

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายและ ส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และไม่สามารถประกอบ กิจกรรมต่างๆ ได้เนื่องจากร่างกายเสื่อมสภาพ ทำให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุข สุขภาพรวมเพิ่มขึ้น และการส่งเสริมสุขภาพที่สม่ำเสมอเกิดขึ้นได้ไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในปี พ. ศ 2551 ผู้สูงอายุไทยมีอัตราเพิ่มขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 10.7 ของประชากรในประเทศไทย จำนวน 67 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2555 จำนวนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะมีจำนวน 8,404,000 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 12,866,000 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2568 จำนวนประชากรผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 14,452,000 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยจะเป็นกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยผู้สูงอายุจะมีสัดส่วน 1 ใน 5 ของคนทั้งประเทศ (เดลินิวส์, 2008) อาจส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคระบบต่อมไร้ท่อ ฯลฯ ที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรายงานของ องค์การอนามัยโลก ที่กล่าวว่า สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก ในปี 2545 จำนวน 135 ล้านคน (Association, 2000) และในแต่ละปีผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิต ประมาณ 4 ล้านคน รวมทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตาบอด ไตวาย หัวใจวาย เป็นอัมพาต ต้องตัดแขนหรือตัดขา ขณะนี้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีจำนวนมากถึง 285 ล้านคน หากว่าจำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานยังเพิ่มสูงขึ้นต่อไปเรื่อยๆ โดยไม่มีมาตรการยับยั้ง จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นถึงกว่า 435 ล้านคนในอีก 20 ปี ข้างหน้า (จินตนะมาพะกะ , 2553) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความเจ็บป่วยนาน รักษาไม่หายขาด มีอาการกำเริบของโรค เป็นระยะ ๆ และต้องใช้การฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน โรคเบาหวานมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ถ้าผู้สูงอายุโรคเบาหวานดูแลตนเองไม่ดี แม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาในการรักษาเบาหวานมากขึ้น แต่ก็พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังเกิดขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้บ่อย คือ ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (Matteson, 1997) จากการที่ผู้สูงอายุหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีอัตราตายสูงสุดร้อยละ 30 (Deakins, 1994) อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ โรคตา โรคไต โรคทางระบบประสาท สูญเสียการมองเห็น โรคหลอดเลือดแดงแข็ง กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพฤกษ์ อัมพาต ซากตามปลายมือ

ปลายเท้า (Wallace, 1999) ซึ่งการควบคุมให้ระดับน้ำตาลอยู่ประมาณ 100-200 มก./ดล โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Wallace, 1999) จุดมุ่งหมายเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเกิดโรคหลายโรค และลดอัตราการตาย (Marmot, 1999, 2006) บุคลากรด้านสุขภาพ หรือที่มสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควรส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคเบาหวาน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็โรคเบาหวานจึงเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานที่จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็โรคเบาหวานสามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย เพราะผู้สูงอายุจะนึกถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวและไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อแก้ไขปัญห สุขภาพเท่านั้น (Schutzer, 2004) ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ดีและเหมาะสมมาก ด้วยการ รับผิดชอบต่อสุขภาพ ตนเอง การรับประทานอาหารและการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล รวมทั้งการจัดการกับความเครียด (ชลธิชา เรือนคำ, 2547) อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางสังคมด้วย และแรงสนับสนุนทางสังคมจะลดซึมผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม อาจลดความเครียดได้โดยตรงหรือช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเข้มแข็ง ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแคบแลน (1997 อ้างถึงใน อรุณรัตน์ กาญจนะ , 2545: 86) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จะช่วยลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อทางร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลอดทนต่อปัญหา มากขึ้น (อรุณรัตน์ กาญจนะ , 2545) ดังนั้นสิ่งเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้ความเครียดลดลง และการให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนผู้ป่วยด้านต่างๆ โดยมุ่งเน้นด้านอารมณ์และจิตใจควบคู่กับด้านร่างกาย (คุษฎี พงศ์อุดม , 2549) นอกจากนี้ การขาดแรงสนับสนุน ทางสังคมมี ผลต่อ ความซึมเศร้าและความเครียดในผู้สูง อายุการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมด้วยกันจะทำให้มีสุขภาพที่ดี ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่เสื่อมลดลง และคุณภาพชีวิตลดลง (Greaves, 2006) และจากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่

ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป พบประมาณ 1 ใน 7 คน โดยส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้นทำให้สุขภาพเสื่อมลง (Greaves, 2006) เช่นเดียวกัน ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ไทยในชุมชนที่มีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีประมาณ ร้อยละ 30 (Thongdang, 2008) จากการศึกษาวิจัย พบว่า ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางจากครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ความซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับการขาดแรงสนับสนุนในสถานบริการดูแลระยะยาว การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กันกับผู้สูงอายุ หรือผู้อื่น จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Greaves, 2006) และความสัมพันธ์ระหว่างการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้ที่เพียงพอ ทักษะติดต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ การเข้าถึงสถานบริการในการใช้บริการและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคม ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ การเข้าถึงสถานบริการ ทักษะติดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และรายได้ที่เพียงพอ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.8 เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Janpaisri, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544) ที่ได้ศึกษาภาวะความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ และที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มละ 50 คน โดยใช้แบบทดสอบ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยใช้ลูกจ้างของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ภาวะความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสวนแดง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร พบได้ร้อยละ 41 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ย 65 ปี การศึกษาทั้งหมดอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง ประถมการศึกษาปีที่ 6 โดยมีผู้หญิงเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้ชาย ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นและอาจจะสามารถช่วยลดปัญหาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แต่ควรที่จะเพิ่มความถี่ หรือพัฒนากิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น จุดอ่อนของการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนความซึมเศร้าเฉลี่ยในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จะมีค่า น้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (10.06 และ 11.78 คะแนน) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 68.85 และผู้สูงอายุที่มีคะแนน

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา ซึ่งร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 23.10 (นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยยังมีจุดแข็ง คือ มีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 260 คน และใช้แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ตามวิธีของโรเซนเบอร์ก (1965) และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Rosenberg, 1965) ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (1987) แต่การวิจัยในครั้งนี้ค่อนข้างเกินควรทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ซ้ำ และผลของการพยากรณ์ยังมีระดับต่ำ น่าจะมีปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมากกว่านี้ที่ควรนำมาศึกษาในครั้งใหม่

นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ปัจจุบันรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้เน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ให้เหมาะสมและคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในส่วนที่ได้อยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ นั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจไม่สามารถกระทำได้อีก อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่สำคัญในการจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุที่หลากหลาย ได้แก่ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ กลุ่มสตรีวัยกลางคน กลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน และกลุ่มผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ (คุชฎี พงศ์อุดม, 2549) แสดงว่าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ถึงประโยชน์ของ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสม มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นได้ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ดีด้วย ตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วย

มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำจะเป็นอุปสรรคต่อ การปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพ

การวิจัยนี้คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยตรง (The Social Determinant of Health) ของ Marmot & Wilkinson (1999 & 2006) ซึ่งได้กล่าว ว่ามนุษย์จะมีปัจจัยทางสังคม เช่น การศึกษา รายได้ และวัฒนธรรมต่าง ๆ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความเครียด ความซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลจะต้องเข้าไปจัดการให้มีการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุมีอายุ ยืนยาวและลดอัตราการเกิดโรค การเจ็บป่วยด้วยหลายโรค หรือลดอัตราการตายได้ โรคเบาหวานจะ มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี และมีอุบัติการณ์เกิดโรคเรื้อรังที่สูงเป็นอันดับต้น ๆ ในประเทศ ไทย และมีจำนวนการเกิดโรคเรื้อรังสูงที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีค่าใช้จ่ายสูง องค์การอนามัยโลกได้เน้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (Marmot, 1999, 2006)

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขอนแก่น คุณ สุภา สรรพพานิช (2552) พบว่า การดูแล ผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้นำ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการนัดหมายผู้สูงอายุ มาตรวจระดับน้ำตาล ในเลือด การติดตามเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือด การตรวจตามนัด และการอำนวยความสะดวก ต่าง ๆ ถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ เป็นสถานศึกษา นำร่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและ มีวิสัยทัศน์ ที่จะเป็นผู้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข (สุภา สรรพพานิช, 2552) จากรายงานการวิจัยพบว่า การส่งเสริมสุขภาพ ในสถานที่ทำงาน ซึ่งอาจจะรวมไปถึงการทำวิจัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบจะเป็นตัวที่มีอิทธิพล ต่อสุขภาพของบุคคลในชุมชนและบุคลากรในสถานที่ทำงานได้เป็นอย่างดี รัฐบาลควรให้ทุน สนับสนุนในการทำวิจัย เพื่อเพิ่มผลผลิตในการทำงาน ตลอดจนการเผยแพร่ผลงานวิจัย (Goetzal, 2008) และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ควรจัดทำในชุมชน อำเภอ เมืองวังกะพ้อ จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งมีความหลากหลายของความ เป็นชนบทและกึ่งเมือง อาชีพ การศึกษา และความเข้มแข็งของชุมชน ที่มี อสม. เป็นแกนนำด้านสุขภาพที่เข้มแข็งของจังหวัด อุดรดิตถ์ ซึ่งยังไม่เคยมีใครศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อจะได้ทราบถึงภาวะการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ได้อย่างถูกต้องที่เป็นข้อมูลปัจจุบันเพื่อจะได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็น เบาหวานได้เหมาะสม รวมถึงการให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ที่ใกล้ชิดที่สุดของผู้สูงอายุ หรือ อสม. ซึ่งมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ

ส่งเสริมสุขภาพ และอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเชิงทดลองในครั้งต่อไป รวมถึงสามารถให้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อปรับเปลี่ยนนโยบายทางสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องในการวิเคราะห์และประเมินผลของการใช้ อสม. กับ การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่ ด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกมีคุณค่าใน ตนเองของ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (descriptive design) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกมีคุณค่าใน ตนเองของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์จำนวน 120 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 120 คน ประกอบด้วย ความซึมเศร้า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง การแสดงออกของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในความรับผิดชอบของสถานอนามัยตำบลวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ ที่ดี การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ดี การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยคัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของแบบประเมินวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพ ของวอล์คเกอร์ , ซีคริสต์, และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 42 ข้อ มีทั้งหมด 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ กิจกรรมทางกาย 5 ข้อ โภชนาการ 8 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 8 ข้อ การเจริญทางจิตวิญญาณ 8 ข้อ และการจัดการกับความเครียด 7 ข้อ โดย ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 120 คน ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและมารับการรักษาที่สถานอนามัยวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบต่อสถานอนามัยตำบลวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทั้งที่ดีและไม่ดี เช่น ความกระตือรือร้น ชีวิตที่เป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ความสุข ความหวัง ความพึงพอใจในชีวิต ความสนใจ ความสดชื่น การมีจิตใจที่ดี อารมณ์ดี หรืออาการเบื่อหน่าย ความสิ้นหวัง ความเศร้า การหมดกำลังใจ ความรู้สึกว่าตนเองจำได้ลดลง ความกระวนกระวาย การแยกตัวเอง ความกังวลใจ การเศร้าใจ ความวิตกกังวล ความกลัวหรือความสุข

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง เจตคติที่มีต่อตนเองทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยการใช้ผู้สูงอายุ ได้ประเมินตนเอง ในทั้งในด้านเชิงบวกเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเอง การมีสิ่งที่ดีในตนเอง การมีความสามารถ ของตนเอง ส่วนในด้านเชิงลบ เช่น การมีความโน้มเอียงที่รู้สึกว่า เป็นคนล้มเหลว ความรู้สึกไม่ภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกที่ตนเองไร้ประโยชน์หรือมีความไม่ดีในตนเอง โดยวัด ความรู้สึก ความมีคุณค่าในตนเองซึ่งอาจเกิด ขึ้นตลอดเวลา เกิดขึ้นบ่อย เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง หรือ ไม่เคยมีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง เลขของผู้สูง อายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบต่อสถานอนามัยตำบลวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยผู้สูงอายุ สามารถ

ประเมินตนเองว่ามีค่า มีความหมาย มีความสามารถและประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งใด
สิ่งหนึ่งด้วยตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมเป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัด
อุตรดิตถ์ได้รับความช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้างซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น
โรคเบาหวานรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า และได้รับข่าวสาร
ที่เป็นประโยชน์ จะช่วยให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและมีภาวะสุขภาพที่ดี

