

บทที่ 2

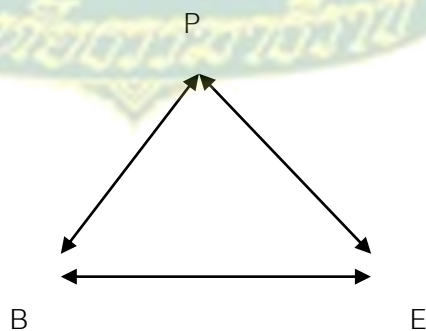
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory)
2. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
5. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

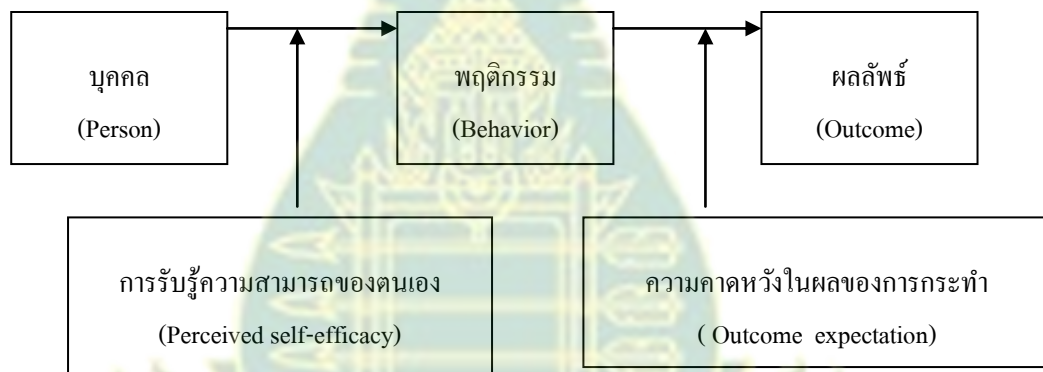
1. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura, 1977) พัฒนาขึ้น ในระยะแรกแบนดูราได้เสนอกรอบแนวคิดไว้ว่ากระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการกำหนด การอาศัยซึ่งกันและกันของตัวแปร 3 กลุ่มได้แก่ (1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง (2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และ (3) เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (Environmental condition = E) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ (Interlock system) โดยแต่ละองค์ประกอบต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งอิทธิพลแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977) ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และปัจจัยสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977)

ในระยะแรกแบนดูราได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังความสามารถของตนเองว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาภายหลังใช้คำว่า “การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self-efficacy)” แทนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง การตัดสินใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินการกิจกรรม โดยแบนดูราเชื่อว่าบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถในตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ จากแนวคิดเบื้องต้นแบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยมีสมมุติฐานว่าถ้าบุคคลคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองโดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตาม โดยมีโครงสร้างของทฤษฎี ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง
และความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977)

จากภาพที่ 2.2 พบว่าโครงสร้างทฤษฎีของแบนดูราแสดงให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีนี้ ซึ่งประกอบด้วย

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังไว้อย่างแน่นอน

บุคคลที่ตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างไรหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำได้อหรือไม่และความคาดหวังในผลที่จะเกิดการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลของการกระทำ ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ ดังภาพที่ 2.3

		ความคาดหวังในผลของการกระทำ	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

ภาพที่ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977: 330-332)

นอกจากนี้แบนดูรา ยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกันบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วยบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น และแบนดูราได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลว่าอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ (Dimension) 3 มิติ คือ

1. มิติตามขนาดความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือความสามารถจำกัดทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ยากๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถอาจพบความล้มเหลวได้

2. มิติการแผ่ขยายความหวัง (Generality) หมายถึง ประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่น ในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันของประสบการณ์บางอย่าง ไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองไปใช้ในสถานการณ์อื่น

3. มิติความเข้มข้นของความคาดหวัง (Strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนั้นมีความเข้มข้นน้อยคือไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้ามีความคาดหวังมากหรือมีความมั่นใจ บุคคลจะมีความพยายามแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม

แบนดูรา ได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี (Bandura, 1977: 330-332) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากว่าบุคคลต้องมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นอยู่ก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น และบุคคลจะต้องบอกกับตนเองว่าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จเขาก็ต้องทำได้เช่นกันถ้าเขามีความตั้งใจและพยายาม

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) คือการใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถในตนเองดีขึ้นด้วย

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) จะเห็นว่าถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตาม การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนจึง

เป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) กำหนดความหมายของผู้สูงอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือ “ผู้สูงอายุ (Older หรือ Elderly person)” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) กำหนดความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี

แฮนลอนและพิกเคท (Hanlon, G., and Pickett, J., 1984) ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป

มาเรย์และเซ็นเนอร์ (Murray and Zentner อ้างถึงใน นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุ” หมายถึง สภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมกัน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดเป็นจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ หรือหมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุราชการ

สรุป “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

2.2 การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย ดังนี้

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

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คนชรา (Old) หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชรามาก (Very old) หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ยูริค และคนอื่นๆ (Yuriek and others, 1980 : 31) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ 60 – 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

แฮนลอนและพิกเคท (Hanlon, G., and Pickett, J., 1984) ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ในวัยนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพช่วยเหลือตัวเองได้และเปี่ยมไปด้วยประสบการณ์ชีวิต สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยงานต่างๆ ที่เป็นแนวคิดหรือนโยบาย สามารถทำงานในทางสร้างสรรค์
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุระหว่าง 70-79 ปี ในวัยนี้ผู้สูงอายุกว่าครึ่งอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพตัวเองได้
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย อายุระหว่าง 80 ปีขึ้นไป ในวัยนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลจากผู้สูงอายุวัยอื่นและบุตรหลาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543 : 8) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุของประเทศไทย เป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 อายุตั้งแต่ 60-69 ปี ช่วงที่ 2 อายุตั้งแต่ 70-79 ปี และช่วงที่ 3 อายุ 80 ปีขึ้นไป

สรุป “ผู้สูงอายุ” การแบ่งช่วงอายุค่อนข้างใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุเป็น 2 ช่วงใหญ่ๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย

2.3 ความสำคัญของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) ได้ระบุเป็นเกณฑ์เอาไว้ว่า ประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 10 และสัดส่วนของประชากรที่อายุเกินกว่า 65 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 7 ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว เมื่อปี 2007 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7.02 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้คาดคะเนว่า ในปี 2030 หรือในอีก 18 ปีข้างหน้า ประชากรไทย 1 ใน 4 คน จะเป็นผู้สูงอายุ จากการเพิ่มจำนวนและ

สัดส่วนของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงเป็นที่แน่ชัดแล้วว่า ประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในอีกหลายประเทศ ที่ได้ก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว

วัยผู้สูงอายุ นับว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยทั่วไปการผู้สูงอายุจะมีเปลี่ยนแปลง (อุมาพร ฉัตรวิโรจน์, 2555) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เช่น ผิวหนัง จะมีลักษณะบาง แห้ง เหี่ยวย่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เซลล์ที่ผิวหนังแบ่งตัวช้าลงทำให้การหายของบาดแผลตามผิวหนังช้าลง ผมและขนร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาวย ระบบประสาทสัมผัสช้าลง สายตาเปลี่ยนเป็นสายตาวาย กระจกประสาทตาขุ่น ประสาทรับเสียงเสื่อมทำให้เกิดหูตึง มีฟันหักมากขึ้น ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อมลงทำให้เหนื่อยง่าย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันทางอารมณ์ และเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง นิยเปลี่ยนไปเฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม และซึมเศร้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม จากผู้ที่เคยทำงานต้องออกจากงาน สูญเสียการเป็นผู้นำครอบครัวจากการเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัวกับกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวที่ต้องเป็นฝ่ายรับ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี รวมทั้งการเสื่อมความเคารพ โดยคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ ความสามารถลดลงไม่ทันต่อเหตุการณ์ ความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์จึงลดลง

นอกจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยทางร่างกายแล้ว ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2552 จากรายงานสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย สำหรับประชากรไทย กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในลำดับต้นๆ ในเพศชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคต่อกระดูก คิดเป็นร้อยละ 10.7, 9.0, 6.9 และ 5.8 ตามลำดับ และในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 11.6, 11.3 และ 8.6 ตามลำดับ (คณะทำงานภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2553) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประมวลข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2551 ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในและ

ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพจำนวน 1,273,708 รายสูงถึง 16,976,263,090 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 13,328 บาท (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ, 2552)

ดังนั้น จะเห็นว่าการที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพส่งผลต่อประเทศในด้านการรักษาพยาบาลด้วย การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุข

3. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพดังนี้ “สุขภาพ” หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งในแง่ของสุขภาพจิตก็คือ การทำให้ชีวิตมีความสุข มีความพอใจ ความสมหวัง ทั้งของตนเองและของผู้อื่น สุขภาพดี ไม่ได้มีความหมายเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่อยู่ในสังคมด้วยดี ดังนี้

1. สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย
2. สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง สภาวะความสมดุลในทุกด้านของชีวิตทั้งทางร่างกายอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่างๆ
3. สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วย

สำหรับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายได้หลากหลายดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good, 1959)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดใดของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและมีสุขภาพอนามัยที่ดี พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ (Kals & Cobb, 1976) คือ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไป การรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นได้ ทั้งในขณะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว พฤติกรรมนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจาก ความรู้ ทักษะคติและความเชื่อของบุคคลนั้นๆ โดยที่อาจแสดงออกให้เห็นชัดเจน เช่น การออกกำลังกาย การป้องกันโรค การเดิน เป็นต้น (อำนาจ ภูศรี, 2547)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชนเจ็บป่วยบาดเจ็บหรือเสียชีวิต หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน มีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ (ธนวรรณ อิมสมบุรณ์, 2546)

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ โดยการกระทำนี้เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อของบุคคลนั้น และเกิดการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

3.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปแล้วทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมีหลายทฤษฎี และมีการนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) เป็นต้น (อาภาพร เผ่าวัฒนา, สิริวัชร กลัมพากรและคณะ, 2556 ; ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) ในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญ ดังนี้

1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อที่จะอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้อธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของบุคคลมี 4 ประการ คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรค (Perceived benefits and barriers) และปัจจัยร่วม (Modifying factors) โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการนำมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการรักษาโรค กล่าวคือบุคคลต้องรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค การรับรู้นี้จะทำให้บุคคลเลือกวิธีการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์และมีอุปสรรคน้อย โดยมีปัจจัยร่วมอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

2) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) มีโครงสร้างทางทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจของบุคคลว่ามีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรม โดยที่เจตนาในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral intention) เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ และเจตนา ก็มาจากทัศนคติของบุคคลต่อพฤติกรรม ในโครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติต่อพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เจตนาในการทำพฤติกรรม ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่มีอยู่จริง และพฤติกรรม โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ส่วนมากนำมาใช้ในการทำนายและแก้ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม

3) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลตระหนักและค้นหาความสามารถหรือความเข้มแข็งที่มีอยู่ในตนเอง เพื่อช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี เข้าสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งรวมถึงความเป็นองค์รวมและจิตวิญญาณด้วยการเสริมพลังอำนาจเป็นได้ทั้งเป้าหมาย กระบวนการ ในแง่ของเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจจะทำให้บุคคล กลุ่มหรือชุมชน บรรลุการมีความสุข มีสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดี ในแง่ของกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาปัญหา ตัดสินใจ และแก้ปัญหาด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจจะเกี่ยวข้องกับการช่วยให้คนมีความหวัง มีการคาดหวัง

และมันในใจการดำเนินการต่างๆ ให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งรวมถึงความสามารถเหล่านี้ คือ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ทางเลือกในการตัดสินใจ ความสามารถในการคิดเชิงรุกเพื่อประกอบการตัดสินใจ

4) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นในเรื่องทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อจะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องต่อไป

3.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจะประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าว

3.2.3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจะครอบคลุมทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่

1) **พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Smoking)** การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ มะเร็งปอด นอกจากนั้นยังทำให้กระดูกบางกล้ามเนื้ออ่อนแรง และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ อุบัติการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพจะพบได้มากในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

2) **กิจกรรมทางกาย (Physical activity)** การออกกำลังกายครอบคลุมถึงการทำกิจกรรมทางกาย ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การออกกำลังกายที่ต่อเนื่องจะสามารถชะลอเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง และหากมีการออกกำลังกายประเภทที่มีความหนักปานกลาง จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจได้ นอกจากนั้น การมีกิจกรรมทางกายที่สม่ำเสมอจะสามารถลดความพิการอันเกิดจากโรคหัวใจและโรคอื่นๆได้ รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุทรงตัวได้ดี ลดการเกิดอุบัติเหตุของการหกล้ม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านนี้ได้อย่างเต็มที่ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจน้อยหรือผู้สูงอายุที่มีความพิการอยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีความเชื่อหรือกลัวต่อการหกล้ม จึงทำให้ยังมีปัญหานี้อยู่ โดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุยังมีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย เพียงร้อยละ 41.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

3) การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Healthy eating) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่พบในวัยสูงอายุโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีทั้งปัญหาการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนและการบริโภคเกิน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติพบว่า ผู้สูงอายุไทยบริโภคผักผลไม้ เพียงร้อยละ 63 ซึ่งจะนำไปสู่การขาดแร่ธาตุที่สำคัญบางตัว ได้แก่ แคลเซียม มีผลต่อการเสริมสร้างเซลล์กระดูก และมีผลให้กระดูกหักง่ายกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังในระบบหัวใจและหลอดเลือด การบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุคือ วันละ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่และให้มีอาหารหลากหลายประเภท

