, 2545) ได้พิจารณาพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน โดยได้พัฒนามาจากเทรวิส (Travis) คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Self responsibility)
2. ความตระหนักในเรื่องอาหาร (Nutrition awareness)
3. ความสมบูรณ์ของร่างกาย (Physical fitness)
4. การจัดการกับความเครียด (Stress management)
5. ความไวต่อสิ่งแวดล้อม (Environmental sensitivity)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2558) ชู 3 อ.ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มโดยใช้หลัก 3 อ. คือ 1) อ.อาหาร กินอาหารหลายประเภทได้สัดส่วนเพียงพอ อิ่มในมื้ออาหาร 2) อ.ออกกำลังกาย ออกกำลังกายทุกสัดส่วน กระตุ้นจังหวะเต้นของหัวใจ และ 3) อ.อารมณ์ อารมณ์ดี ร่าเริงด้วยรอยยิ้ม กลุ่มที่สามารถพึ่งตนเองได้ อ.อาหาร การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และมีความหลากหลาย ลดหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว อ.อารมณ์ ส่งให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุได้พบปะกับผู้อื่น เพื่อลดความเครียด ให้เป็นจิตอาสา โดยทำงานร่วมกับ อสม.เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดเตียง และอ.ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ เช่น การเดิน วิ่งช้า ๆ โยคะ กายบริหาร

เป็นต้น กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้างจะต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจหลอดเลือดควรเป็นอาหารประเภทที่เคี้ยวและย่อยง่าย

ด้านอารมณ์ เน้นการสวดมนต์ สนทนาธรรม และปฏิบัติธรรม หรืองานอดิเรกที่มีคุณค่าทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ด้านออกกำลังกาย ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีโรคเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะต้องรับประทานอาหารตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อความเหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น อาหารเหลว อาหารปั่น ด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ในการให้กำลังใจ การพูดคุยให้คลายเครียด ความเหงา และด้านออกกำลังกาย ฝึกให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ฝึกหายใจ และการทรงตัวด้วยตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเอง

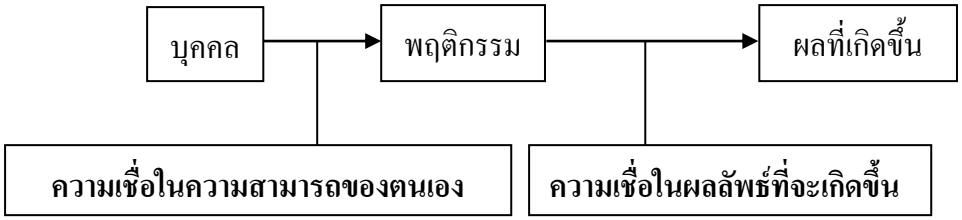
สำหรับการวิจัยนี้ เป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทางด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและชะลอความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory)

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบที่ทฤษฎีนี้นำมาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นรากฐานสำคัญของแรงจูงใจ ความผาสุก และความสำเร็จของบุคคล ทั้งนี้หากบุคคลนั้นไม่เชื่อว่าการกระทำของเขาจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่เขามุ่งหวังหรือไม่ เขาย่อมขาดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อสู้กับอุปสรรค เมื่อเผชิญกับปัญหา มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่สนับสนุนว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อการสร้างแรงจูงใจ ต่อความอดทนในความยากลำบาก ต่อการเกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า หรือต่อการตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตอย่างไร ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นคนเก่งกล้าสามารถ หรือทำตัวเป็นคนอ่อนแอ เป็นคนที่มองโลกในแง่ดี หรือมองโลกในแง่ร้าย (ประกาย จิโรจน์กุล, 2554, หน้า 74-78)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์อย่างมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (อัจฉรา ปุราคม, 2558)

แบนดูรา เสนอว่า บุคคลเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง โดยการแปลข้อมูลจาก 4 แหล่ง (Pajares, 2002) คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การแปลข้อมูลจากพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จมาแล้วเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลที่สุดที่สร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองให้แก่บุคคล เมื่อบุคคลมีประสบการณ์หรือลงมือทำกิจกรรมใด เขาจะประเมินผลลัพธ์ที่ได้ และนำข้อมูลนั้นมาพัฒนาเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่อไป และพฤติกรรมขั้นต่อไปของเขาก็จะสอดคล้องหรือขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขาเชื่อ ดังนั้นประสบการณ์ที่ได้รับการประเมินว่าประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มสูงขึ้น หลักการนี้สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน หรือการปรับพฤติกรรมของตน การฝึกฝนทักษะให้บุคคลอย่างเพียงพอ พร้อม ๆ กับทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำเช่นนั้น จะทำให้บุคคลใช้ทักษะอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ และจะพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การสังเกตและเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) เป็นแหล่งที่สำคัญรองลงมาในกรณีที่บุคคลไม่เคยมีประสบการณ์ในการมีพฤติกรรม หรือกระทำสิ่งนั้นมาก่อน การได้สังเกตและเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious experience) แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับเขา ที่เป็นบุคคลที่เขารักและศรัทธา การทำหน้าที่ของตัวแบบในการทำให้บุคคลเกิดเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี 3 ลักษณะ คือ 1) สร้างพฤติกรรมใหม่ในกรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบยังไม่เคยได้เรียนรู้พฤติกรรมนั้นเลย 2) เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น ผู้สังเกตเคยเรียนรู้พฤติกรรมนั้นมาบ้าง ตัวแบบใหม่จะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ที่เคยเรียนรู้พฤติกรรม

พยายามพัฒนาความคิด ความรู้ ทักษะให้ดียิ่งขึ้น 3) ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดของพฤติกรรม หาก ผู้สังเกตเห็นผลลัพธ์ทางลบของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นตัวแบบ ตัวแบบจะช่วยให้ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้นเลย

3. การชักจูงทางสังคม (Social persuation) การชักจูงอาจจะเป็นในรูปของคำพูด สนับสนุนว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ แต่ไม่ใช่การยกย่องชมเชยลอย ๆ ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมไปด้วย โดยทำให้เกิดประสบการณ์ของความสำเร็จอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามลำดับ ขั้นตอน การชักจูงทางสังคมในทางบวกจะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองได้ดีกว่า ตรงกันข้ามการชักจูงในแง่ลบจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลต่ำลง

4. สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Somatic and emotional states) เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองหาก บุคคลมีความกลัว ความเครียด หรือวิตกกังวลจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตัวเองต่ำลง และมีผลต่อความสำเร็จในการทำพฤติกรรม การพัฒนาให้บุคคลมีสภาวะทางอารมณ์ในทางบวก หรือลดระงับสภาวะทางอารมณ์ที่เป็นลบ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลดีขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากทั้ง 4 แหล่งดังกล่าวไม่ได้ถูกบุคคลนำมาตัดสินความสามารถของตนเองโดยตรง แต่บุคคลจะตีความหมายจากผลของการกระทำหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้จากการตีความหมายนั้นจึงจะนำมาเป็นพื้นฐานของการตัดสินการรับรู้ความสามารถตนเองดังนั้นการที่บุคคลจะตีความหมายของข้อมูลได้ถูกต้อง ตรงความเป็นจริงเพียงใด ขึ้นอยู่กับการเลือกรับข้อมูล (Selection) การบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูล (Integration) การตีความ (Interpretation) และรำลึก ความทรงจำ (Recollection) ของบุคคลนั้น

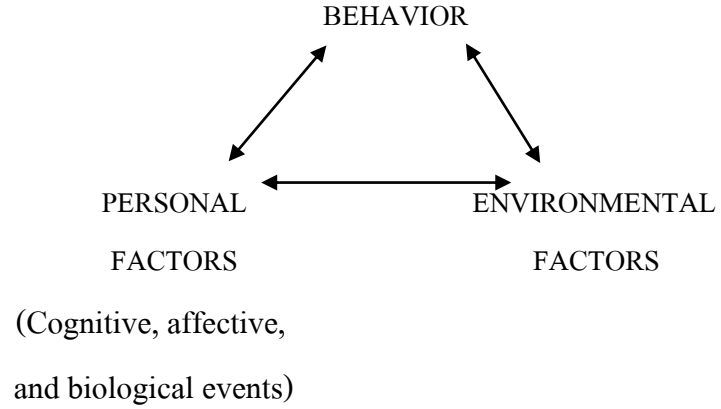
ความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม (Triadic reciprocal determinism)

ต่อมาแบนดูราได้พัฒนาทฤษฎีและสะท้อนออกมาในผลงานตีพิมพ์ของเขา เรื่อง Social foundations of thought and action: A social cognitive theory (Bandura, 1986) ซึ่งมองมนุษย์ว่าเป็นผู้ที่มีการบริหารจัดการตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สะท้อนคิดด้วยตนเอง และควบคุมกำกับตนเอง มากกว่าที่จะเป็นเพียงสิ่งมีชีวิตที่มีปฏิกิริยาสนองตอบต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม หรือถูกขับให้แสดงพฤติกรรมจากสิ่งเร้าที่ซ่อนอยู่ภายในเหมือนที่เชื่อกันในสมัยนั้น เขาจึงได้เรียกทฤษฎีของตนเองว่า “Social cognitive theory” เพื่อให้เกิดความแตกต่างจาก “Social learning theory” เพื่อเน้นว่าการรู้คิด (Connition) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถของคน ในการรับรู้ความเป็นจริงควบคุมกำกับตนเอง เข้ารหัสข้อมูล และแสดงพฤติกรรม แบนดูราได้เสนอแนวคิด ที่เรียกว่า

reciprocal determinism ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมอันหลากหลายของมนุษย์มาจาก 3 ปัจจัย ที่ต่างมีความสำคัญร่วมกันในการกำหนดซึ่งกันและกัน (Triadic reciprocal determinism) ได้แก่ ปัจจัยทางความคิดสติปัญญา และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal's cognitive and personal factors-P) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment-E) และพฤติกรรม (Behavior-B) เขามีความคิดเห็นต่างจากนักจิตวิทยาอื่น ๆ ในเรื่องพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ นักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยมมองว่า ผลของการเรียนรู้ต้องแสดงออกมาในรูปการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียกว่า Performance แต่แบนดูรากลับมองว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วไม่จำเป็นต้องแสดงออกเท่านั้น แต่ถ้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในก็ถือว่า บุคคลได้เรียนรู้แล้วและยังเห็นว่าการเรียนรู้และการแสดงพฤติกรรม มีความแตกต่างกัน

ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย (P, B และ E) ที่มีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่จำเป็นต้องอยู่ในระดับที่เท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และเวลาของการมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน หากต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ

แนวคิดนี้ สามารถอธิบายให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เมื่อพิจารณาแยกกันเป็นคู่ ๆ คู่แรกระหว่างลักษณะเฉพาะของบุคคล (Person) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรม (P ⟷ B) โดยที่ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง เป้าหมาย อารมณ์ ความรู้สึก ความตั้งใจ จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบและทิศทางของพฤติกรรม ในขณะเดียวกันธรรมชาติและปัจจัยภายนอกของพฤติกรรม ก็มีผลต่อแบบแผนความคิด และการตอบสนองทางอารมณ์ ปัจจัยในตัวบุคคล โครงสร้างด้านร่างกาย ประสาทรับความรู้สึก และระบบประสาทมีผลในการกำหนดควบคุมพฤติกรรม ความสามารถของบุคคลขณะเดียวกันประสบการณ์จากพฤติกรรมก็จะเป็นตัวปรับความรู้สึกและโครงสร้างในสมอง



ภาพที่ 3 มโนทัศน์พื้นฐาน ที่เรียกว่า Triadic reciprocal determinism ของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory: SCT) (Pajares, 2002)

การกำหนดซึ่งกันและกันของ E ⟷ P เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคล (Personal characteristics) กับสภาพแวดล้อม (Environment) อารมณ์ ความคาดหวังความสามารถทางสติปัญญา พัฒนาและเปลี่ยนแปลงจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม สังคมที่ให้ข้อมูล โดยการกระตุ้นผ่านตัวแบบ (Model) การสอน และการชักจูงทางสังคมในขณะเดียวกันบุคคลจะถูกกระตุ้นให้มีการตอบสนองที่แตกต่างกัน จากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ นอกจากนี้ บุคคลจะตอบสนองอย่างไร ยังขึ้นกับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของเขาด้วย เช่น ในเมืองที่มีรถประจำทางบริการเป็นเวลาในช่วงเวลาที่รถไม่บริการ จะไม่มีคนมารอ หากจำนวนผู้โดยสารมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะมีอิทธิพลกำหนดให้สังคมต้องจัดบริการรถให้มากขึ้น โดยการเพิ่มเที่ยว และขยายเวลาบริการ เป็นต้น ดังนั้น บุคคลจึงเป็นทั้งผลผลิต (Products) และผู้ผลิต (Producers) ของสภาพแวดล้อมและสังคมที่เขาอยู่

แบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมของคนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าจะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจัดการหรือดำเนินการเองได้จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาแม้จะเจอกับปัญหาหรืออุปสรรคก็จะอดทนไม่ยอมท้อถอย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก และมีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ออกมา ถ้ามีเพียงด้านหนึ่งด้านใดสูงหรือต่ำแล้วแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นอาจไม่แสดงพฤติกรรมออกมา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นอยู่กับปัจจัย

สองประการ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Efficacy expectations) กล่าวคือ ความมั่นใจว่าบุคคลนั้นจะสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนที่พฤติกรรมจะแสดงออกมาและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) จากการกระทำของตน (อัจฉรา ปุราคม, 2558, หน้า 123-124)