บทที่ 2

เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ความซึมเศร้า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ ความซึมเศร้า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 แนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
 - 3.1 ความซึมเศร้า
 - 3.2 ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - 3.3 แรงสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอันเป็นผลมาจาก ความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองสาเหตุและตรวจพบ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตรขึ้นไป หรือ หลังรับประทานอาหารเช้า 2 ชั่วโมง มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร (ชาญชัย ดีโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล ; 2546 ; World Health Organization as cited in Sinclair & Croxson, 2003) โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากตับอ่อนเสื่อมสภาพจนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินเพื่อขจัดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เลยมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ความคุมโรคได้ยากทำให้เกิดภาวะคีโตสิส (Ketosis) ได้ง่าย อาการของโรครุนแรง 2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากการที่ตับอ่อนยังคงสร้างฮอร์โมนอินซูลิน

ได้แต่สมรรถภาพไม่ดีเท่าที่ควร ประกอบกับร่างกายต้องการอินซูลินมากกว่าปกติเพื่อใช้ในการเผาผลาญสารอาหารซึ่งมากเกินไป การควบคุมง่ายกว่าประเภทที่ 1 ไม่ค่อยเกิดภาวะคีโตสิส (ketosis) พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป (American Diabetes Association, 1997) ซึ่งโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Skylar, 2001) เนื่องจากความผิดปกติของตัวรับ อินซูลิน (Post receptor) ระดับอินซูลินมักจะสูงแต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้บางรายการทำ ายอินซูลิน ลดลงและในผู้ป่วยบางรายการหลั่งอินซูลินลดลง การสร้างกลูโคสจากตับไม่เปลี่ยนแปลงนอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายลดลงมวลกล้ามเนื้อ (Muscle mass) ลดลง จำนวนเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) เพิ่มขึ้นเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการคือต่ออินซูลินทำให้ไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติได้ (Sinclair & Croxson, 2003) ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลคั่งในกระแสเลือด ผู้สูงอายุบางรายจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลียหรืออาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หรืออาการอื่น ๆ เช่น นอน ไม่หลับ ตามัว กลั นปัสสาวะไม่ได้ แผลหายช้า มึนงง สับสน บางรายอาจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะเนื่องจาก Renal threshold ของกลูโคสสูงขึ้นแม้ว่ากลูโคสในเลือดสูงถึง 200 มก/ดล แต่ไม่พบกลูโคสในปัสสาวะทำให้ไม่เกิดอาการปัสสาวะมาก หรือกระหายน้ำ แต่ผู้ป่วยอาจจะมาด้วยโรคแทรกซ้อนของเบาหวานหรืออาการอื่น เช่น ตามัว สับสน ซึ่งถ้าไม่ได้ตรวจเลือดจะไม่ทราบว่า เป็นเบาหวาน (วิทยา ศรีมาดา , 2543) ทั้งนี้พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มักพบว่ามี ความสัมพันธ์กับพันธุกรรมมากกว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (ชาญชัย ติโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล, 2546)

1. ภาวะแทรกซ้อน

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานพบภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับเบาหวานในคนอายุน้อย แต่เกิดได้เร็ว รุนแรง และมีอัตราการตายสูงกว่า เนื่องจากมีภาวะเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในร่างกายภาวะแทรกซ้อนสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว จากระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตนคั่ง ซึ่งพบในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Deakin, 1994) เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น การสูญเสียการมองเห็นเกิดโรคทางตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก เส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำของตาตีบแคบลง เกิดตาบอดได้ (Sinclair & Croxson, 2003) ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูงไตวาย การเสื่อมของปลายประสาท การเกิดแผลที่เท้าจนทำให้มีการสูญเสียอวัยวะส่วนปลายได้ (American Diabetes Association, 1997)

2. การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 1997) ประกอบด้วย การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และการให้การรักษาด้วยอินซูลิน การติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาล นอกจากนี้ควรให้ความรู้ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วัตถุประสงค์ของการรักษา คือ รักษาอาการและป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งต้องพยายามควบคุมให้ระดับน้ำตาลใกล้เคียงปกติที่สุด (วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์, 2546) เกณฑ์ของการควบคุมคือ ให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 140 มก/ดล (อภิชาติ วิชญาณรัตน์, 2546) โดยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ การควบคุมโรคเบาหวานมีรายละเอียดดังนี้

3. อาหาร

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความสำคัญมากในการควบคุมโรคเบาหวานเพราะการรับประทานอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ ป้องกันอาการหมดสติจากภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำและสูง นอกจากนี้ยังช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันเกิดเนื่องจากโรคเบาหวาน เนื่องจากเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคนไทยอยู่ในภาวะอ้วนและกินอาหารโดยไม่มีหลักเกณฑ์ที่ดี จึงทำให้การควบคุมน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด มีความลำบาก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเกินวัยกลางคน และมักไม่มีการออกกำลังกายอย่างเป็นกิจจะลักษณะดังนั้น การควบคุมอาหารที่เหมาะสม จึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับมีรายละเอียดดังนี้ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2546)

3.1 ปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีปัญหาทางไตควรได้รับอย่างน้อยวันละ 0.8 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น ในทางปฏิบัติ คเป็นเนื้อสัตว์ที่สุกแล้วประมาณ 2 - 13 ช้อนโต๊ะต่อวัน ต่อเมื่อมีปัญหาไตเสื่อมโดยที่อัตราการกรองของไตลดลงอย่างชัดเจน จึงควรลดการรับประทานโปรตีนลดเหลือ 0.6 กรัม ต่อน้ำหนักที่ควรจะเป็น คิดเป็น 8 ช้อนโต๊ะต่อวัน เครื่องดื่มที่เป็นนม ควรดื่มนมขาดมันเนยเป็นหลัก หากหาไม่ได้ก็อนุญาตให้ใช้นมพร่องมันเนย วันละ 1 - 2 แก้ว นำนมถั่วเหลืองที่ไม่ได้เติมน้ำตาลอาจนำมาดื่มแทนนมได้

3.2 คาร์โบไฮเดรตควรบริโภคธัญพืชประมาณ 11 ส่วนทัพพี หรือขนมปัง 9 - 11 แผ่นต่อวัน ผลไม้วันละ 4 - 6 ส่วน (1 ส่วนเท่ากับกล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ เงาะประมาณ 4 ผล) และน้ำตาลทรายไม่เกินวันละ 4 ช้อนชา (สุรัตน์ โคมินทร์, 2546)