4) การดูแลสุขภาพฟัน สุขภาพฟันเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวอาหาร จากการวิจัยที่รวบรวมโดยองค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพฟันมักจะสัมพันธ์กับการขาดสารอาหาร และเพิ่มอัตราการเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายกว่าในวัยอื่นๆ (World Health Organization, 2002)

5) การดื่มน้ำ ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ร่างกายจะขับออกลดลง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการเผาผลาญ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียการทรงตัวได้ง่ายกว่าวัยผู้ใหญ่เกิดการหกล้ม ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยในวัยนี้ จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งมีผลรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2550 พบว่า ยังมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 3 ที่ดื่มน้ำดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และเพิ่มมากขึ้นในช่วงเทศกาลพื้นบ้าน

6) การใช้ยา เนื่องจากผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและจะมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาและบรรเทาอาการที่ปฏิบัติกันอยู่คือการให้ยารักษาประเภทต่างๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมักได้รับยาจากแพทย์และบ่อยครั้งที่ซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุได้รับยาเกินขนาดได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง แบ่งออกเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีพบกับความสุขและบรรลุความต้องการสูงสุดของชีวิต โดยส่วนใหญ่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพฟัน การดื่มน้ำ และการใช้ยา การวิจัยครั้ง

นี้ผู้วิจัย ได้เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ

4. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เริ่มจากการประกาศกฎบัตรออกตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" หรือ "HEALTH PROMOTION" หมายถึง "ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม" บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรอาศัยแนวทางเดียวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้

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

2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้สูงอายุนั้นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชน จะต้องมีการรวมตัวกัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมา

วิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ เช่น การฟังเทศน์ฟังธรรม เป็นต้น

4. พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านสื่อต่างๆ

5. ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกๆ ด้าน

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

สำหรับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยทั่วไปแล้ว เป็นการดำเนินการตามแนวทางเดียวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการข้างต้น โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2558) ได้กล่าวถึงโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ดังนี้

1. **อ.อาหาร** โดยรับประทานอาหารให้หลากหลาย ได้สัดส่วนเพียงพออิ่ม ครบ 5 หมู่ เน้นย่อยง่ายและสะอาด อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น อาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. **อ.ออกกำลังกาย** โดยออกกำลังกายทุกส่วนสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จังหวะการเต้นของหัวใจ ผู้สูงอายุควรเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม มีหลากหลายวิธี เช่น ยืดเส้นยืดสาย ยืดเหยียด ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เดินเร็ว ชีจ๊กรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น และหลีกเลี่ยง การแข่งขัน ออกแรงเกินกำลัง ความเร็วสูง เกร็ง เบ่ง ยกน้ำหนัก การอยู่ในสถานที่ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเท อยู่กลางแจ้ง

3. **อ.อารมณ์** คือ อารมณ์รื่นเริงยินดี ชีวีสดใสด้วยรอยยิ้ม จิตแจ่มใส มองโลกในแง่บวก ไม่เครียด ช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ลูกหลาน คนรอบข้าง

4. **อ.อดิเรก** สร้างสรรค์งานอดิเรก เพิ่มพูนคุณค่า เกื้อกูลสังคม หากิจกรรมงานอดิเรกที่ชอบ ทำแล้วเพลิดเพลิน และมีคุณค่าทางจิตใจ เช่น อ่านหนังสือธรรมะ ฟังเทศน์ฟังธรรม พบปะสังสรรค์ ให้คำปรึกษาแนะนำฟังเพลง ปลูกต้นไม้ และ

5.อ.อนามัย โดยสร้างอนามัยดี ซีวีมีสุข นำพาอายุยืนยาว สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หมั่นตรวจและรักษาสุขภาพ ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ ควรตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน งด ละ เลิกอบายมุข บุหรี่ เหล้า ของมีเนเมา และสารเสพติด

นอกจากนี้แล้ว การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile) ของวอล์คเกอร์ (Walker, 1992) ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านจิตวิญญาณ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 6) ด้านโภชนาการ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การปฏิบัติตนตามหลัก 5 อ. หรือมีการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้กับการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

5. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี

เทศบาลนครปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี (เทศบาลนครปากเกร็ด, 2557) ประกอบด้วยชุมชนในเขตเทศบาลนครปากเกร็ดจำนวน 63 ชุมชน นโยบายของเทศบาลนครปากเกร็ดด้านสาธารณสุข อนามัย และสวัสดิการสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีแก่ประชาชน จัดบริการป้องกันและควบคุมโรคอย่างทั่วถึง เพิ่มศูนย์บริการเคลื่อนที่ เพื่อให้ครอบคลุมทุกวัย การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีหน้าที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการสุขภาพิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อย ในเขตเทศบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ แมลง พาหะนำโรค การป้องกันการติดยาและสารเสพติด การควบคุมการประกอบการค้าที่อาจเป็นอันตรายแก่สุขภาพ การป้องกันและควบคุมแก้ไขเหตุรำคาญและมลภาวะ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และงานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องภายในเขตเทศบาล จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นงานหนึ่งของกองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพในชมรม

ผู้สูงอายุด้วย โดยวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครปากเกร็ด เพื่อให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลนครปากเกร็ดได้เสนอกิจกรรมและโครงการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โครงการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้เทศบาลนครปากเกร็ดดำเนินการตามความต้องการต่อไป นอกจากนี้เทศบาลนครปากเกร็ดได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครปากเกร็ด ตามระเบียบเทศบาลนครปากเกร็ด ว่าด้วยการบริหารงานศูนย์ประสานงานชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครปากเกร็ด เพื่อเป็นเวทีในการรับฟังปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปากเกร็ด ประกอบด้วยชมรมผู้สูงอายุตำบลปากเกร็ด ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางตลาด ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางพูด ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านใหม่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองเกลือ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุต้องมีสมาชิกอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงกลุ่มละ 30 คน จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางพูดและตำบลบางตลาด จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ คือ เป็นตำบลที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และมีสมาชิกตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป มีการจัดกิจกรรมครั้งล่าสุดมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของสมาชิกทั้งหมด และมีการดำเนินงานและรายงานผลอย่างต่อเนื่อง จากหลักเกณฑ์ข้างต้นได้ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางพูดและตำบลบางตลาด โดยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบางพูด มีจำนวน 53 คน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบางตลาด มีจำนวน 65 คน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิเชษฐ สุธรรมรักษ์ (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนพื้นที่สถานีอนามัยตำบลบ้านยาง อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ได้รับการเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา (2550) ได้ศึกษาผลของโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ในการส่งเสริมการออกกำลังกายในบ้านในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลชลบุรี

จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ความคาดหวังผลจากการออกกำลังกายกล้ามเนื้อและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อภิชาติ เจริญยุทธ (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายและหญิงที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) ของแบนดูรา ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศิริวรรณ ชัดติยวิทยากุล (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลละลมใหม่พัฒนา อำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) จำนวน 240 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 120 คน และกลุ่มควบคุม 120 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 10 อ. ได้แก่ อาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อูจจาระ อนามัย อุบัติเหตุ/สิ่งแวดล้อม อารมณ์ อติเรก อบอุน และอนาคต พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับข้อ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีจำนวนพืชน้อยกว่า 20 ซึ่ง คณะกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิภาพรรณ อธิคมานนท์ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้กระบวนการกลุ่ม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรมใน 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

ผลการวิจัยพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและแนวคิดคุณภาพชีวิตโปรแกรมฯ พัฒนาจากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความผาสุกทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความปลอดภัยภายในบ้านและนอกบ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การส่งเสริมและสร้างคุณค่าในตนเอง ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม การทำงานอดิเรก และการใช้ยาอย่างปลอดภัย กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม การวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มตัวอย่างที่รู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Han SS et al. (2005) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 63 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 33 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าทำให้ความรู้กับกลุ่มทดลอง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 8 สัปดาห์ และการยืดเส้นและกล้ามเนื้อ (Stretching exercise) 5 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ โดยงานวิจัยส่วนมากมีการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วย (อภิชาติ เจริญยุทธ, 2552 ; สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2550) และจากการทบทวนเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความรู้ ทักษะการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวังในผลการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกล่าวถึง

การตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจึงประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการพัฒนาความคาดหวังในผลของการกระทำ ประกอบกับงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในหลายด้าน เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด เป็นต้น

ซึ่งจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ใน 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมทั้ง 6 ด้าน โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนน้อยและพบเฉพาะเพศชายเท่านั้น ผลจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นได้นำมาประกอบการจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างผู้สูงอายุ นักสาธารณสุขหรือผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ และผู้วิจัย เพื่อหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มเห็นว่าควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทันตสุขภาพ ที่พบทั้งเพศชายและหญิงเท่านั้น