สรุปได้ว่า จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy theory) ตามแนวคิดของ Bandura ที่มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน เนื่องจากความสามารถของคนเรานั้น ไม่ตายตัว ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวการณ์นั้น ๆ นั่นคือถ้าบุคคลคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนว่าจะสามารถทำอะไรได้บ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตาม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิภาพร สิทธิสาตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม (2550) ได้วิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 345 ราย ซึ่งผลการวิจัยพิจารณารายด้าน 6 ด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43 ด้านโภชนาการ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ พยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 และด้านการพัฒนาด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้วิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ

เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแย่ที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และภาวการณ์มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน และคณะ (2558) ได้วิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในหมู่ 1 2 3 4 5 และ 6 ตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 260 คนซึ่งมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยคำถามด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2 มีคะแนนเฉลี่ย 71.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.88 คะแนน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีคะแนนสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียดและด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับ

ปิติ ทั้งไพศาส และคณะ (2550) ได้วิจัยเรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขวาไร่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดการความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเขวาไร่อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัยและสังคม อยู่ในระดับน้อย ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย นันทนาการ และความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวเองอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

ด้านโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ศิริวรรณ ขัตติยวิทยากุล (2553) ได้วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลละลมใหม่พัฒนา อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 120 คน กลุ่มควบคุม 120 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเน้นเรื่อง 10 อ. ได้แก่ อาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อุจจาระ อนามัย อุบัติเหตุ/ สิ่งแวดล้อม อารมณ์ อดิเรก อบอุ่น และอนาคต พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว โดยพบโรคเกี่ยวกับข้อมากที่สุด รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ โดยมีอาการปวดเมื่อยตัวมากที่สุด รองลงมาคือ ปวดหลัง และเวียนศรีษะ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ คะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ปิ่นนเรศ กาศอุดม (2554) ได้วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 42 คน ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุหรือแกนนำในชุมชน กิจกรรมสันทนาการ และการจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 ปี และมีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งโรคที่ พบมากได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และกระดูกเสื่อม 2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59$, $p < .001$) และ 3) ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง

นิภาพรรณ อธิคมานนท์ (2554) ได้วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

(Empowerment) ของ กิบสัน (Gibson, 1993) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และการชี้แจงการดำเนินการวิจัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้สูงอายุครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม วิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 7) กิจกรรมเพื่อติดตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืนครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 9) กิจกรรมประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ผลการวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พลังอำนาจที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรวรรณ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย (2558) ได้วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางพูดและตำบลบางตลาด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ 5 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมพัฒนา 3 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ของแบนดูรา ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ การรับรู้ และความคาดหวัง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ 2) หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 3) หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Iliffe et al. (2558) ศึกษาเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายการจัดการการหกล้ม (FaME) ร้อยละ 49 เป้าหมายกิจกรรมการออกกำลังกายเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 38 สำหรับการดูแลตามปกติ (Adjusted odds ratio = 1.78, 95%CI = 1.11-2.87, P = 0.02) มีความแตกต่างระหว่างโปรแกรมออกกำลังกายการจัดการการหกล้ม (FaME) และการดูแลตามปกติยังคงอยู่ 24 เดือน

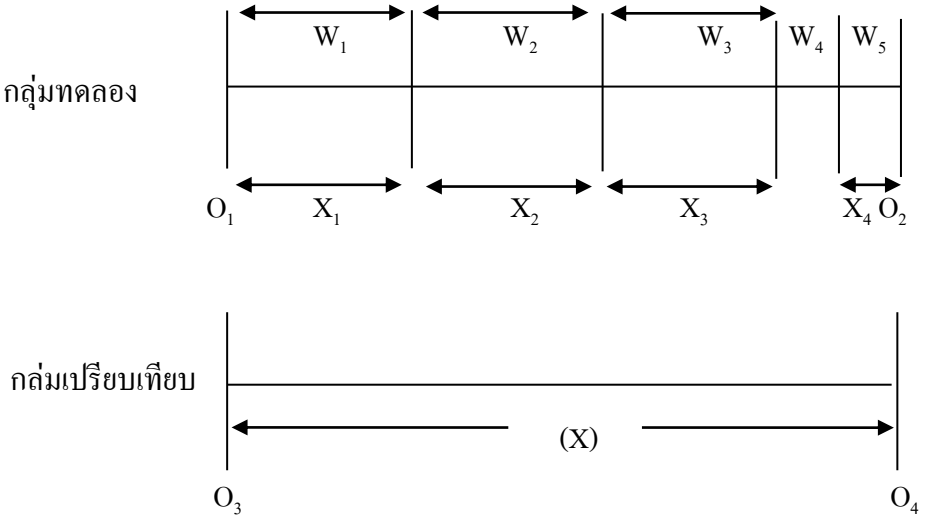
หลังจากได้รับโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ฝึกการทรงตัวร่วมกับมีการฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (OEP) (มีผู้เข้าร่วมร้อยละ 43 เป้าหมาย 12 เดือน) และดูแลแขนตามปกติ ผู้เข้าร่วมในโปรมแกรมออกกำลังกายการจัดการการหกล้มกำลังแขนเพิ่มประมาณ 15 นาที ของปานกลางถึงแข็งแรง กิจกรรมการออกกำลังกายต่อวันให้อยู่ในระดับพื้นฐาน กลุ่มนี้ยังมีอัตราการลดลงอย่างมีนัยสำคัญต่อการหกล้ม (Incident rate ratio 0.74, 95% CI = 0.55-0.99, *P* = 0.042) แขนทั้งสองข้างมีความสมดุลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเข้าร่วมโปรแกรม

สรุปได้จากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเนื่องจากเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และการใช้ชีวิตประจำวันที่เสี่ยงต่อสุขภาพทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการหกล้ม โดยการศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเน้นด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ เพื่อพัฒนาในแต่ละด้าน พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังทดลอง (The pretest-posttest with comparison group design) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการกระทำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย โดยมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้



ภาพที่ 4 แบบแผนการทดลอง

โดยกำหนดให้

O_1	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
O_2	หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
O_3	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

O_4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

X_1 หมายถึง กิจกรรมการรับรู้ และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ และสังคม

X_2 หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร

X_3 หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการออกกำลังกาย และสาธิตพร้อมฝึกปฏิบัติออกกำลังกายด้วยยางยืด

X_4 หมายถึง ติดตาม แลกเปลี่ยนประเด็นปัญหา และให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันพร้อมให้กำลังใจ

(X) หมายถึง ไม่ได้ให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

W_1 หมายถึง สัปดาห์ที่ 1

W_2 หมายถึง สัปดาห์ที่ 2

W_3 หมายถึง สัปดาห์ที่ 3

W_4 หมายถึง สัปดาห์ที่ 4

W_5 หมายถึง สัปดาห์ที่ 5

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยอาศัยในเขตพื้นที่อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ และเทศบาลตำบลบางคล้า อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นสมาชิกอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ
2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด การมองเห็นและสามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ
3. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยตลอดจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

4. เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยให้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Lemeshow et al. (1990) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \, 2\,\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่าง

$Z\alpha$= ค่าที่บ่งขนาดของ Type I error ที่ = 0.05 มีค่า = 1.96

$Z\beta$= ค่าที่บ่งขนาดของ Type II error ที่ = 0.01 มีค่า = 1.28

σ^2= ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนของข้อมูลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบ

$\mu_1 - \mu_2$= ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาของสายใจ ชัยสงคราม (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 8.42 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองเท่ากับ 55.26 และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 46.84

แทนค่าในสูตร $n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \, 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_{2)}^2}$

$$= \frac{(1.96 + 1.28)^2 \, 2 \, (8.42)^2}{(55.26\text{-}46.84)^2}$$

$$= \frac{1{,}487.27}{70.89}$$

$$= 20.97$$

ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายไประหว่างทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 30 คน

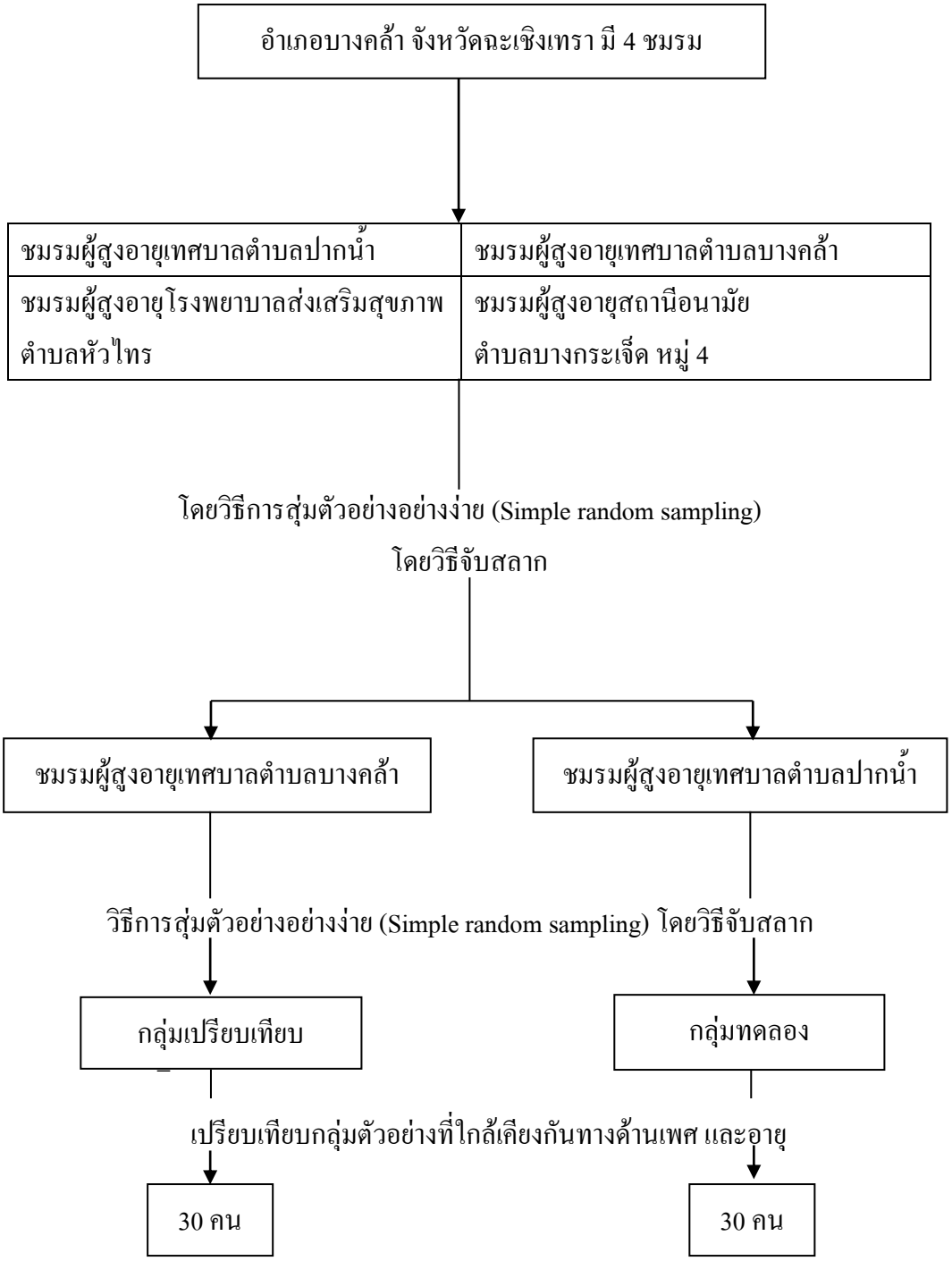
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. พิจารณาชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุต่อเนื่อง ซึ่งอำเภอบางคล้ามีทั้งหมด 4 ชมรม โดยดูข้อมูลจากการรายงานของโรงพยาบาลอำเภอบางคล้า ซึ่งได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางคล้า ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร และชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยตำบลบางกระเจ็ด หมู่ 4

2. คัดเลือก 2 ชมรมโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลากได้ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางคล้า และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยวิธีจับฉลาก กลุ่มทดลอง คือชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางคล้า

3. เลือกผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง และมีคุณลักษณะของประชากรที่ได้กล่าวมาข้างต้นเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน โดยทำการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดทางด้านเพศและอายุ



ภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ประกอบด้วย การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เช่น การเรียนรู้จากการเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ (Modeling) เช่น การยกตัวอย่างบุคคลที่ประสบความสำเร็จ และการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ คือ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร และคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย ใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuation) เช่น การอภิปรายกลุ่ม การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เช่น การพูดเชิญชวน สนับสนุนโดยสมาชิกภายในกลุ่ม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

1.2 สื่อประกอบการจัดกิจกรรม ได้แก่ วีดิทัศน์ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย ยางยืด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ลดการกินอาหารรสจัด อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวาน กินผักและผลไม้ทุกวัน กินอาหารครบ 5 หมู่ และด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบปิด มีจำนวน 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

5 หมายถึง มีระดับการตัดสินใจในความสามารถมากที่สุด

4 หมายถึง มีระดับการตัดสินใจในความสามารถมาก

3 หมายถึง มีระดับการตัดสินใจในความสามารถปานกลาง

2 หมายถึง มีระดับการตัดสินใจในความสามารถน้อย

1 หมายถึง มีระดับการตัดสินใจในความสามารถน้อยที่สุด

การให้ความหมายของค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ทำไม่ได้เลย

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.61 หมายถึง ทำได้น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.62-3.42 หมายถึง พอทำได้