3.3 ไขมัน โดยทั่วไปแล้ว ไม่ควรรับประทานไขมันรวมมากกว่าร้อยละ 30 ของแคลอรีที่ควรได้รับต่อวัน ไขมันอิ่มตัวซึ่งเป็นไขมันจากสัตว์ ควรได้รับน้อยที่สุด ยกเว้นไขมันปลา เพราะ

ไขมันอิ่มตัวส่งเสริมให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงในเลือดสูง ไขมันอิ่มตัวพบในน้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าว ควรใช้น้ำมันถั่ว รำข้าว งา หรือน้ำมันมะกอก ไม่เกิน 3 - 4 ช้อนชาต่อมื้อ และควรประกอบอาหารด้วยวิธี นึ่ง ย่าง อบ ปิ้ง ตุ่น เป็น หลัก ผัดด้วยน้ำมันประมาณน้อย หรือใช้กระทะพิเศษไม่ต้องใช้น้ำมัน ลดเนื้อสัตว์ และเพิ่มเนื้อปลา

3.4 โยอาหาร ส่วนใหญ่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่ร่างกายมนุษย์ไม่สามารถย่อยและดูดซึม จึงเหลือเป็นกากถ่ายออกทางอุจจาระทำให้บรรเทาอาการท้องผูกและลดการดูดซึม อาหารประเภทน้ำตาลและไขมัน อาหารที่ให้โยอาหาร ได้แก่ พวกผักที่เป็นส่วนก้านและใบ โดยเฉพาะผักใบเขียวเข้ม ซึ่งให้แคลอรีน้อยและผลไม้ซึ่งให้แคลอรีมาก มวลของโยอาหารทำให้ อิ่มท้อง จึงช่วยในการลดน้ำหนัก ควรบริโภคอย่างน้อยวันละ 3 ถ้วยตวง แต่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรบริโภคผลไม้เกินวันละ 4 - 6 ส่วน ผู้ป่วยที่ไม่ชอบรับประทานผักก็สามารถใช้โยอาหารสำเร็จรูป จะช่วยทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้นเช่นกัน

3.5 เกลือและวิตามิน เกลือ (โซเดียมคลอไรด์) ได้จากการปรุงอาหารและน้ำจิ้มต่าง ๆ เกลือจะช่วยให้อาหารอร่อยเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดี และช่วยให้เซลล์มีน้ำหล่อเลี้ยงที่ดี แต่ถ้าได้เกลือมากเกินไปจะทำให้ตัวบวม ไตและหัวใจทำงานหนักและความดันโลหิตสูงขึ้น ในผู้ป่วยบางรายไตอาจทำงานเสื่อมลง จึงไม่ควรมีความดันโลหิตสูงด้วยแล้ว ต้องลดการบริโภคเกลือ โซเดียมคลอไรด์ ลงเหลือไม่เกิน 5 กรัม หรือเท่ากับ 2 กรัม โซเดียมต่อวัน

4. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยจะช่วยให้กล้ามเนื้อใช้น้ำตาลได้ดีขึ้นสามารถลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เป็นการเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ภาวะดื้อต่ออินซูลินที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการออกกำลังกาย หากผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มว่าจะชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังทางหลอดเลือดจากโรคเบาหวานและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์, 2546) การออกกำลังกายช่วยเสริมให้การควบคุมอาหารแต่เพียงอย่างเดียว ควรปฏิบัติดังนี้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ แนะนำให้ทำกิจกรรมที่ทำให้ความกระฉับกระเฉงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การออกกำลังกายมี 3 ระยะ คือ 1) การอบอุ่นร่างกาย เป็นเวลา 5 - 10 นาที เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจ ปลอดภัยพร้อมสำหรับการออกกำลังกายที่จะเพิ่มมากขึ้น 2) การออกกำลังกาย ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน 3) การผ่อนคลายหลังออกกำลังกาย

พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ แฮริสและกลูเตน (Haris & Gluten, as cited in Pender, 1987) ให้ความหมายถึงพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ ไว้ในเชิงของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและการแสดงศักยภาพของมนุษย์

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) ไว้อย่างชัดเจนว่า คือ กิจกรรมที่บุคคลประพฤติหรือปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดี และมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ เป็นหนทางที่สนับสนุนให้บุคคลพัฒนาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการณ์ที่ช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่ยืนยาวและสุขภาพดี เช่น การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันต่ำและไม่รับประทานมากเกินไป เป็นต้น สอดคล้องกับพาแลงค์ (Palank, 1991) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นพฤติกรรมการณ์ต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก พฤติกรรมการณ์ดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993) ให้ความหมายของพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ ว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องของบุคคล ครอบครัวและสังคม

จะเห็นได้ว่าแนวคิดหรือรูปแบบ พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ นั้น รูปแบบพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นที่นิยมนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างกว้างขวาง โดยเพนเดอร์ได้เสนอแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) และทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง (Expectancy – value theory) ในปี ค.ศ. 1980 จนกระทั่งในปี ค.ศ.1987 มีการปรับปรุงรูปแบบการการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ คือ 1) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factor) 2) ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive – perceptual factor) 3) ปัจจัยด้านการแสดง พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ (Participation in health promoting behavior) (Pender, 1987) และเพนเดอร์ พบว่ารูปแบบดังกล่าว มีปัจจัยบางอย่างไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ ในปี ค.ศ.1996 เพนเดอร์ (Pender, 1996) จึงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยจำแนก พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยการแสวงหาความรู้หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทำให้เกิด พฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้องและต้องพยายามให้พฤติกรรมเหล่านั้นคงอยู่ตลอดไป เช่น การแสวงหาความรู้เรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตัว เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การควบคุมเบาหวานต้องอาศัยความรู้แก่ผู้ป่วยที่จะดูแลรักษาตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาโรคแทรกซ้อนเรื้อรังได้ เนื้อหาความรู้ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรู้ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวาน อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยาลดระดับน้ำตาล การติดตามผลการรักษา โรคแทรกซ้อน การดูแลเท้า (อัมพร สุทธิจำรูญ, 2546)

2) กิจกรรมทางกาย เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าในเรื่องการออกกำลังกาย เป็นส่วนใหญ่ เพราะการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะช่วยในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน และการออกกำลังกายยังช่วยเสริมให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้นด้วย (วราภณ วงศ์ถาวรารัตน์, 2546)

