

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น สำหรับประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ในปี พ.ศ.2545, 2550 และ 2554 ประชากรสูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคือร้อยละ 9.4, 10.2 และ 12.2 ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2557) และจากการคาดการณ์ประชากรไทยพบว่าในปี พ.ศ.2568 และ พ.ศ. 2576 ผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.8 เป็น 25.0 แสดงให้เห็นว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วมาก ในช่วง พ.ศ.2568-2576 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยได้เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุหรือภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) นอกจากกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่แล้วในขณะเดียวกันอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า อัตราส่วนการเป็นภาระของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราส่วนร้อยละ 26.6 ซึ่งจะเพิ่มถึงร้อยละ 40.9 ในปี พ.ศ. 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ จากรายงานสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพของประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2552 ในลำดับต้นๆ ในเพศชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคต่อกระฉก คิดเป็นร้อยละ 10.7, 9.0, 6.9 และ 5.8 ตามลำดับ และในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 11.6, 11.3 และ 8.6 ตามลำดับ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการสูญเสียการมีสุขภาพดีมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (คณะทำงานภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2553) อย่างไรก็ตามสาเหตุปัญหาสุขภาพนี้สามารถป้องกันหรือลดการเกิดได้ โดยจัดให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2551 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2551) ในการศึกษาาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย

และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใน 4 จังหวัด จำนวน 6,142 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพตนเอง ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้านการสูบบุหรี่ โดยพบผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการดื่มสุรา พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ดื่มสุราเป็นประจำ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายยังไม่เหมาะสมกล่าวคือ ผู้สูงอายุถึงแม้จะมีแนวโน้มการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.3 ในปี พ.ศ.2545 เป็นร้อยละ 28.0 ในปีพ.ศ.2550 แต่มีผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่ออกกำลังกายเป็นประจำ โดยกลุ่มผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับประเทศไทยให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในห้ายุทธศาสตร์ และมีมาตรการสำคัญคือการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ

โดยทั่วไป ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Strecher & Rosenstock, 1992) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรค และปัจจัยร่วม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีต้องคำนึงถึงความเชื่อที่นอกเหนือจากองค์ประกอบทั้ง 4 ด้วย ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) (Chandler, 1992) ประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ เป้าหมายชีวิต และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีจึงเหมาะกับการศึกษาที่เน้นหลักการมีส่วนร่วมและการสร้างความสัมพันธ์ แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพบุคคลต้องคำนึงถึงแนวปฏิบัติ 9 องค์ประกอบในการประเมิน ได้แก่ แบบแผนสุขภาพ ความพร้อมด้านร่างกาย ด้านอาหาร พฤติกรรมเสี่ยง การทบทวนความเครียดในวิถีชีวิต สุขภาพในมิติจิตวิญญาณ ระบบสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และวิถีชีวิต ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1996) โครงสร้างทฤษฎีของแบนดูราประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ ทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน โดยความสัมพันธ์ของทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น สำหรับการศึกษานี้ครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรม

เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง พบว่ามีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น ประเทศเกาหลีมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (Han SS *et al.*, 2005) ผลการศึกษาพบว่าทำให้ความรู้อันเกี่ยวกับกลุ่มทดลอง และการฝึกยืดเส้นและกล้ามเนื้อ (Stretching exercise) มีผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (นิภาพรรณ อธิตมานนท์, 2554) ผลจากการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (สิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในเดือนสิงหาคม 2555 จำนวน 30 คน ชาย 15 คนและหญิง 15 คน เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 60 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 39 เช่น รับประทานอาหารมัน หวาน เค็ม มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดไม่เหมาะสมร้อยละ 43.34 มีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพไม่เหมาะสมร้อยละ 73.33 เช่น พฤติกรรมตรวจช่องปากด้วยตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง การไปรับบริการทันตกรรมในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 13 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 6.66 ดังนั้น จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมในด้าน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเป็นส่วนน้อยและพบเฉพาะเพศชายเท่านั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ด้าน ที่พบทั้งเพศชายและหญิงเท่านั้น

ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งพัฒนามาจากการทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลการกระทำ ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับความรู้จะเกิดการรับรู้และความคาดหวัง อันจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้องต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

## 3. สมมติฐานการวิจัย

- 3.1 คะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้ และคะแนนความคาดหวังของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 3.2 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 3.3 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม



#### 4. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

4.1 **ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

4.2 **โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ของแบนดูรา โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการพัฒนาใน 3 ด้าน ได้แก่

4.2.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบรรยาย การถามตอบ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ด้าน

4.2.2 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม การชมวีดิทัศน์ และการฝึกปฏิบัติ

4.2.3 การพัฒนาความคาดหวังในผลของการกระทำ ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มผลดีและผลเสียของการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการเล่าประสบการณ์และผลที่คาดหวัง

4.3 **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ ในด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ

4.4 **ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถในการจำและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการและผลดีของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ ประเมินจากแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.5 **การรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุประเมินว่าตนมีความสามารถระดับใด ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.6 **ความคาดหวังในผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.7 **พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น ใน 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ

4.8 **การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## 5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 **กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

5.2 **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ** ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ

5.3 **โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ของแบนดูรา

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework )



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 7. ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง เนื่องมาจากกลุ่มทดลองในครั้งนี้มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 52 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แต่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพียง 35 คน

## 8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

8.2 ได้รูปแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้กับชมรมผู้สูงอายุอื่น

8.3 เป็นแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือพฤติกรรมด้านอื่นๆ

8.4 ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่สัมพันธ์กันต่อไป

8.5 ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการวิชาการสู่สังคมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุอื่น

8.6 ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชได้