ค่าเฉลี่ย 3.43-4.23 หมายถึง ทำได้

ค่าเฉลี่ย 4.24-5.00 หมายถึง ทำได้แน่นอน

ค่าคะแนนรวมรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลผลการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

คะแนน $\leq$ 46 หมายถึง มีการตัดสินใจในความสามารถระดับต่ำ

คะแนน 47-73 หมายถึง มีการตัดสินใจในความสามารถระดับปานกลาง

คะแนน 74-100 หมายถึง มีการตัดสินใจในความสามารถระดับสูง

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ถ้าลดกินอาหารเค็มจัดหวานจัด ช่วยลดความผิดปกติของไต และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ดื่มนมถั่วเหลืองหรือนมไขมันต่ำช่วยให้กระดูกแข็งแรง งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกายจะช่วยให้ย่อยอาหารดีขึ้น ช่วยนอนหลับได้ดี และช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบปิด มีจำนวน 11 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

5 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายมากที่สุด

4 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายมาก

3 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายปานกลาง

2 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายน้อย

1 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายน้อยที่สุด

การให้ความหมายของค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.61 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.62-3.42 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.43-4.23 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ย 4.24-5.00 หมายถึง มากที่สุด

ค่าคะแนนรวมความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลผลการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร

การออกกำลังกาย ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

คะแนน ≤23 หมายถึง มีการตัดสินใจในความสามารถระดับต่ำ

คะแนน 24-39 หมายถึง มีการตัดสินใจในความสามารถระดับปานกลาง

คะแนน 40-55 หมายถึง มีการตัดสินใจในความสามารถระดับสูง

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย กินปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ กินผลไม้ที่มีรสไม่หวานมาก ดื่มนมถั่วเหลืองหรือนมไขมันต่ำอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว และด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที อบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5-10 นาทีก่อนออกกำลังกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5-10 นาทีหลังการออกกำลังหาย ลักษณะคำถามเป็นปิด มีจำนวน 9 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก		ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติทุกวัน	4	ปฏิบัติทุกวัน	0
ปฏิบัติ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์	3	ปฏิบัติ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์	1
ปฏิบัติ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์	2	ปฏิบัติ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์	2
ปฏิบัติ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์	1	ปฏิบัติ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์	3
ไม่ปฏิบัติเลย	0	ไม่ปฏิบัติเลย	4

การให้ความหมายของค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0.00-1.32 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.33-2.66 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.67-4.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกายสูง

ค่าคะแนนรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลผลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

คะแนน ≤ 10 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระดับต่ำ

คะแนน 11- 23 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระดับปานกลาง

คะแนน 24- 36 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขตามคำแนะนำ ต่อจากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่แก้ไขไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหัวไทร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ผล โดยการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) > 0.70 ซึ่งได้ค่าความเที่ยงในแต่ละด้านดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย จำนวน 20 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง = 0.795 โดยได้มีการปรับข้อคำถามที่มีความซับซ้อนในเชิงเนื้อหา ได้แก่ อาหารที่ควรงดการบริโภคให้เป็นไปทิศทางเดียวกับข้อคำถามอื่น ๆ

ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย จำนวน 11 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง = 0.801 โดยได้มีการปรับข้อคำถามให้มีการส่งเสริมความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง = 0.714 โดยได้มีการปรับข้อคำถามที่มีความซับซ้อนในเชิงเนื้อหา ให้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง รายละเอียดดังนี้

1.1 ระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2560 เมื่ออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตใช้สถานที่จัดกิจกรรมพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย

หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยนัดประชุมชี้แจงกับผู้สูงอายุที่ศาลาวัดปากน้ำโจ้โล้ ในสัปดาห์ที่ 1 เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรูปแบบการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย จะใช้รหัสแทนการเขียนชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์หรือนำเสนอที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามระเบียบของมหาวิทยาลัยแล้ว

เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจนได้จำนวนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยทำการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดทางด้านเพศ และอายุ

แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม พร้อมทั้งกำหนดวันเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 เข้าร่วมกิจกรรมทุกวันศุกร์ในสัปดาห์ที่ 1 2 และ 3 กลุ่ม 2 เข้าร่วมกิจกรรมทุกวันเสาร์ในสัปดาห์ที่ 1 2 และ 3 กลุ่ม 3 เข้าร่วมกิจกรรมทุกวันอาทิตย์ในสัปดาห์ที่ 1 2 และ 3

ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มทดลอง เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ข้อมูลด้านความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การออกกำลังกาย พร้อมนัดวันและสถานที่ ที่จะทำกิจกรรมการทดลองครั้งที่ 1

1.2 ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง ซึ่งแผนการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (วันศุกร์กลุ่ม 1 วันเสาร์กลุ่ม 2 วันอาทิตย์กลุ่ม 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 1 (เวลา 30 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกิจกรรม ระยะเวลา
2. กิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความเป็นกันเอง ระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ รวมทั้งความคุ้นเคยในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน
3. ให้ความรู้และเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ชมวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
4. ผู้วิจัยถามถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้สูงอายุตอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างไรกับตนบ้าง ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และถามถึงปัญหาทางด้านสุขภาพ เมื่อมีอายุมากขึ้น
5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
6. ผู้สูงอายุและทีมผู้วิจัยร่วมกันเสนอปัญหาที่ตนพบ หาแนวทางแก้ไข ผลที่เกิดจากการแก้ไข
7. ผู้วิจัยสรุปประเด็น โดยเน้นให้เห็นโอกาสที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ และนำเข้าสู่เนื้อหาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพตามหลักการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ เพื่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 (เวลา 30 นาที)

ให้เกิดความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. ชมวีดิทัศน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
2. ผู้วิจัย ใช้เทคนิคการถามตอบ (Dialogue) ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้สูงอายุหลังจากการชมวีดิทัศน์ว่าถ้าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่แข็งแรงได้ ผู้สูงอายุจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไรบ้าง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (วันศุกร์กลุ่ม 1 วันเสาร์กลุ่ม 2 วันอาทิตย์กลุ่ม 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

สร้างให้เกิดความรู้ การรับรู้และเกิดความคาดหวังของการปฏิบัติเรื่องการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และทบทวนเรื่องประเด็นความรู้ที่ให้ไว้ในสัปดาห์ก่อนและนำเข้าสู่กิจกรรม ให้ความรู้ในประเด็นเรื่อง การบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ความหมายของอาหาร ประโยชน์ของอาหารที่มีผลต่อร่างกาย อาหารที่ควรงด และอาหารที่ควรบริโภค รวมทั้งปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

3. แจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร

4. อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคอยู่ประจำ รวมทั้งถ้าผู้สูงอายุปฏิบัติแล้วเกิดผลดีต่อร่างกายอย่างไร

5. ผู้วิจัยรับฟังแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการบริโภคอาหาร ให้กำลังใจ คำแนะนำ ยกย่องชมเชยผู้ที่ประสบความความสำเร็จในการบริโภคอาหาร

6. ผู้วิจัยสรุปผลของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดความคาดหวังทางบวกที่ส่งผลทำให้สุขภาพกายดีขึ้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ของการบริโภคอาหาร

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 (วันศุกร์กลุ่ม 1 วันเสาร์กลุ่ม 2 วันอาทิตย์กลุ่ม 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 1 (เวลา 30 นาที)

สร้างให้เกิดการความรู้ การรับรู้และเกิดความคาดหวังของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1. ผู้วิจัยติดตามโดยการทบทวนเรื่องการบริโภคอาหารที่ให้ไว้ในสัปดาห์ก่อนและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและนำเข้าสู่กิจกรรม ให้ความรู้ในประเด็นเรื่อง การออกกำลังกาย ประกอบด้วย ความจำเป็นในการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย

2. อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และวิธีการออกกำลังกาย ตลอดจนปฏิบัติแล้วเกิดผลอย่างไร

3. แจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 (เวลา 30 นาที)

ให้เกิดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1. นำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จโดยการออกกำลังกาย และสาธิตวิธีการออกกำลังกายด้วยยางยืด และให้ผู้สูงอายุทดลองฝึกปฏิบัติตาม

2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแนวคิดและการปฏิบัติ พร้อมทั้งผลที่ได้รับจากการปฏิบัติ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคและการแก้ไข และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามประเด็นที่สงสัย

3. ผู้วิจัยรับฟังแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการออกกำลังกาย ให้กำลังใจ คำแนะนำ ยกย่องชมเชยผู้ที่ประสบความความสำเร็จในการออกกำลังกาย

4. ผู้วิจัยสรุปผลของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดความคาดหวังทางบวกที่ส่งผลทำให้สุขภาพกายดีขึ้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 (วันศุกร์กลุ่ม 1 วันเสาร์กลุ่ม 2 วันอาทิตย์กลุ่ม 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

1. ติดตามโดยการนัดประชุม ทบทวนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

2. แลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกันรวมทั้งให้กำลังใจ และสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

3. ช่วยกันสรุปแนวทางที่ควรนำไปใช้ วิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาในการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร และสรุปความคาดหวังในผลลัพธ์ทางบวก โดยเน้นผลประโยชน์ที่ได้รับต่อร่างกายและสุขภาพ

1.3 ระยะหลังทดลอง

1.3.1 ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมเก็บข้อมูลอีกครั้ง

1.3.2 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ระยะก่อนการทดลอง หลังจากได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และจับคู่กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง ในด้าน เพศ และอายุ จนได้ครบ 30 คน จากนั้นพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

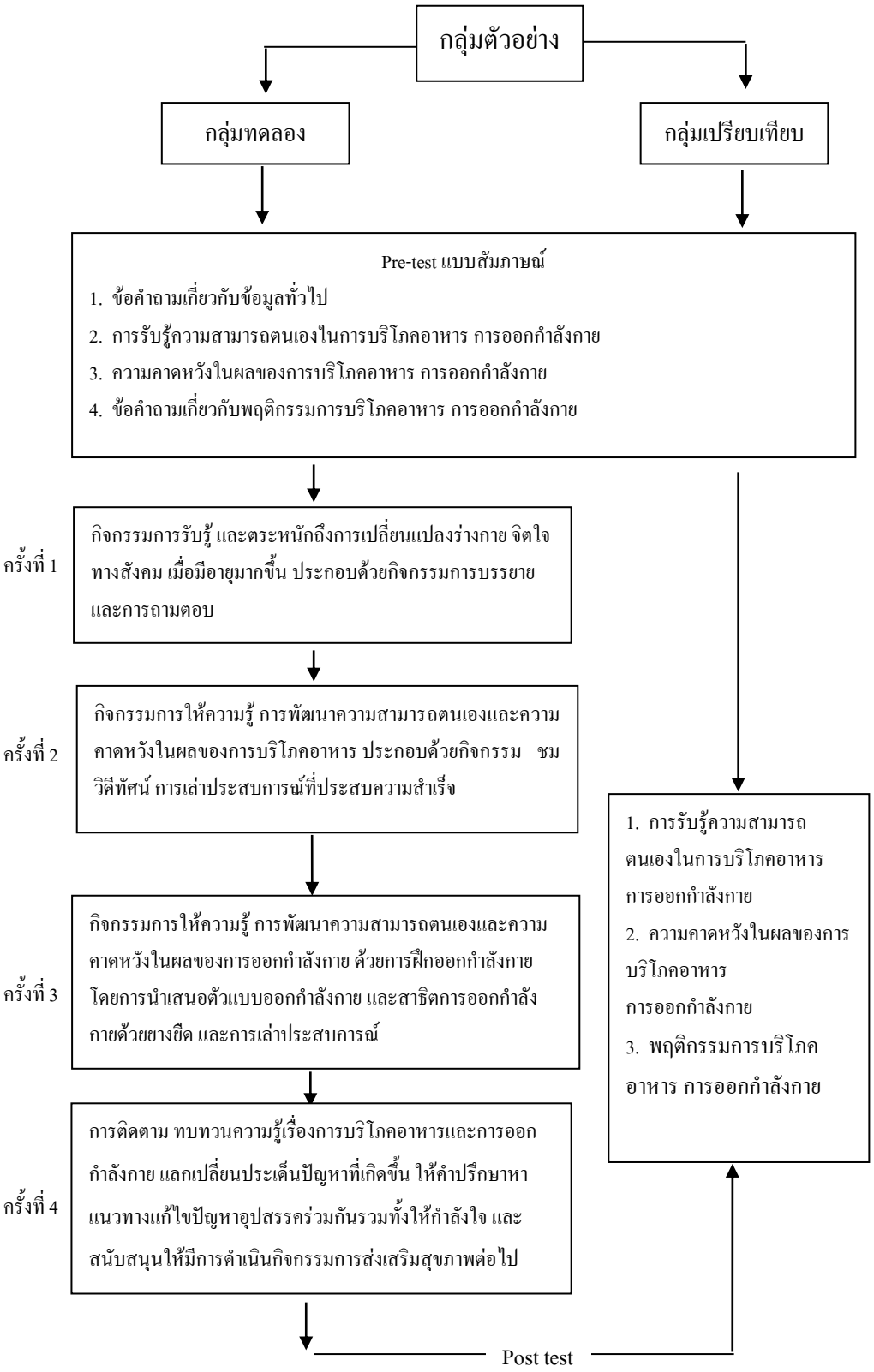
ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันกับที่ใช้ในกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ข้อมูลด้านความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