3) ด้านโภชนาการ บุคคลต้องบริโภค อาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพราะอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด อาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองมีกฎสำคัญคือ ผลรวมของพลังงานอาหารจากการรับประทานอาหารหลายมื้อทั้งวัน แต่ต้องไม่เกินผลรวมของพลังงานที่ควรได้ในแต่ละวัน ซึ่งต้องคำนวณจากน้ำหนักตัวของผู้ป่วยแต่ละคน (สุรัตน์ โคมินทร์, 2546)

4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นหนทางที่ทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและได้รับข่าวสารความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยเพื่อก่อให้เกิดความสบายใจ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยส่วนมากได้รับความรู้และข่าวสาร หรือแก้ไขความคับข้องใจต่าง ๆ จากผู้ป่วยด้วยกันเอง สอบถามพยาบาลที่ทำงานที่คลินิกโรคเบาหวาน เพราะว่าแพทย์ผู้ดูแลโรคมิเวลาให้เพียง เล็กน้อย (อัมพร สุทธิจำรูญ, 2546) ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุน และได้ข่าวสารที่มีประโยชน์ในการดำรงชีวิต

5) การเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ช่วยเกื้อหนุนให้บุคคลมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นปกติสุข ช่วยให้ผู้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่าในสังคม จากการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบในทุกด้านย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางจิตใจท้อแท้ เบื่อหน่าย หากไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น หรือไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเจริญทางด้านจิตใจก็จะทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ พร้อมเผชิญปัญหาไม่ว่าเรื่องใด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความหวังและกำลังใจสามารถค้นหาความหมายในตนเองได้

6) การจัดการกับความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิต บุคคลต้องพยายามผ่อนคลายความตึงเครียดและแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างมีสติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดความสุขสบายและสามารถคง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม โดยความเครียดแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ 1) ความเครียดแบบเรื้อรัง จะเกิดอย่างยาวนานจากเหตุการณ์ที่เกิดอย่างเรื้อรังในวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล 2) ความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ยิ่งใหญ่หรือสำคัญในชีวิต อาจจะเป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในความคาดหวังหรือไม่คาดหวัง ผลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์อาจจะดีหรือไม่ดีก็ได้ 3) ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นเหตุการณ์ทั่วไปที่เกิดผลในทางไม่ดี แต่มิได้ใหญ่โตและไปกระทบต่อจุดมุ่งหมายหรือความคาดหวังของบุคคลสำหรับผู้สูงอายุความเครียดส่วนใหญ่มักเกิดจากการเกษียณอายุ การตายของกลุ่มสมรส การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือแม้กระทั่งเหตุการณ์เล็กน้อยก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้เช่นกัน ในผู้สูงอายุ ายุโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยมีความเครียด ซึ่งผลต่อการดำเนินของโรคเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด (กอบชัย พัววิไล, 2546) ดังนั้นหากสามารถจัดการความเครียดไม่ว่า จะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด การเพิ่มความคงทนต่อความเครียด ได้แก่ การออกกำลังกาย การรู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ การรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันและการหาวิธีเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ ฯลฯ โดยเทคนิคการผ่อนคลายจะไปลดการกระตุ้นที่ประสาทส่วนกลางบริเวณซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ (Cerebral cortex) และไปยับยั้งไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท (Norepinephrine and epinephrine) ที่หลั่งมาจากอะดรีนัล เมดูลลา (Adrenal medulla) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือดทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายทางด้านจิตใจลดความวิตกกังวล โดยประโยชน์ของการผ่อนคลายได้รับการยืนยันจากการวิจัยในทุกกลุ่มประชากร เช่น โรคทางหัวใจ โรคกระดูก โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มผู้สูงอายุ (อัจฉรา นุตะโร และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 2546)

นอกจากนั้นเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้านที่มีต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

1) ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในครั้งต่อ ๆ ไป ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ดังนี้

1.1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีตมีตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกัน หรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา พฤติกรรมในอดีตส่งผลกระทบต่อโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในปัจจุบัน อาจเกิดจากการสร้างนิสัย ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related affect)

1.2) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรม ถูกสร้างขึ้นโดยการนำเอาพฤติกรรมเป้าหมายทั่วไปมาพิจารณา ปัจจัยส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ประกอบด้วย

1.2.1) ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (Body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดระดู (Menopausal status) ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic activity) ความแข็งแรง (Strength) ความกระฉับกระเฉง (Agility) หรือความสมดุลของร่างกาย (Balance)

1.2.2) ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) ความสามารถของตนเอง (Personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) และคำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health)

1.2.3) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal socio-cultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ (Race) วัฒนธรรม (Accultural factors) การศึกษา (Education) และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status)

ถึงแม้ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิด และสามารถทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้นำปัจจัยเหล่านี้มาศึกษา

2) สถิติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior specific cognition and affect) เป็นตัวแปรที่สำคัญในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับการพิจารณาว่ามี

ความสำคัญในด้านการจูงใจและเป็นตัวแปรสำคัญสำหรับพยาบาทที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาทเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือจากผลของกา รกระทำที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้รับจากการปฏิบัติจะแสดงออกทางจิตใจ โดยคำนึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น

2.2) การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเนได้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เป็นประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่ง ขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรม หรือจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม

2.3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self - efficacy) ความสามารถของตนเองตามความหมายของแบนดูรา (Bandura cited in Pender, 1996) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งไม่ใช่ทักษะใดทักษะหนึ่งของบุคคลนั้น แต่เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลนั้นด้วยทักษะทั้งหมดที่บุคคลนั้นมีอยู่

2.4) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (Activity-related affect) ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีกิจกรรมระหว่างที่ปฏิบัติกิจกรรมและเกิดขึ้นภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมนั้นแล้ว เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นในระดับน้อย ๆ ปานกลางหรือรุนแรง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาสร้างเป็นพฤติกรรมในครั้งต่อ ๆ ไป

2.5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ตามแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของผู้อื่น การเรียนรู้เหล่านี้ อาจจะตรงหรืออาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพใน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือครอบครัว กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลสัมพันธภาพประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่าง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้ง 3 กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง บรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติ พฤติกรรมซึ่งบุคคลสามารถที่ยอมรับหรือปฏิเสธได้ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมเป็นแหล่ง