2.2 ระยะหลังการทดลอง

รวมรวมข้อมูลครั้งที่ 2 หลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมอีกครั้งและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.3 ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับกลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 6 แผนการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวมรวมข้อมูลแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำมาลงรหัสและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์สถิติ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่อง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการกระทำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ในเรื่อง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการกระทำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย โดยใช้สถิติ Independent simple t-test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ดำเนินการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2560 และผู้วิจัยได้มีการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ และผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยภายหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะการเก็บข้อมูล และลักษณะการเข้าร่วมศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้ศึกษาวิจัย และคณะกรรมการกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น และจะนำไปทำลายหลังจากได้รับอนุมัติจากสภามหาวิทยาลัยให้สำเร็จการศึกษา โดยใช้เครื่องย่อยกระดาษในการทำลายเอกสาร เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนมีความมั่นใจ และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลอย่างเต็มที่ และในการเก็บข้อมูลจะใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริง การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก ทั้ง 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 ถึงเดือน มิถุนายน 2560 เป็นเวลา 5 สัปดาห์ นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการแปลความหมายของผลการทดลองและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มย่อย
$\bar{x}$	แทนค่าเฉลี่ยตัวอย่าง
SD	แทนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	แทนค่า Degree of freedom
t	แทนค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความแปรปรวน
p-value	แทนค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	30.0	10	33.3
หญิง	21	70.0	20	66.7
อายุ (ปี)				
60-64	7	23.3	9	30.0
65-69	23	76.7	21	70.0
สถานภาพ				
โสด	8	26.7	1	3.3
สมรส/ คู่	11	36.7	16	53.3
หย่า/ แยก	1	3.3	2	6.7
หม้าย	10	33.3	11	36.7
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.0	5	16.7
ประถมศึกษา	16	53.3	17	56.6
มัธยมศึกษา	11	36.7	3	10.0
ปวส./อนุปริญญา	1	3.3	2	6.7
ปริญญาตรี	2	6.7	3	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0	0	0.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก				
รับจ้าง	7	23.3	1	3.5
เกษตรกรรม	8	26.7	7	23.3
ค้าขาย	2	6.7	10	33.3
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.0	4	13.3
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	3	10.0	4	13.3
แม่บ้าน	10	33.3	4	13.3
การพักอาศัย				
อยู่คนเดียว	10	33.3	0	0.0
คู่สมรส	5	16.7	7	23.3
บุตร-หลาน	5	16.7	11	36.7
ญาติ พี่น้อง	3	10.0	4	13.3
คู่สมรส, บุตรหลาน	5	16.7	8	26.7
คู่สมรส, บุตรหลาน, ญาติ พี่น้อง	1	3.3	0	0.0
บุตร-หลาน, ญาติ พี่น้อง	1	3.3	0	0.0
โรคประจำตัว				
ไม่มี	12	40.0	16	53.3
มี (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด ไทรอยด์)	18	60.0	14	46.7
การเจ็บป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่เจ็บป่วยเลย	22	73.3	27	90.0
เจ็บป่วย (ไข้หวัด เวียนศีรษะ ปวดเมื่อย)	8	26.7	3	10.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกในชมรม (ปี)				
ต่ำกว่า 5 ปี	6	20.0	18	60.0
5-9 ปี	18	60.0	12	40.0
10 ปีขึ้นไป	6	20.0	0	0.0
การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมในปีที่ผ่านมา				
ไม่ได้เข้า	0	0.0	0	0.0
เข้าเป็นบางครั้ง	0	0.0	26	86.7
เข้าร่วมบ่อยครั้ง	30	100.0	4	13.3

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 และ 66.7 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.7 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 70 ในกลุ่มเปรียบเทียบ สถานภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่สมรส/คู่ คิดเป็นร้อยละ 36.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 53.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 56.6 ในกลุ่มเปรียบเทียบ อาชีพหลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลอง และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลอง และอาศัยอยู่กับบุตร-หลาน ร้อยละ 36.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 53.3 ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยเลย คิดเป็นร้อยละ 73.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 90 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาการเป็นสมาชิกในชมรมอยู่ในช่วง 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง และเป็นสมาชิกในชมรมอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 60 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในปีที่ผ่านมา เข้าร่วมบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลอง และเข้าร่วมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 86.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ ($\leq$ 46)	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง (47-73)	18	60.0	6	20.0	30	100.0	30	100.0
สูง (74-100)	11	36.7	24	80.0	0	0.0	0	0.0
$\bar{X}$, SD	67.47, 13.63		82.40, 8.99		59.17, 6.11		59.37, 6.40	
Min, Max	43, 91		66, 99		48, 71		48, 71	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา อยู่ในระดับสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ($\bar{X}$ = 67.47; SD = 13.63) ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ($\bar{X}$ = 82.40; SD = 8.99) ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ($\bar{X}$ = 59.17; SD = 6.11) และ ($\bar{X}$ = 59.37; SD = 6.40) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ ($\leq$ 23)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง (24-39)	14	46.7	1	3.3	28	93.3	28	93.3
สูง (40-55)	16	53.3	29	96.7	2	6.7	2	6.7
$\bar{X}$, SD	39.90, 9.57		46.97, 5.82		33.07, 3.82		33.07, 3.74	
Min, Max	26, 55		37, 55		25, 41		25, 41	

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีระดับความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ($\bar{X}$ = 39.90; SD = 9.57) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ($\bar{X}$= 46.97; SD = 5.82) ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีระดับความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาอยู่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 6.7 ($\bar{X}$ = 33.07; SD = 3.82) และ ($\bar{X}$ = 33.07; SD = 3.74) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ ($\leq$ 10)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ปานกลาง (11- 23)	28.0	93.3	1.0	3.3	30.0	100.0	29.0	96.7
สูง (24- 36)	2.0	6.7	29.0	96.7	0.0	0.0	1.0	3.3
$\bar{X}$, SD	18.03, 2.95		28.13, 2.54		17.47, 2.82		17.63, 3.0	
Min, Max	14.0, 26.0		23.0, 32.0		11.0, 22.0		12.0, 24.0	

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาอยู่ระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ($\bar{X}$ = 18.03; SD = 2.95) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ($\bar{X}$ = 28.13; SD = 2.54) ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง มีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ($\bar{X}$ = 17.47; SD = 2.82) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 และ ($\bar{X}$ = 17.63; SD = 3.00) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	67.47	13.63	82.40	8.99	29	-9.23	<0.001*
ความคาดหวังในผลลัพธ์	39.90	9.57	46.97	5.82	29	-8.27	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{x}$ = 67.47; SD = 13.63) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 82.40; SD = 8.99) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{x}$ = 39.90; SD = 9.57) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 46.97; SD = 5.82) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	59.17	6.61	59.37	6.40	29	-0.83	0.415
ความคาดหวังในผลลัพธ์	33.07	3.82	33.07	3.74	29	0.00	1.000

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{x}$ = 59.17; SD = 6.61) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 59.37; SD = 6.40) แสดงว่ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน (p = 0.415) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{x}$ = 33.07; SD = 3.82) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 33.07; SD = 3.74) แสดงว่ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน (p = 1.000) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	18.03	2.95	28.13	2.54	29	-17.07	<0.001 *
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.47	2.82	17.63	3.00	29	-1.41	0.169

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{x}$ = 18.03; SD = 2.95) และหลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 28.13; SD = 2.54) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{x}$ = 17.47; SD = 2.82) และหลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 17.63; SD = 3.00) แสดงว่า ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	82.40	8.99	59.37	6.40	58	3.63	0.001 *
ความคาดหวังในผลลัพธ์	46.97	5.82	33.07	3.74	58	11.00	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 82.40; SD = 8.99) กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ ($\bar{x}$ = 59.37; SD = 6.40) แสดงว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแตกต่างกัน (p = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 46.97; SD = 5.82) กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ ($\bar{x}$ = 33.07; SD = 3.74) แสดงว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแตกต่างกัน (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เนื่องจากก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังรายละเอียดในตารางที่ 11 จึงวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน

ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ตัวแปร	$\bar{d}$	SD	df	t	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	-8.30	2.72	58	-3.04	0.004*
ความคาดหวังในผลลัพธ์	-6.83	1.88	58	-3.63	0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

จากตารางที่ 9 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง ($\bar{d}$ = -8.30; SD = 2.72) และมีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ($\bar{d}$ = -6.83; SD = 1.88) แสดงว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ($p<0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	18.03	2.95	17.47	2.83	58	0.76	0.451
หลังการทดลอง	28.13	2.54	17.63	3.00	58	14.62	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 18.03; SD = 2.95) กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 17.47; SD = 2.83) แสดงว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน (p = 0.451)

หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 28.13; SD = 2.54) กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 17.63; SD = 3.00) แสดงว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายแตกต่างกัน (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลบางคล้า อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองก่อนการทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการกระทำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย = 0.795 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย = 0.801 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย = 0.714 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลองเป็นเวลา 5 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test แบบ Paired t-test และการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test แบบ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี สถานภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับสมรส/คู่ การศึกษาของผู้สูงอายุอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพหลักของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองเป็นแม่บ้าน และอาชีพหลักของผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพค้าขาย ปัจจุบันผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวในกลุ่มทดลอง และอาศัยอยู่กับบุตร-หลาน ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีโรคประจำตัว ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเจ็บป่วยเลย ระยะเวลาการเป็นสมาชิกในชมรม 8 ปี ของกลุ่มทดลอง และ 6 ปี ของกลุ่มเปรียบเทียบ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในปีที่ผ่าน เข้าร่วมบ่อยครั้งในกลุ่มทดลอง และเข้าร่วมเป็นบางครั้งในกลุ่มเปรียบเทียบ

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$ = 67.47; SD = 13.63) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$ = 82.40; SD = 8.99) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$=39.90; SD=9.57) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$ = 46.97; SD = 5.82) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$ = 59.17; SD = 6.61) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$ = 59.37; SD = 6.40) แสดงว่ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.415$)

ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$ = 33.07; SD = 3.82) หลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$ = 33.07; SD = 3.74) แสดงว่ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังใน

ผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกัน (p = 1.000) ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$ = 82.40; SD = 8.99) และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ ($\bar{X}$ = 59.37; SD = 6.40) แสดงว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแตกต่างกัน (p=0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$ = 46.97; SD = 5.82) กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ ($\bar{X}$ = 33.07; SD = 3.74) แสดงว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแตกต่างกัน (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$ = 18.03; SD = 2.95) และหลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$ = 28.13; SD = 2.54) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เท่ากับ ($\bar{X}$ = 17.47; SD = 2.82) และหลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{X}$ = 17.63; SD = 3.00) แสดงว่า ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 28.13; SD = 2.54) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 17.63; SD = 3.00) แสดงว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายแตกต่างกัน (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลนำมาอภิปรายผลตามสมมุติฐานการศึกษาได้ดังนี้

1. ผลเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ผลการวิจัยนี้พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การทำให้เกิดการรับรู้ และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ สังคม นำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่มีประสบการความสำเร็จด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การฝึกออกกำลังกายโดยนำเสนอตัวแบบ พร้อมวีดีทัศน์ประกอบ กิจกรรมถามตอบ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต ประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรความเป็นกันเอง ส่งผลให้หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับ ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ผลการศึกษาพบว่าหลังการรับได้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองยังไม่เคยได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใดก่อนเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางประหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (นิภาพรรณ อธิคมานนท์, 2554) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งกิจกรรมได้จัดเพียงสัปดาห์ละ

1 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์

3. ผลเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4และ ข้อ 5 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับ อรวรรณ น้อยวัฒน์ และ อารยา ประเสริฐชัย โดยทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นศึกษาการวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังแตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองในครั้งนี้ได้มีการเข้าร่วมกิจรรมที่เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยเป็นการกระตุ้นการรับรู้ และความคาดหวังทางผลดีที่เกิดจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับ นุชเนตร บุญมั่น และคณะ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าผู้ส่งอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายนั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองมีการเรียนรู้ และรับรู้จากการกระบวนการกระตุ้น ตัวอย่างประสบการณ์ โดยการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางด้านการส่งเสริมสุขภาพทางการรับรู้ความสามารถตนเอง และสามารถส่งผลต่อความคาดหวังผลดีที่มีต่อพฤติกรรมทางสุขภาพในรูปแบบโปรแกรมของการวิจัยในครั้งนี้

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 อาจเนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปตามความต้องการโดยการสนทนากลุ่ม(Focus group discussion) แลกเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่กลุ่มผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ผู้สูงเกิดความคาดหวังในผลดี และการรับรู้ความสามรถของตนเองในทิศทางที่ถูกต้องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี (ปานชีวา ณ หนองคาย, 2551) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (อรวรรณ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย, 2558)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยการจัดโปรแกรมที่ให้ความสำคัญในกระบวนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ดังนั้นควรจัดโปรแกรมด้านการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน และด้านการออกกำลังโดยใช้ยางยืดที่ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถทำได้เองหรือมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเรียนรู้ต้นแบบอย่างต่อเนื่อง และประเมินความต้องการในด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และความพิการที่เกิดจากโรคที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมเพื่อส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *โครงการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.* เข้าถึงได้จาก http://www.dmh.go.th/ downloadportal/Strategy

กลุ่มสถิติประชากร สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.* ม.ป.ท.

กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2552). *คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพโนนม่วง ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยพัฒนาการเสริมสร้างดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* เข้าถึงได้จาก http://resource.thaihealth.or.th/library/musthave/13036

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2554). *แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดในบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.* เข้าถึงได้จาก http://medinfo2.psu.ac.th/commed/web/pdf/5/dyslipidemia.pdf

จิระพัฒน์ อุกะโชค. (2559). *โรคทางสมองและระบบประสาท.* เข้าถึงได้จาก http://www.phyathai.com/doctorsearchdetail/39503/PYT3/th

ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์. (2557). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน.* เข้าถึงได้จากhttp://xn--42c6apd0cib0hl5e5c9dsar.com/

นิภาพรรณ อธิคมานนท์. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

นุชเนตร บุญมั่น. (2554). การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารสุขศึกษา, 34*(117), 51-68.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้.* นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปานชีวา ณ หนองคาย. (2551). *การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา, บัณฑิสึกษา, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ปิติ ทั้งไพศาส และคณะ. (2550). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1*(3-4), 489-496.

ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 22*(2), 61-70.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://thammapakorn.go.th/wp-content/uploads/2016/

โรงพยาบาลบางคล้า. (2559). *ชมรมผู้สูงอายุ*. วันที่สืบค้น 12 ตุลาคม 2559.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 30*(2), 35-45.

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, การบริหารทั่วไป, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วันเพ็ญ วงศ์จันทรา. (2539). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). *แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

วิภาพร สิทธิสาตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก http://www.smnc.ac.th/ucontent3//_fulltext/20120508034929_4682/20120508034942_3957.pdf

วิมลรัศมิ์ พันธุ์จิรภาค. (2554). ผลของโปรแกรมกำรออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภำพของผู้สูงอายุหญิง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิลัยรัตน์ พลางวัน. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30*(2), 16-21.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้*. ข่าวสารวิจัยการศึกษา

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์. (ม.ป.ป.). *อาเซียนกับสังคมผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.aseanthai.net/

ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ ในเครือ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน). (ม.ป.ป.). *อาหารการกินในวัยผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.bangkokhealth.com/health/article/

ศิริวรรณ ขัตติยวิทยากุล. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลละลมใหม่พัฒนา อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารกองการพยาบาล, 37*(1), 1-12.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2541). *การวิจัยธุรกิจ*. กรุงเทพฯ: เพชรจรัสแสงแห่งโลก ธุรกิจ.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *โครงการวิจัย เรื่อง การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.urnurse.net/CPG/endocrine-fooddiabe.pdf)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2559). *โรคความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihypertension.org/information.html

สายใจ ชัยสงคราม. (2545). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2551). *พัฒนาการสำคัญของ การสร้างเสริมสุขภาพ.รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

สมลักษณ์ ศุกระศร. (2551). *กระบวนการตัดสินใจและปัจจัยกำหนดการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *ชู 3 อ.ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *ภาวะสมองเสื่อมพบในผู้สูงอายุมากสุด*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th/Content/27952

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th/Content/

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. เข้าถึงได้จาก https://www.msociety.go.th /article_attach/13225/17347.pdf

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *การบริหารงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง*. เข้าถึงได้จาก http://www.nhso.go.th/ files/userfiles/file/Download/2016/

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *แนวทางลดเสี่ยงเลี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/media/paper-manual/non-communicable-disease.php

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/document/file/violence/

หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. (2558). *ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ = Dyslipidemia*. เข้าถึงได้จาก http://www.srinagarind.md.kku.ac.th

อนุสรณ์ เป๋าสูงเนิน. (2558). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา.* การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 (หน้า 1339-1349). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

อรวรรณ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย. (2558). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช. เข้าถึงได้จาก http://ird.stou.ac.th/dbresearch/fDetail.php?fID=161

อัจฉรา ปุราคม และคณะ. (2558). *คู่มือการประเมินสมรรถภาพการท าหน้าที่ทางกายผู้สูงอายุ.* นครปฐม: เพชรเกษมพริ้นติ้ง กรุ๊ป.

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

Hanlon, G., & Pickett, J. (1984). *"Public Health Administration and Practice".* Times Mirror/Mosby.

Iliffe, et al. (2015). Promoting physical activity in older people in general practice: ProAct65+ cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract, 65*(640), e731-e738.

Jett, K. (2008). *Theories of aging. In Ebersole, P. et al. (Eds). Toward healthy aging* (7th ed.). Mosby Elsevier.

Jones & Rose. (2005). *Physical Activity instruction of older adults*. Champaign, IL: Human Kinetics

Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J, L., & Wange, S. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. New York: Wiley&Son.

Lipetz, M., Bussigel, M., Bannerman, J., & Risley, B. (1990). What is wrong patient education program. *Nursing Outlook, 38,* 184-189.

Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. *The Nursing Clinics of North America, 26*(4), 815-832.

Pajares, F. (2002). *Overview of SocialCognitive Theory andof Self-Efficacy. Emory University*: at เข้าถึงได้จาก http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.htm.

Pender, N. J., Murdaugh, C.L., & Parson, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentia Hall.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). *The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36*(2), 76-81.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ดร.วรพล แวงนอก
   ตำแหน่งทางวิชาการ –
   สถานที่ทำงาน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
2. ดร.วรากร เกรียงไกรศักดา
   ตำแหน่งทางวิชาการ –
   สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพุทธโสธร
3. ดร.ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม
   ตำแหน่งทางวิชาการ –
   สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข

ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	67.47	13.63	59.17	6.11	58	3.04	0.004 *
ความคาดหวังในผลลัพธ์	39.90	9.57	33.07	3.82	58	3.63	<0.004*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แผนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)
เรื่อง สูงวัย เตรียมใจ กับการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

สาระสำคัญ

ธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ หลักการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ อาหารสำหรับผู้สงอายุ การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ก็จะสามารถชะลอและบรรเทาความรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ ทางสังคม เมื่อมีอายุมากขึ้น และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง

กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 (เวลา 30 นาที)

ให้เกิดการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ ทางสังคม เมื่อมีอายุมากขึ้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกิจกรรม ระยะเวลา
2. กิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความเป็นกันเอง ระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ รวมทั้งความคุ้นเคยในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน
3. ให้ความรู้และเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ชมวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
4. ผู้วิจัยถามถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้สูงอายุตอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างไรกับตนบ้าง ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และถามถึงปัญหาทางด้านสุขภาพ เมื่อมีอายุมากขึ้น
5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

6. ผู้สูงอายุและทีมผู้วิจัยร่วมกันเสนอปัญหาที่ตนพบ หาแนวทางแก้ไข ผลที่เกิดจากการแก้ไข

7. ผู้วิจัยสรุปประเด็น โดยเน้นให้เห็นโอกาสที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ และนำเข้าสู่เนื้อหาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพตามหลักการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ เพื่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 (เวลา 30 นาที)

ให้เกิดความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. ชมวีดิทัศน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

2. ผู้วิจัย ใช้เทคนิคการถามตอบ (Dialogue) ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้สูงอายุหลังจากการชมวีดิทัศน์ว่าถ้าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่แข็งแรงได้ ผู้สูงอายุจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไรบ้าง

สื่อและอุปกรณ์

วีดิทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ และเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

แผนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)
เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

สาระสำคัญ

ในวัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่ายกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะทางร่างกาย แต่ละคนไม่เท่ากัน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้สูงอายุ จึงมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเหมือนบุคคลวัยอื่น ๆ เพียงแต่ต้องการในปริมาณที่ลดน้อยลง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้ การรับรู้ ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ และเกิดทักษะในเรื่องการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง

กิจกรรม

สร้างให้เกิดความรู้ การรับรู้และเกิดความคาดหวังของการปฏิบัติการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และทบทวนเรื่องประเด็นความรู้ที่ให้ไว้ในสัปดาห์ก่อนและนำเข้าสู่กิจกรรม ให้ความรู้ในประเด็นเรื่อง การบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ความหมายของอาหาร ประโยชน์ของอาหารที่มีผลต่อร่างกาย อาหารที่ควรงด และอาหารที่ควรบริโภค รวมทั้งปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
2. ผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง
3. แจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร
4. อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคอยู่ประจำ รวมทั้งถ้าผู้สูงอายุปฏิบัติแล้วเกิดผลดีต่อร่างกายอย่างไร

5. ผู้วิจัยรับฟังแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการบริโภคอาหาร ให้กำลังใจ คำแนะนำ ยกย่องชมเชยผู้ที่ประสบความความสำเร็จในการบริโภคอาหาร

6. ผู้วิจัยสรุปผลของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดความคาดหวังทางบวกที่ส่งผลทำให้สุขภาพกายดีขึ้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ของการบริโภคอาหาร

สื่อและอุปกรณ์

1. วีดิทัศน์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
2. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร

แผนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)
เรื่อง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

สาระสำคัญ

การเคลื่อนไหวฝึกออกกำลังกายด้วยปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางร่างกายให้ดีขึ้น แต่ถ้ามากเกินไปก็เกิดโทษได้ ฉะนั้นการกำหนดปริมาณความหนักหรือขนาดของงานในการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ในแต่ละครั้งจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ร่างกาย ควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ครั้งละ 30 นาทีจะทำให้สุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจส่งผลให้มีพลังในการปฏิบัติงานต่อไปอีกนาน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดการรับรู้และเกิดความคาดหวังของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง

กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 (เวลา 30 นาที)

สร้างให้เกิดการความรู้ การรับรู้และเกิดความคาดหวังของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1. ผู้วิจัยติดตามโดยการทบทวนเรื่องการบริโภคอาหารที่ให้ไว้ในสัปดาห์ก่อนและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและนำเข้าสู่กิจกรรม ให้ความรู้ในประเด็นเรื่อง การออกกำลังกาย ประกอบด้วย ความจำเป็นในการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย
2. อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยถามถึงประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และวิธีการออกกำลังกาย ตลอดจนปฏิบัติแล้วเกิดผลอย่างไร
3. แจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 (เวลา 30 นาที)

ให้เกิดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1. นำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จโดยการออกกำลังกาย และสาธิตวิธีการออกกำลังกายด้วยยางยืด และให้ผู้สูงอายุทดลองฝึกปฏิบัติตาม

2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแนวคิดและการปฏิบัติ พร้อมทั้งผลที่ได้รับจากการปฏิบัติ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคและการแก้ไข และเปิดโอกาสให้ผู้สูอายุซักถามประเด็นที่สงสัย

3. ผู้วิจัยรับฟังแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการออกกำลังกาย ให้กำลังใจ คำแนะนำ ยกย่องชมเชยผู้ที่ประสบความความสำเร็จในการออกกำลังกาย

4. ผู้วิจัยสรุปผลของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดความคาดหวังทางบวกที่ส่งผลทำให้สุขภาพกายดีขึ้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย

สื่อและอุปกรณ์

1. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย
2. อุปกรณ์ออกกำลังกาย คือ ยางยืด

แผนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5)
เรื่อง การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม (1 ชั่วโมง)

กิจกรรม

1. ติดตามโดยการนัดประชุม ทบทวนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

2. แลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกันรวมทั้งให้กำลังใจ และสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

3. ช่วยกันสรุปแนวทางที่ควรนำไปใช้ วิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาในการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร และสรุปความคาดหวังในผลลัพธ์ทางบวก โดยเน้นผลประโยชน์ที่ได้รับต่อร่างกายและสุขภาพ

คู่มือ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร

จัดทำโดย

นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์

นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ

คำนำ

คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นคู่มือในการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย ประเภทอาหารสำหรับผู้สูงอายุ พลังงานที่ผู้สูงอายุควรได้รับ หลักปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ปริมาณอาหารที่แนะนำในแต่ละวันสำหรับผู้สูงอายุ หลักการและตัวอย่างการจัดอาหารที่เหมาะสม

ผู้จัดทำเชื่อว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกท่าน และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย ประธานกรรมการ และรศ.ดร.นิรัตน์ อิมามี กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการจัดทำไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์

ผู้วิจัย

ประเภทอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มักจะเกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่ายกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะทางร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ เช่น ผิวหนัง ผม ตา หู จมูก ลิ้น ฟัน เป็นต้น

ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานและสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสม โดยที่ความต้องการพลังงานของร่างกายจะลดลง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ น้อยลงกว่าเดิม ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงอยู่แล้ว ควรได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ดังนี้

1. อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต หรือแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว เผือก และมันสำปะหลัง กลุ่มนี้เป็นสารอาหารหลัก และให้พลังงาน แก่ร่างกายมากกว่าสารอาหารจากกลุ่มอื่น ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานอาหารกลุ่มนี้แต่พออิ่ม คือ ข้าวมื้อละ 2 ทัพพี ควรเลือกเป็นข้าวไม่ขัดสี หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและของหวาน

2. อาหารประเภทโปรตีนหรือเนื้อสัตว์และงา ถั่วชนิดต่าง ๆ อาหารกลุ่มนี้จำเป็นในการซ่อมแซม และสร้างเนื้อเยื่อที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เนื้อสัตว์ที่ผู้สูงอายุควรรับประทานคือ เนื้อสัตว์ที่ไม่มีหนังหรือไขมันมากเกินไป โดยเฉพาะเนื้อปลาและ

ถั่วชนิดต่าง ๆ

- กินไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง (ถ้าไขมันในเลือดสูงกินเฉพาะไข่ขาว)
- ดื่มนมพร่องมันเนยวันละ 1 แก้ว
- เลือกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา ย่อยง่าย ควรดัดแปลงให้นุ่ม ชิ้นเล็ก ๆ
- กินถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำเพื่อให้ได้ใยอาหารเพิ่ม

3. อาหารประเภทผักต่าง ๆ ผักจะให้วิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกาย และมีใยอาหารช่วยให้ระบบขับถ่ายขับถ่ายเป็นปกติ

4. ผลไม้ให้วิตามิน เกลือแร่ ใยอาหาร ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานผลไม้ที่เนื้อนุ่มเคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอ กล้วยสุก ส้ม และควรรับประทานอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 6-8 ชิ้น/คำ สำหรับผู้สูงอายุที่อ้วน หรือเป็นเบาหวานให้หลีกเลี่ยงผลไม้หวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน เป็นต้น

แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการและมักจะขาดคือ ธาตุแคลเซียม ฟอฟอรัสและธาตุสังกะสี ธาตุแคลเซียมและฟอฟอรัสเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก พบมากในนม ก้อนเต้าหู้ ผัก ผลไม้ เมล็ดงา กระดูกสัตว์ เช่น ปลาป่นหรือปลากระป๋อง ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานนมบ้าง แต่ควรเป็นนมพร่องไขมันเนย หรือนม

ถั่วเหลืองเพื่อลดปริมาณไขมันที่ไม่จำเป็นออกไป ส่วนธาตุสังกะสีมีความจำเป็นต่อร่างกายหลายระบบโดยเฉพาะผิวหนัง ซึ่งมีมากในอาหารทะเล ปลา เป็นต้น

เหล็กเป็นเกลือแร่อีกชนิดหนึ่งที่พบว่ามีการขาดในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ความต้านทานโรคน้อยลง เจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงมีในอาหารทุกชนิด ทั้งเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ และธัญพืช แต่ในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน

วิตามินที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจจะขาดได้บ่อยเช่น วิตามินบีหนึ่ง วิตามินอี วิตามินดี และกรดโฟลิค ถ้าผู้สูงอายุท่านนั้นอยู่แต่ในบ้านหรือรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้ได้รับวิตามินบางชนิดมากเกินไป ก็ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

5. อาหารประเภทไขมัน ได้แก่ ไขมันจากพืช และไขมันจากสัตว์ จะให้พลังงานแก่ร่างกายและยังช่วยในการดูดซึมวิตามินบางอย่างด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็ควรจำกัดอาหารประเภทไขมัน โดยรับประทานน้ำมัน 4-6 ช้อนชา ควรลดหรือจำกัดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไขมันจากสัตว์ เนย น้ำมัน กะทิ ครีมเข้มข้น

นอกจากนี้ ควรดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การปรุงอาหารให้เปื่อยนุ่ม ง่ายต่อการเคี้ยว และการย่อย จัดแต่งอาหารให้มีสีสันน่ารับประทาน และควรปรุงสุกใหม่ ๆ ทุกมื้อ หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารเค็มจัด หวานจัด ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ควรจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นด้วย

พลังงานที่ผู้สูงอายุควรได้รับ

ผู้สูงอายุควรได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ คือ วันละ 1,500-2,000 กิโลแคลอรี จากการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลาย วันละ 3 มื้อ พอประมาณ และมีอาหารว่าง 2 มื้อ โดยทุกมื้อควรมีผักผลไม้เพื่อเพิ่มกากอาหาร

หลักปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. ลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลง แต่ให้รับประทานบ่อยขึ้น เพื่อผ่อนการทำงานของระบบการย่อยอาหาร เช่นวันหนึ่งอาจให้รับประทาน 4-5 ครั้ง แทนที่จะรับประทานวันละ 3 ครั้งเช่นเดิม

2. ลดปริมาณอาหารประเภทให้แรงงาน คือ พวกแป้งและไขมันลงร้อยละ 10-30 ตามอายุที่สูงเกิน 40 ปีขึ้นไป

3. อาหารพวกเนื้อสัตว์คงเดิม แต่ดัดแปลงให้กินง่าย ย่อยง่าย เช่น ต้มเปื่อย หรือสับละเอียด

4. มื้อเย็นไม่ควรเป็นอาหารหนัก

5. ให้ดื่มเครื่องดื่มร้อน ๆ ก่อนนอนจะทำให้นอนหลับสนิทดี

6. ให้รับประทานอาหารร้อนดีกว่าอาหารเย็น น้ำแกงหรือน้ำซุบร้อน ๆ ก่อนอาหาร จะช่วยให้กินได้มาก

7. เครื่องดื่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นเล็กน้อย เช่น น้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถ้าไม่เป็นโรคที่แพทย์ห้าม เช่น โรคหัวใจก็ดื่มได้เล็กน้อย เพราะจะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

8. ให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อเซลล์จะได้ทำงานได้ตามปกติ

9. อาหารต้องเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย และไม่มีรสจัด

10. อาหารที่รับประทานควรมีส่วนของกากบ้างพอควร เพื่อไม่ให้ท้องผูก

11. ส่วนประกอบของอาหารต่าง ๆ โดยเฉพาะแคลเซียม วิตามิน แร่ธาตุ และสารโปรตีนต้องมีปริมาณเพียงพอและครบชนิด และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง

12. นอกจากจะมีคุณค่าทางโภชนาการแล้ว อาหารนั้นควรมีสีสัน กลิ่น รส ชวนให้อยากรับประทานด้วย

ปริมาณอาหารที่แนะนำในแต่ละวันสำหรับผู้สูงอายุ

กลุ่มอาหาร	หน่วย	พลังงาน (กิโลแคลอรี) 1,600
กลุ่มข้าว-แป้ง	ทัพพี	8
ผัก	ทัพพี	6
ผลไม้	ส่วน	4
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	6
นม	แก้ว	1
น้ำมัน น้ำตาล และเกลือ	ช้อนชา	กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น

ตามตารางข้างต้น หน่วยตวงวัดที่ใช้เป็นหน่วยที่ใช้ในครัวเรือน เช่น ทัพพี ช้อนกินข้าว และแก้ว ยกเว้นผลไม้ แนะนำเป็นส่วน

หลักการและตัวอย่างการจัดอาหารที่เหมาะสม

ปริมาณอาหารใน 1 วัน สำหรับผู้สูงอายุที่ควรกิน

หมู่อาหาร	ชนิดอาหาร	ปริมาณต่อวัน	ข้อเสนอแนะ
หมู่ที่ 1	เนื้อสัตว์ ไก่ หมู เนื้อ นม ไข่	120-160 กรัม 250 มล. 1 ฟอง	 = 1 แก้ว 3-4 ฟอง/ สัปดาห์
หมู่ที่ 2	ข้าว แป้ง เผือก มัน	3-4 ถ้วย	ข้าวสุก มื้อละ 2 ทัพพี
หมู่ที่ 3	ผักใบเขียว สด/ ต้ม ผักสีเหลือง	1 ถ้วย ½ ถ้วย	ตำลึง คะน้า ผักบุ้ง ฯลฯ ฟักทอง มะเขือ เทศ แครอท
หมู่ที่ 4	ผลไม้: ผลไม้สุก	1-2 ครั้ง	งดผลไม้รส หวานจัด
หมู่ที่ 5	ไขมัน/ น้ำมันพืช	2 ช้อนโต๊ะ	งดน้ำมันสัตว์ เนย

คู่มือ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย

จัดทำโดย

นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์

นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ

คำนำ

คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นคู่มือในการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายด้วยยางยืด และ 10 ท่าบริหารด้วยยางยืด

ผู้จัดทำเชื่อว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกท่าน และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย ประธานกรรมการ และรศ.ดร.นิรัตน์ อิมามี กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการจัดทำไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์

ผู้วิจัย

หลักการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุ

1. หลักเกี่ยวกับความช้า ความเร็ว การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นการกระทำอย่างช้า ๆ ไม่ต้องการความเร็ว ควรมีเวลาพักผ่อนได้ตามความจำเป็น

2. หลักเกี่ยวกับความหนักเบา ไม่หนักคือไม่ถึงกับให้กำลังกล้ามเนื้อ หรือความอดทนจนถึงที่สุด เพราะอาจเกิดอันตราย แต่ไม่ถึงกับเบา จนกระทั่งแทบจะไม่ต้องออกแรงเสียเลย เพราะจะไม่ได้ประโยชน์

3. หลักเกี่ยวกับความมากน้อย ไม่ควรออกกำลังกายมากจนเหน็ดเหนื่อย หายใจหอบ นอกจากไม่ได้ผลแล้ว ยังเป็นอันตรายแก่สุขภาพ แต่ก็ไม่ควรออกกำลังกายน้อยจนไม่ได้ประโยชน์

4. หลักสร้างเสริม และรักษาการออกกำลังกาย ต้องการทำโดยสม่ำเสมอ จึงได้ผลดีการทำ ๆ หยุด ๆ มักไม่ได้ผล และบางครั้งกลับเกิดผลเสีย ควรจะออกกำลังการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 15-30 นาที ติดต่อกันอย่างน้อย 2-4 เดือน เวลาที่ออกกำลังกายจะเป็นเวลาใดก็ได้ แต่ควรจะสม่ำเสมอในเวลาเดียวกันทุกครั้ง เพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย แต่ควรจะรออย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง ก่อน และหลังรับประทานอาหาร

5. หลักการพักผ่อน และพักฟื้น หลังการออกกำลังกายทุกครั้ง ต้องมีเวลาพักผ่อนให้หายเหนื่อย และพักฟื้นให้ร่างกายมีโอกาสซ่อมแซมความสึกหรอที่เกิดขึ้นให้หมดไป และสร้างเสริมให้แข็งแรงยิ่งขึ้น ข้อสังเกตง่าย ๆ คือก่อนออกกำลังกายครั้งต่อไป ร่างกายจะต้องสดชื่น อยู่ในสภาพเดิมหรือดีกว่า

6. หลักการอื่น ๆ ไม่ควรออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความตื่นเต้น เช่น การแข่งขัน ควรออกกำลังกายกับผู้ที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน และจังหวะการเคลื่อนไหวไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหัน

ข้อควรระวังใน การออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ

1. ในผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีการออกกำลังกายมาก่อน ให้เริ่มจากการออกกำลังกายเบา ๆ ค่อย ๆ

2. ควรมีระยะอุ่นเครื่อง (Warm up) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไปยังกล้ามเนื้อส่วนปลาย

3. ระยะผ่อนคลาย (Cool down) เป็นช่วงเวลาที่ระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียนกำลังปรับตัว เพื่อคืนสู่สภาวะปกติ

4. ควรรู้จักอาการที่บ่งบอกว่าออกกำลังกายหนักเกินไป

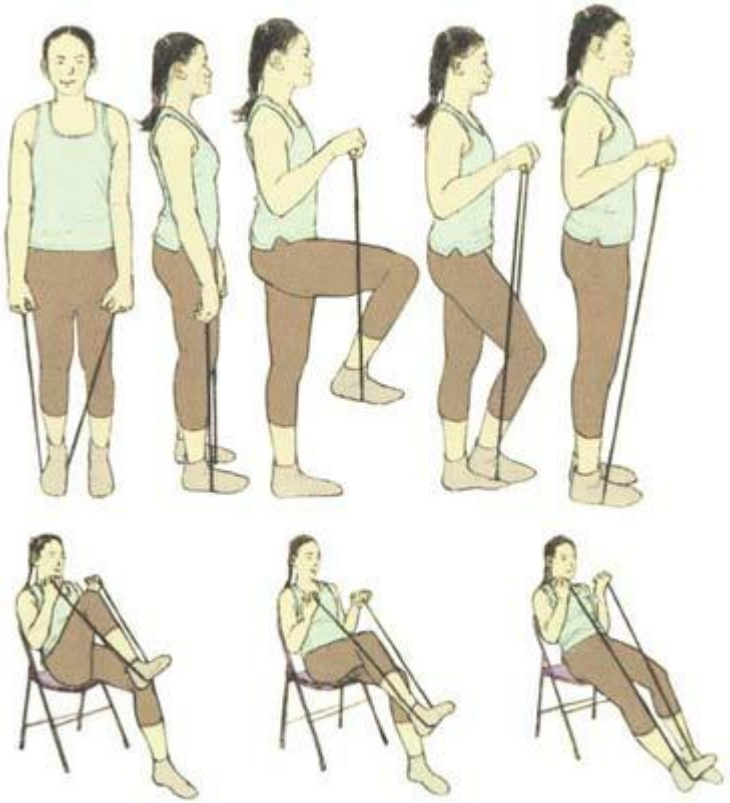
5. ไม่อาบน้ำทันทีหลังออกกำลังกาย ควรรออย่างน้อย 5-10 นาที

6. เลี่ยงการออกกำลังกายชนิดที่ต้องกลั้นหายใจ เนื่องจากจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงได้

7. หลีกเลี่ยงการแข่งขัน เนื่องจากความตื่นเต้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งสาร catecholamine และทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

8. เป็นไข้ ไม่สบาย ไม่ควรออกกำลังกาย และถ้าผู้สูงอายุหยุดออกกำลังกายระยะหนึ่ง และจะเริ่มต้น ออกกำลังกายใหม่ควรลดขนาดของการออกกำลังกายลงจากเดิมก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มภายหลัง