ช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น การเป็นแบบอย่างที่จะกระทำติดต่อกันมา ประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรม สุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยตรง ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อม โดยเป็นแรงกดดันต่อสังคมหรือ ส่งเสริมให้มีการวางแผนในการที่จะ ปฏิบัติโดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และการเรียนรู้ของ บุคคลจากสถานการณ์หรือบริบทใด ๆ สามารถเอื้ออำนวยหรือ อัดขวางการแสดงพฤติกรรมได้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะของความต้อการ และความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้น แคปแลน และแคปแลน (Kaplan & Kaplan cited in Pender, 1996) ศึกษาเกี่ยวกับการ คืบความเป็นธรรมชาติให้กับสภาพแวดล้อมโดยค้ำนึ่งว่าจะทำอย่างไร ให้สภาพแวดล้อมมีผลต่อ สุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ปลอดภัยและมั่นใจ มากกว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม สภาพแวดล้อมที่ ตรีงใจและน่าสนใจเป็นสิ่งที่จูงใจ ให้บุคคลปรารถนาจะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

3) พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน ที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะผลักดันให้บุคคลเข้าสูการ ปฏิบัติ พฤติกรรมและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม นอกจากนี้มีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกที่บุคคล ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือพอใจในสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่ปฏิบัติพฤติกรรม ที่ตั้งใจไว้

3.1) การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่เอจเซนและ ฟิชบายน์ (Ajzen and Fishbein cited in Pender, 1996) กล่าวว่า ความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนด ไว้ในรูปแบบใหม่ขอแบบจำลอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ภายใต้กระบวนการทางด้าน ความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป การวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำ ให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

3.2) ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกเข้ามาใน ทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมซึ่งเป็นเป็นทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามา ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมซึ่ง เป็นทางเลือกที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้น ส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจที่แทรกเข้ามาถูกมองว่าเป็น

พฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ ในระดับสูงซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิก พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ เมื่อพอใจพฤติกรรมที่เข้ามาแทรก ขอบเขตของบุคคลที่จะสามารถเอาชนะความพอใจที่แทรกเข้ามานั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของเขาที่จะควบคุมตนเอง (Self-regulating)

3.3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม คอระเรือกไว้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ ในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้าไปในวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิด ประสิทธิภาพทางด้านสุขภาพในทางบวกไปตลอดช่วงชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ได้รวบรวมเอาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ไว้อย่างครอบคลุมและได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและปรับปรุงรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยเรื้อรังและวัยรุ่น (Pender, 1996)

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่และมีภาวะสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิตและมีศักยภาพสูงสุด ตลอดจนประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ในชีวิต โดยมุ่งสนใจปฏิบัติกิจกรรมให้เกิดเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด อาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เปรียบเสมือนเครื่องมือหรือกลวิธีที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี จึงเป็นสิ่งที่บุคคลทุกคนพึงปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมหรือบรรเทาอาการของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงนี้ ยังส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น หากมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงควร พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัยสูงอายุและตามภาวะการเจ็บป่วยเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จำนวน 6 ด้าน ดังนี้

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การแสวงหาความรู้หรือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ที่มีความรู้ สามารถทำให้เกิด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้อง และต้องทำให้พฤติกรรมดังกล่าวคงอยู่ตลอดไป (Pender, 1996) สอดคล้องกับทราวิส และไรอัน (Travis & Ryan as cited in Walker, 1997) ที่กล่าวว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นการเลือกสรร สิ่งที่ดีสำหรับสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอาจจะเริ่มต้นโดยการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของ ตนเอง ส่งเสริมให้ กิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย สังเกตร่างกายของ ตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์ โดยการแสวงหาความรู้หรือปฏิบัติตาม คำแนะนำของผู้ที่มีความรู้สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่องการ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้น จะต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตอาการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักตัวลดลงแม้รับประทานมาก อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว เมื่อเกิดคีโตสิส (ketosis) มักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนตามมาซึ่งบอ กถึงการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรค (กอบชัย พัววิไล, 2546) ผู้สูงอายุต้องเข้าใจและสามารถปฏิบัติเมื่อมีอาการ ผิดปกติได้อย่างเหมาะสม ทราบปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น โรคติดเชื้อ ภาวะเครียด การหยุดฉีดอินซูลิน ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง ในการรับประทาน ทั้งขนาด คุณสมบัติ วิธีการใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียง การมาตรวจตามนัดการตรวจร่างกายประจำปี การพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ การบอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้แก่แพทย์และพยาบาลทราบ ติดตามอาการและประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อสามารถให้การช้ วยเหลือได้อย่างเหมาะสม การสนใจหาความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคตามสื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อบุคคลและ สื่อเทคโนโลยี ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่มากมายเป็นสิ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานพึงปฏิบัติและกระทำอย่าง ต่อเนื่องเพื่อได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อัน จะนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

2) กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมทางกายตามความหมายของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จะกล่าวเน้นในเรื่องของการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการออกกำลังกายจะมี ประโยชน์สำหรับผู้สูง อายุโรคเบาหวานคือจะช่วยให้ร่างกายสามารถลดภาวะคืออินซูลิน เป็นการ เพิ่มความไวของอินซูลิน เพิ่ม Bone density ให้ดีขึ้น แต่ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจร่างกายจาก แพทย์ก่อนการออกกำลังกาย ปรึกษาหรือสอบถามแพทย์ผู้รักษาเพื่อเลือกใช้วิธีการและระยะเวลา ในการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม มีการปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกาย คือ ทำให้อารมณ์ดี มีการ เคลื่อนไหว เกิดความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้สุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพของหัวใจดีขึ้น ช่วยให้อ่อนแอกลับมากขึ้น รวมทั้งชะลอความสูงอายุ เพิ่มพลังงานและเพิ่มความรู้สึกผาสุก ช่วยป้องกัน โรคเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้สุขภาพจิต ลดความเครียด อารมณ์ดี เป็นต้น

ในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง มีการติดเชื้อหรือระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มก./ดล. ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักถ้ายังไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงมากมีโอกาสดึงภาวะกรดในกระแสเลือด การออกกำลังกายจะส่งเสริมให้เกิดภาวะนี้ได้ การออกกำลังกายทุกชนิดต้องใช้พลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายให้ได้ผลถึงขั้นที่สามารถดึงเอาน้ำตาลและไขมันที่สะสม ออกมาใช้เผาผลาญเป็นพลังงานได้ดีที่สุด คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยใช้เวลา 20-30 นาที และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของข้อต่อต่าง ๆ เช่น การเดิน การว่ายน้ำ หรือการรำมวยจีน เป็นต้น ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารประมาณ 60 - 90 นาที เพราะเป็นเวลาที่น้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง สามารถป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง สามารถป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระหว่างการออกกำลังกายได้ (Tessier, et. al., 2000) จากการศึกษาของ จิวีวรรณ ดีช่วย (2542) เกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายแบบไทจิฉวนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถนะทางแอโรบิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 16 คน อายุเฉลี่ย 58.81 พบว่า ภายหลังจากออกกำลังกายแบบไทจิฉวน ระดับน้ำตาลในเลือดระยะอดอาหารลดลง 15 เปอร์เซ็นต์ และระดับน้ำตาลสะสมลดลง 13 เปอร์เซ็นต์

3) โภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสม กับโรคที่เป็นอยู่และแบบแผนการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมลดลง และประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง ความต้องการสารอาหารประเภท ให้พลังงานสูง เช่น ไขมันและคาร์โบไฮเดรตก็ลดลงด้วย แต่สารอาหารอื่นยังมีความต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำผิดปกติ ปัญหาด้านโภชนาการที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเบาหวาน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุอื่น ๆ คือ ผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพของปุ่มรับรสที่ลิ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุสนใจอาหารรสชาติมากขึ้น โดยเฉพาะอาหารรสหวานเป็นรสที่ผู้สูงอายุรับรู้ ได้ดี ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้นซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (สุรัตน์ โคมินทร์, 2546) การลดน้ำตาลเชิงเดี่ยวอย่างเดียวยังร่วมกับลดไขมัน พอเพียงในการควบคุมระดับน้ำตาล จะต้องลดอาหารที่มีน้ำตาลผ่านการแปรรูปทางเคมี ได้แก่ ขนมหวาน น้ำอัดลม เพราะอาหารเหล่านี้ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ของหวานควรเป็นผลไม้สดที่รสไม่หวานจัด เช่น ส้มเขียวหวาน มะละกอ สับปะรด แดงโม ชมพู โปรดินที่ควรรับประทานควรเป็นเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อยที่สุด ส่วนอาหารไขมันที่ควรรับประทานได้ ควรเป็นไขมันจากพืชพวกรำข้าว ข้าวโพด ถั่ว ดอกคำฝอย

ดอกทานตะวัน ลดไขมันจากสัตว์ทุกชนิด รวมทั้งเนย กะทิ น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม ควรรับประทานใยพืชสม่ำเสมอ เพราะนอกจากจะช่วยให้การขับถ่ายดี ท้องไม่ผูก กากใยพืช ประเภทไม่ละลายน้ำ มีประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวานโดยช่วยให้มีการดูดซึมกลูโคสจาก ลำไส้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารไม่สูง เร่งการขับ Bile acid ออกทางอุจจาระ ทำให้ระดับสังเคราะห์โคเลสเตอรอลน้อยลง นอกจากนี้ ควรรับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ คือ เช้า กลางวัน เย็น ร่วมกับอาหารเสริมอีก 2-3 มื้อ คือ ตื่นนอนตอนเช้า ของว่างตอนบ่ายและก่อนนอน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตอนดึก (พงศอมร บุญนาค , 2545) จากการศึกษาของภานุมาศ พลเมือง (2540) พบว่า ภายหลังจากควบคุมอาหาร 3 เดือน ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)

4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการติดต่อสื่อสารของบุคคล รวมทั้งวิธีการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ช่วยให้ผู้ป่วยรับประโยชน์ หรือการสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ช่วยบรรเทาความเครียด ช่วยแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจ หรือด้านการเงิน ส่งผลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียดสามารถเผชิญ ปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ (Pender, 1996) จากการศึกษา ของ ศุภวรินทร์ หันกิติกุล (2539) พบว่า มีชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพในระดับที่ดีกว่าไม่มีชมรม ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้นยังคงต้องการที่จะติดต่อทางสังคม เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ดังนั้นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยสูงอายุจะช่วยส่งเสริม ความผาสุกทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาโดยทั่วไปจะพบว่าเพื่อนและ สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

5) การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทางด้านร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็งสามารถประเมินได้จากการแสดงออกถึงการ กระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิต ที่กำหนดไว้ รวมถึงความรัก ความหวังและการให้อภัย ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง ในทางที่เสื่อมถอยด้านร่างกายและมีประสบการณ์ทางด้านการสูญเสียด้านจิตใจและสังคม อีกทั้ง ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจขาดความมั่นคงทางจิตใจ เกิดความรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่าย จากการศึกษาในผู้สูงอายุ 120 ราย พบว่า ระดับความรุนแรงของ การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับจิตวิญญาณ หากไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ ดังกล่าวได้ จะไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีได้หรือไม่สามารถที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ ได้ การมีสุขภาพจิตที่ดี ยอมรับกา รเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่น

ในสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม มองสภาวะการณ์ต่างๆ ด้วยความเป็นจริงตามหลักธรรมชาติโดยอาศัยศาสนาเป็นเครื่อง ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุพร้อมที่จะดำเนินชีวิตและเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีสติและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ จากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายกับชีวิต เช่น การทำบุญ ตักบาตร การสวดมนต์ อ้อนวอนพระเจ้า ทำให้รับรู้ว่าคุณค่า มีความสำคัญ และมีความมั่นคงในจิตใจ เกิดพลังและแรงจูงใจในการเผชิญความเจ็บป่วย ยอมรับการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตด้วยอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข และมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ

6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) ความเครียดเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบอยู่เสมอในการดำเนินชีวิตประจำวัน แตกต่างกันไป ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การที่ทุกคนหรือมุ่งหวังในสิ่งที่ต้องการ ทำให้ทุกคนจะพบกับความเครียดแบ่งเป็น 3 ชนิด (Walker, 1997) คือ

- 1) ความเครียดแบบเรื้อรัง จะเกิดอย่างยาวนานจากเหตุการณ์ที่เกิดเรื้อรัง ในวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล
- 2) ความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ยิ่งใหญ่หรือสำคัญในชีวิต อาจจะเป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในความคาดหวังหรือไม่คาดหวัง ผลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์อาจจะดีหรือไม่ดีก็ได้ และ
- 3) ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นเหตุการณ์ทั่วไปที่เกิดผลในทางไม่ดี แต่มีได้ใหญ่โตและไปกระทบต่อจุดมุ่งหมายหรือคาดหวังของบุคคล