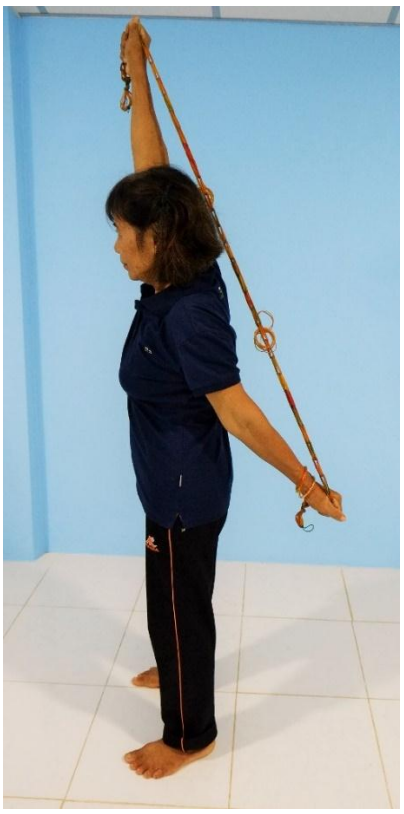
การออกกำลังกายด้วยยางยืด



การออกกำลังกายด้วยยางยืดสามารถนำไปใช้ออกกำลังกายได้ทุกที่ได้โดยง่ายและประยุกต์ท่าทางได้หลากหลายช่วยพัฒนาสุขภาพ กระชับกล้ามเนื้อ ลดไขมันหรือเสริมสร้างความแข็งแรงได้และบำบัดรักษาระบบการทำงานของประสาทกล้ามเนื้อและช่วยป้องกันการเสื่อมสภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อเอ็นกล้ามเนื้อ รวมทั้งข้อต่อกระดูก นอกจากนั้นยังช่วยเสริมสร้างความอดทนของกล้ามเนื้อในหลายรูปแบบ ลดไขมันทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวกระชับได้สัดส่วน โดยยางยืดที่ใช้อาจใช้ยางวงรัดขอนำมาร้อยข้อละ 3-5 เส้น โดยร้อยยาวประมาณ 1 เมตร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงตัวของผู้ใช้

10 ท่าบริหารด้วยยางยืด (กลุ่มงานวิชาการ คณะศิลปศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตมหาสารคาม, 2550)

ท่าที่ 1 บริหารกล้ามเนื้อไหล่ มัดหน้าและหลัง (แขนเหยียดให้เฉียดฟ้า)



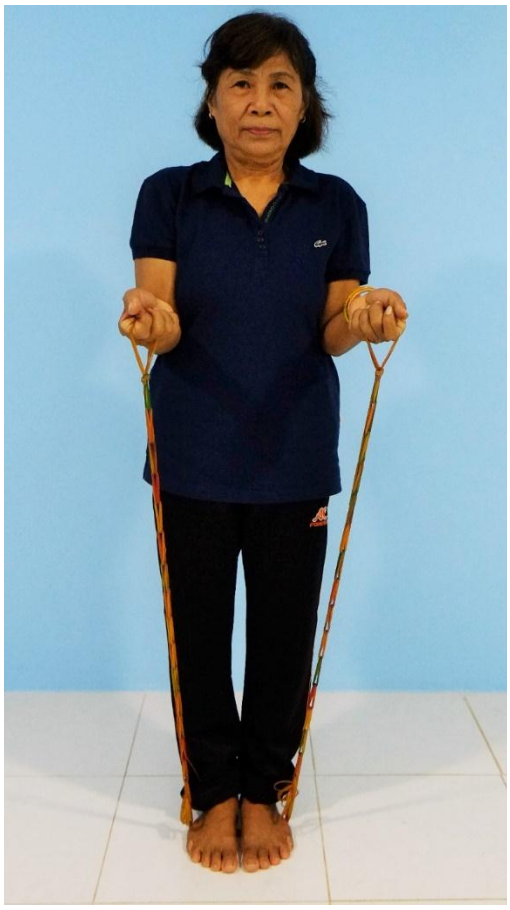
- ยืนตรง แยกขาเสมอไหล่ มือทั้งสองข้างจับเชือกยางยืดยาวประมาณช่วงไหล่ คว่ำมือเข้าหาตัว วางมือเฉียงไปข้างลำตัว

- มือซ้ายถือเชือกไปข้างหลัง มือขวาดึงเชือกขึ้นเหนือศีรษะ เหยียดแขนดึงให้สุดเท่าที่จะทำได้ (ทำสลับข้างซ้าย-ขวา)

ท่าที่ 2: บริหารกล้ามเนื้อไหล่ มัดกลาง (แขนเหยียดเป็นเส้นตรง)

- ยืนตรง แยกขาเสมอไหล่ มือทั้งสองข้างจับเชือกยางยืดยาวประมาณช่วงไหล่ คว่ำมือเข้าหาตัว
- ดึงเชือกยางออกจากกันไปข้างลำตัว และยกแขนสูงระดับไหล่เหยียดตึง

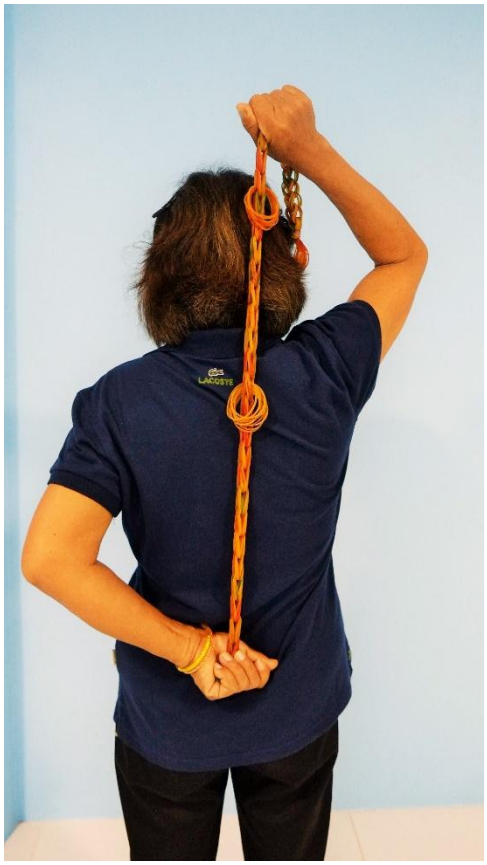
ท่าที่ 3: บริหารกล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้า (ดึงแขนจนศอกตั้ง)

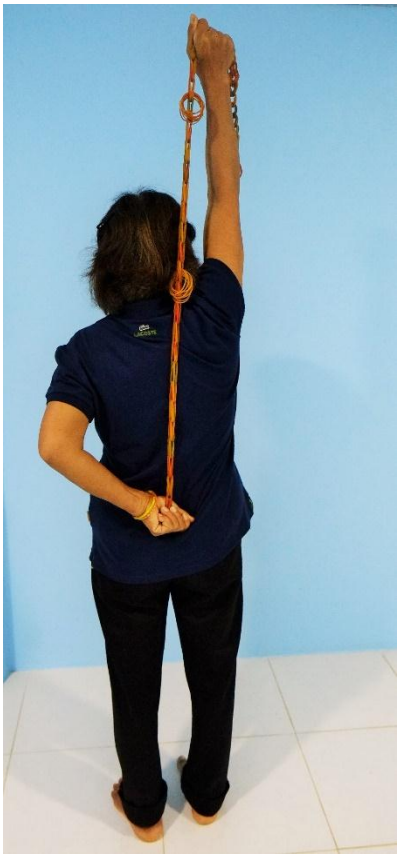


- ยืนตรง เหยียดเชือกไว้ที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง มือทั้งสองข้างจับเชือกยืดหงายฝ่ามือออกด้านนอกลำตัว แขนแนบลำตัวไว้ให้เชือกตึงพอดี

- ออกแรงดึงเชือกทั้งสองมือ โดยพับข้อศอกเข้าหาไหล่ แขนยังแนบลำตัวอยู่

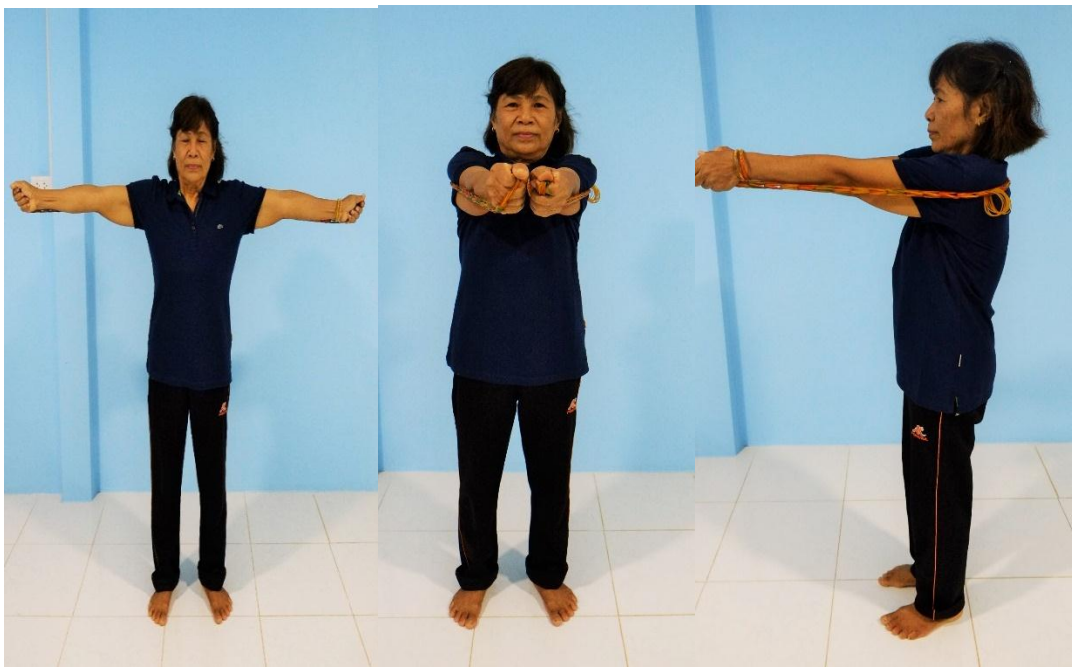
ท่าที่ 4: บริหารกล้ามเนื้อต้นแขนด้านหลังและหัวไหล่ (ดึงหลังเพิ่มพลังแขน)





- ยืนตรง แยกขาเสมอไหล่ มือทั้งสองข้างจับเชือกไว้ด้านหลังลำตัว (บริหารต้นแขนขวา)มือซ้ายจับเชือกอยู่ระดับเอว หงายฝ่ามือออกข้างนอก มือขวาจับเชือกให้อยู่ระดับศีรษะด้านหลังโดยคว่ำฝ่ามือเข้าหาศีรษะ
- มือซ้ายอยู่กับที่ มือขวาดึงเชือกให้ยืดออกขึ้นไปศีรษะด้านบนจนสุดแขน ลดมือขวาลง (ทำสลับกัน) เปลี่ยนไปบริหารต้นแขนซ้าย

ท่าที่ 5: บริหารกล้ามเนื้ออก ด้านนอก ด้านใน (ผีเสื้อขยับปีก)



- ยืนตรงจับเชือกพาดไว้ด้านหลังลำตัว กางแขนออก หงายฝ่ามีอออกด้านนอกลำตัวระดับไหล่ดึงเชือกยางให้ยืดออก
- รวบแขนทั้งสองข้างเข้าหากันด้านหน้าจนฝ่ามือชนกันให้อยู่ระดับอก (ท่านี้คล้ายผีเสื้อกระพือปีก)

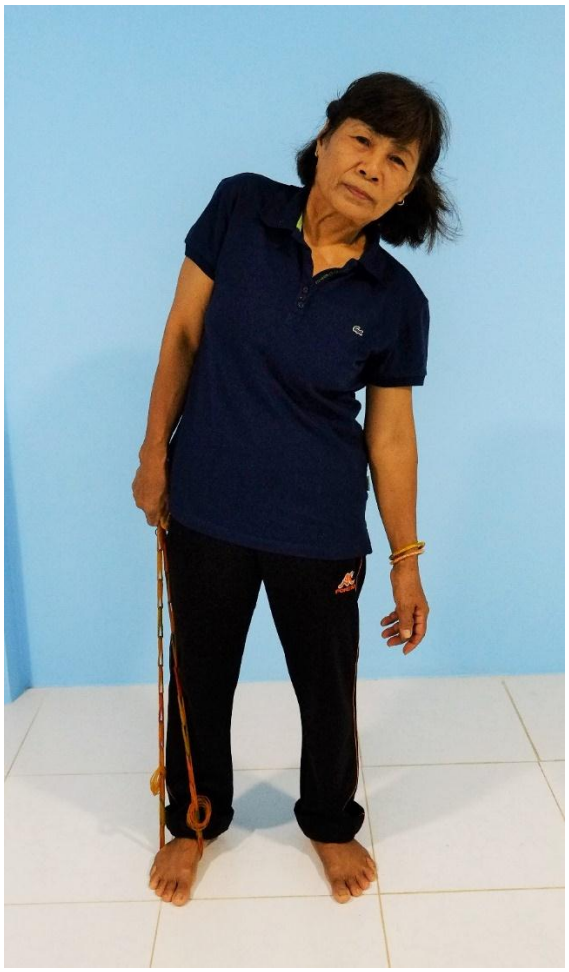
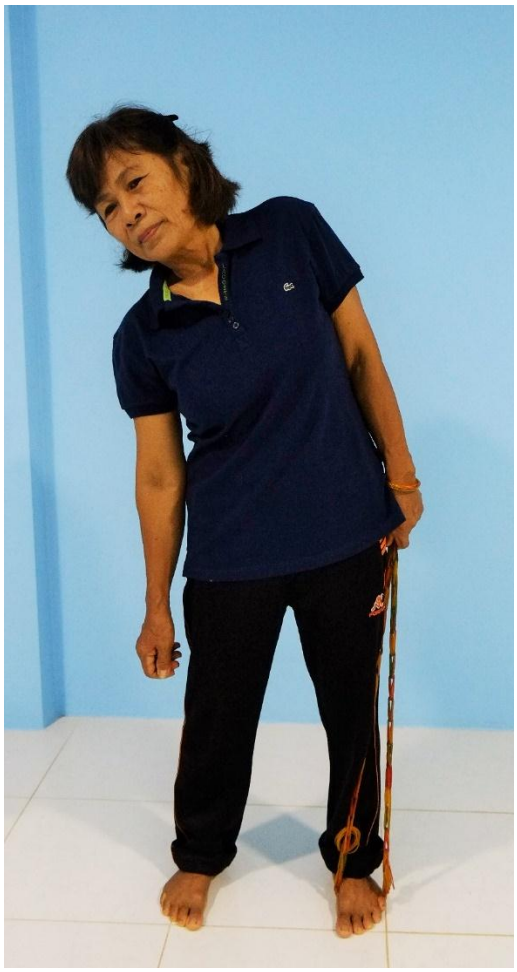
ท่าที่ 6 บริหารกล้ามเนื้อหลังกลางลำตัว (แตะเชือกหน้า – หลัง)

- ยืนตรงแยกขาเสมอไหล่ จับเชือกยาวประมาณไหล่ หันฝ่ามือออก ด้านนอกลำตัว
- มือขึ้นสูงเหนือศีรษะ ลำแขนตรง
- ลดมือลงดึงเชือกให้ยืดออก งอข้อศอกลดแขนลงระดับไหล่ด้านหลัง ให้เชือกไปแตะที่ไหล่ด้านหลัง
- ชูมือขึ้นสูงเหนือศีรษะลำแขนตรง
- ลดมือลงดึงเชือกให้ยืดออก งอข้อศอกลดแขนลง ระดับไหล่ด้านหน้า ให้เชือกไปแตะที่ไหล่ด้านหน้าทำสลับกันถือว่า 1 ครั้ง

ท่าที่ 7 บริหารกล้ามเนื้อส่วนหลังบนและต้นแขนด้านหลัง (ชักดาบ ซ้าย-ขวา)

- ยืนตรง แยกขาเสมอไหล่ มือทั้งสองข้าง จับเชือกห่างประมาณไหล่ วางไว้บริเวณสะโพกด้านหน้า มือซ้ายจับปลายเชือกล็อกไว้ข้างสะโพก หันฝ่ามือเข้าหาลำตัว
- มือขวาดึงเชือกยืดออกปาดเฉียงไปด้านข้างลำตัว ให้แขนตรงเลยไปด้านหลังลำตัวเล็กน้อย มือจะอยู่สูงกว่าหัวไหล่และศรีษะ

ท่าที่ 8 บริหารกล้ามเนื้อลำตัวด้านข้าง (ต้นหญ้าลู่ลม)

- ยืนตรง แยกขาเสมอไหล่ เท้าเหยียบกึ่งกลางเชือกไว้ มือขวารวบเชือกไว้ในฝ่ามือ หันฝ่ามือขวาเข้าหาลำตัวให้เชือกตึง
- เอนลำตัวไปทางด้านตรงข้ามด้านซ้ายให้มากที่สุด รู้สึกตึงที่ลำตัวด้านขวา (ทำสลับกัน)

ท่าที่ 9 บริหารกล้ามเนื้อสะโพกและหัวเข่า (ย่อ ยืด ยืน)

- ยืนตรง เท้าชิด แขนเหยียดข้างลำตัว คล้องเชือกไว้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างเหยียบเอาไว้ มือทั้งสองข้างจับปลายเชือก ย่อเข่าและลำตัวลงจับเชือกให้ตึงพอดี

- ยืดสะโพกลำตัวขึ้นสู่ท่ายืน เชือกจะถูกยืดออกให้เกิดแรงต้าน ยืนนิ่งสักครู่

ท่าที่ 10 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาและหัวเข่า (ยก-เหยียด-เหยียบ)

- ยืนตรง แยกขาเสมอไหล่ คล้องเชือกไว้ที่ฝ่าเท้าข้างใดข้างหนึ่งเหยียบไว้ มือทั้งสองข้างจับปลายเชือก ให้เชือกตึงแนบต้นขา

- ยกขาด้านที่เหยียบเชือกขึ้น ให้เข่างอขึ้น ต้นขาขนานกับพื้นพร้อมดึงเชือกขึ้น ข้อศอกแนบข้างลำตัวระดับใต้อก ดึงเชือกให้ตึง

- ถีบเชือกให้ยางยืดออกจนเท้าเหยียบพื้น มืออยู่ท่าเดิม ยืนนิ่งสักครู่

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

รหัส ☐☐

☐ ก่อนการทดลอง ☐ หลังการทดลอง

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง

1. ก่อนทำการสัมภาษณ์ ให้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และสิทธิของ ผู้ถูกสัมภาษณ์ ที่จะไม่ตอบคำถามในข้อใดข้อหนึ่งก็ได้

2. การรวบรวมข้อมูลนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีคำถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

3. ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล ดังนั้นจึงขอให้ท่านได้ตอบคำถามด้วยความสบายใจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามเฉพาะ ข้อ 2 - 8 และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง ..... หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ตามความเหมาะสม

1. เพศ

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี.....ปี

3. ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้วและยังอยู่กินด้วยกันหรือไม่

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส/คู่

☐ 3. หย่า/แยก ☐ 4. หม้าย

4. ท่านเรียนจบสูงสุดระดับใดหรือชั้นใด

☐1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐2. ประถมศึกษา

☐3. มัธยมศึกษา ☐4. ปวส./ อนุปริญญา

☐5. ปริญญาตรี ☐6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. ปัจจุบันท่านมีอาชีพหลักอะไร คืออาชีพที่ทำรายได้เป็นส่วนใหญ่สำหรับตัวท่านและครอบครัว

☐1. รับจ้าง ☐2. เกษตรกรรม

☐3. ค้าขาย ☐4. ธุรกิจส่วนตัว

☐5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐6. แม่บ้าน

6. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

☐1. อยู่คนเดียว ☐2. คู่สมรส

☐3. บุตร-หลาน ☐4. ญาติ พี่น้อง

7. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

☐1. ไม่มี ☐2. มี ระบุ.....

8. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่

☐1. ไม่เจ็บป่วยเลย ☐2. เจ็บป่วย ระบุ.....

9. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมานานเท่าใดแล้ว ..... ปี ..... เดือน

10. ในปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมบ่อยเพียงใด

☐1. ไม่ได้เข้า ☐2. เข้าเป็นบางครั้ง ☐3. เข้าร่วมบ่อยครั้ง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์เกริ่นนำ “การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย มีความสำคัญมากต่อผู้สูงอายุ” และให้ถามครั้งละ 1 ข้อความ ว่า “ท่านคิดว่า ท่านสามารถ ..... (อ่านข้อความ) มากน้อยเพียงใด จาก

❺ทำได้แน่นอน หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้มากกว่า 80%
❹ทำได้ หมายถึง มั่นใจว่าจะทำได้ประมาณ 61 ถึง 80%
❸พอทำได้ หมายถึง มั่นใจว่า น่าจะทำได้ประมาณ 41 ถึง 60%
❷ทำได้น้อย หมายถึง น่าจะทำได้ประมาณ 21 ถึง 40%
❶ทำไม่ได้เลย หมายถึง น่าจะทำได้ 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความมั่นใจในช่องที่ตรงกับข้อความตามคำตอบที่ได้

ข้อความ	ระดับความมั่นใจว่าทำได้				
	❺	❹	❸	❷	❶
ด้านการบริโภคอาหาร 1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถลดการกินอาหารที่มีรสจัดได้ เช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด					
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถกินผักได้ทุกวัน					
3. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถกินผลไม้ได้ทุกวัน					
4. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถลดการกินอาหารที่มีไขมันสูงได้เช่น เนย กะทิ ไขมันจากสัตว์					
5. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถกินอาหารประเภทปลาได้ทุกวัน					
6. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถลดการกินขนมหวาน เช่น ทองหยอด ของเชื่อมต่าง ๆ ได้					
7. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถลดการกินขนมประเภทอบ เช่น คุกกี้ เค้ก ได้					
8. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถดื่มน้ำสะอาดให้ได้วันละ 6-8 แก้วทุกวัน					

ข้อความ	ระดับความมั่นใจว่าทำได้				
	❺	❹	❸	❷	❶
9. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถงดการดื่มชา กาแฟได้ ทั้งร้อนและเย็น					
10. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล					
11. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถดื่มนมถั่วเหลืองหวานน้อยหรือนมไขมันต่ำอย่างน้อยวันละ 1 กล่อง หรือ 1 แก้ว					
12. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์					
13. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถกินอาหารได้ครบ 5 หมู่ทุกวัน					
14. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถกินอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว แต่พออิ่ม คือ มื้อละ 2 ทัพพี					
15 ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถงดกินอาหาร หลัง 1 ทุ่ม หรือ ภายใน 2 ชั่วโมงก่อนนอน					
ด้านการออกกำลังกาย 16. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกายด้วยการอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที ทุกครั้ง					
17. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
18. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้นานครั้งละประมาณ 30 นาที					
19. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาทีหลังการออกกำลังกาย					
20. ท่านมั่นใจว่าท่านจะออกกำลังกายแต่พอเหมาะไม่หนักจนเหน็ดเหนื่อย และหายใจหอบ					

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามครั้งละ 1 ข้อความ ว่า “ท่านคิดว่า ถ้าท่านปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้แล้ว จะมีผลดีต่อสุขภาพของท่าน หรือเป็นประโยชน์ต่อตัวท่าน มากน้อยเพียงใด

❺มากที่สุด	หมายถึง จะเกิดผล มากกว่า 80%
❹มาก	หมายถึง จะเกิดผล ประมาณ 61 ถึง 80%
❸ปานกลาง	หมายถึง จะเกิดผลประมาณ 41 ถึง 60%
❷น้อย	หมายถึง จะเกิดผลประมาณ 21 ถึง 40%
❶น้อยที่สุด	หมายถึง จะเกิดผล 20% หรือน้อยกว่านั้น

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคาดหวังที่ตรงกับข้อความตามคำตอบที่ได้

ข้อความ	ความคาดหวัง				
	❺	❹	❸	❷	❶
ด้านการบริโภคอาหาร 1. ถ้าหากท่านลดการกินอาหารเค็มจัด หวานจัด จะช่วยลดความผิดปกติของไต และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้					
2. ถ้าหากท่านกินอาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ให้น้อยลง ท่านจะไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไขมันในเลือดสูง					
3. ถ้าหากท่านดื่มนมถั่วเหลืองหวานน้อยหรือนมไขมันต่ำอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว จะช่วยให้กระดูกแข็งแรง					
4. ถ้าหากท่านกินผักและผลไม้ จะช่วยให้ร่างกายได้รับวิตามินและแร่ธาตุ					
5. ถ้าหากท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว จะช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานปกติ					
6. ถ้าหากท่านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ท่านจะไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง					

ข้อความ	ความคาดหวัง				
	❺	❹	❸	❷	❶
ด้านการออกกำลังกาย 7. การออกกำลังกายจะช่วยให้การย่อยอาหารดีขึ้น					
8. การออกกำลังกายนานอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไปช่วยร่างกายแข็งแรงและลดความดันโลหิตได้					
9. การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 5-10 นาทีและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5-10 นาทีหลังออกกำลังกายช่วยป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้					
10. การออกกำลังกายจะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น					
11. การออกกำลังกายจะช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้					

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของท่าน

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามครั้งละ 1 ข้อความ ว่า “ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ และบ่อยเพียงใด ท่านได้ปฏิบัติกี่วัน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ของการกระทำตามคำตอบที่ได้

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติ (วัน)				
	ทุกวัน	5-6	3-4	1-2	ไม่เคย
ด้านการบริโภคอาหาร 1. กินเนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังไก่ อาหารทอด และกะทิ					
2. ดื่มนมถั่วเหลืองหวานน้อยหรือนมไขมันต่ำอย่างน้อยวันละ 1 กล่อง หรือ 1 แก้ว					
3. กินผลไม้ที่มีรสไม่หวานมาก เช่น มะละกอ ส้ม ชมพู่ แตงโม ฝรั่ง					
4. กินอาหารประเภทปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ					
5. กินอาหารครบ 5 หมู่					
ด้านการออกกำลังกาย 6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
7. อบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5-10 นาที ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง					
8. ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที					
9. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาทีหลังการออกกำลังกาย					

ขอขอบคุณท่านที่ได้ให้ข้อมูลในการแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

AF 06-13.1
ที่ ๐๐๘/๒๕๖๐

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย IRB ๐๐๘/๒๕๖๐
โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา
THE EFFECTS OF A HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR ELDERLY CLUB MEMBERS, BANG KHLA DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE
หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์ **รหัสนิสิต** ๕๙๙๒๐๓๓๐
หน่วยงานที่สังกัด หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

๑. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๔. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๕. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

การรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ มีผลถึงวันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ออกให้ ณ วันที่ ๒๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข)
ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก จ

เอกสารขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ ศธ ๖๒๑๙/๐๕๘

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางคล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์ รหัสนิสิต ๕๗๙๒๐๓๓๐ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ภาคพิเศษ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอความอนุเคราะห์อนุญาตให้นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์ เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุระหว่าง ๖๐-๖๙ ปี ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตามนัยดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๗๔๓

ที่ ศธ ๖๒๑๙/ ๐๕๔

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์ รหัสนิสิต ๕๗๙๒๐๓๓๐ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ภาคพิเศษ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอความอนุเคราะห์อนุญาตให้นางสาวปรียาภรณ์ นิลนนท์ เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุระหว่าง ๖๐-๖๙ ปี ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตามนัยดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๗๔๓