สำหรับผู้สูงอายุความเครียดเป็นส่วนใหญ่มักเกิดจากการเกษียณอายุ การตายของกลุ่มสมรส การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือแม้กระทั่งเหตุการณ์เล็กน้อยก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้เช่นกันในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งนอกจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม เช่น ความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลง ความคล่องแคล่วในการตัดสินใจลดลง การปฏิสัมพันธ์และบทบาท ทั้งด้านการทำงานและสังคมลดลง ประกอบกับการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่ต้องอาศัยการปฏิบัติอย่างเหมาะสมและการรับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ครอบครัวต้องมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความเครียดได้ง่าย หากผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเบาหวานเรื้อรังรักษาไม่หาย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น การปล่อยให้เกิดความเครียดโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดความรู้สึกหมกมุ่นในตัวเองเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง ไม่สนใจสุขภาพของตนเองเป็นต้น ท้ายที่สุดรู้สึกหมดหวังในชีวิตจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่บนโลก ดังนั้น การเตรียมร่างกายและจิตใจ ก่อนจะถึงวัยสูงอายุให้พร้อมกับการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นการดีที่สุดที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถปรับตัวได้

ไม่เกิดความเครียดมาก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ความเครียดในเรื่องการเจ็บป่วยและการรั กษาลดลง รวมทั้งการให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความผาสุกและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเต็มใจ นอกจากนี้ทีมสุขภาพให้ความสนใจในผู้สูงอายุให้คำแนะนำที่ตรงกับความต้องการและปัญหาที่ เกิดขึ้น ที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะสามารถนำไปใช้หรือนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ได้อย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญคือ ครอบครัวยุคใหม่ เอาใจใส่ดูแลทุกข์สุขของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานช่วยเหลือตนเอง มีกิจกรรมอิสระ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จะดีกว่าการดูแลผู้ป่วยเหมือนเด็กจนกลายเป็น คนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีสุขภาพดีแล้วยังทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองสามารถอยู่ได้อย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพาใคร

3. การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับการประเมิน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้มีการสร้างและปรับปรุงแบบประเมินเพื่อให้ความเหมาะสมมากที่สุดโดยเพนเดอร์ (Pender cited in Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้สร้างแบบประเมินวิถีชีวิตและสุขนิสัย (Lifestyle and Health Habit Assessment [LHHA]) ที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพยาบาลในคลินิก มีข้อคำถาม 100 ข้อ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านบวก แบ่งเป็น 10 ด้าน คือ การปฏิบัติด้านสุขอนามัยทั่วไป โภชนาการการออกกำลังกาย รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด ความสำเร็จในชีวิต จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการใช้บริการทางสุขภาพนำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ต่อมา วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้พัฒนาแบบประเมิน LHHA เป็นแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ความสำเร็จในชีวิต ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัด การกับความเครียด ได้มีการนำไปทดลองใช้โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 หลังจากนั้นในปี ค.ศ.1995 วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ ได้มีการปรับแบบประเมิน HPLP เป็นแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II : HPLP) เพื่อให้ความเหมาะสมที่สุดและเป็นการประเมิน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม มีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .94 และรายด้านเท่ากับ .86, .85, .80, .87 และ .79 ตามลำดับ

สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (HPLP II) ของ วอลต์เกอร์ ซิกรีสต์ และเพนเดอร์ มาดัดแปลงไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) โดยนำแบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 มาแปลและตรวจสอบการแปล (back translation) และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดซ้ำ (test-retest method) ในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 แล้วนำมาประเมินกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์จำนวน 200 ราย มีข้อคำถาม 51 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และขบวนการไตร่ตรองพัฒนา (2541) อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้ดัดแปลงเพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีข้อคำถาม 42 ข้อ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 คำตอบเป็นมาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ โดยนำไปประเมินผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวนทั้งสิ้น 100 ราย

นอกจากนั้นได้มีผู้นำแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) มาสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุ ดังนี้ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .79 และน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ได้สร้างแบบประเมิน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ในการประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหัวใจตีบ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามที่มีความหมายในด้านบวกทั้งหมด 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .91

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) มาดัดแปลงใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานเนื่องจากมีความใกล้เคียงกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ สามารถประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้มากที่สุด และมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือสูง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ในการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตามลำดับ

ความซึมเศร้า

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กษานติกุล (2544) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมคออารมณ์เพศ และคิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบ ในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

โดยสรุป ความซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะ วิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ การคิด และการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมคอหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีความคิด อึดมโนทัศน์ในทางลบต่อตัวเอง ต่อสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2. อาการของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย โดยพบได้ ในทุกเพศทุกวัย ซึ่งลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า จะแสดงอาการออกมาได้หลายด้าน ดังนี้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

2.1 ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข ขาดความรู้สึกเบิกบาน บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่ายร่วมด้วย

2.2 ด้านความคิด ได้แก่ สมาธิไม่ดี ขี้ลืม ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองไร้ค่า หรือเป็นภาระต่อคนอื่น มองทุกสิ่งทุกอย่างหมคหวัง บางคน จะมีความคิดเมื่อชีวิต เบื่อที่จะสู้ต่อไป คิดอยากตายหรือคิดจะทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

2.3 ด้านร่างกาย ได้แก่

- มีปัญหาการกินอาหาร (เบื่ออาหารไม่ยอมกิน หรือกินจุกมากขึ้น หิวบ่อยขึ้น)
- น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น

- การนอนจะมีปัญหา การนอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือหลับยาก บางรายอาจจะมีกรนอนหลับมากกว่าปกติ

- อาการปวดของส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น

- ความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศจะลดลง บางรายอาจเพิ่มขึ้น แต่พบได้น้อย

- รู้สึกอ่อนเพลีย ถ้า ร่างกายไม่มีแรง

2.4 ด้านพฤติกรรม โดย แยกตัวเอง ซึม ซบออยู่เงียบๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือสนใจน้อยลง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่คิดเป็นพักๆ มีการควบคุมตนเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้นอนหลับ หรืออาจมีปัญหาการใช้สารบางอย่างเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายแก้ปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหรือลูกหลานเข้าใจผิดว่า ทำไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ แต่ที่จริงแล้วเป็นอาการของความเจ็บป่วย

3. สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการซึ่งแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่

3.1.1 สาเหตุจาก metabolism ที่ผิดปกติของสารถ่ายทอดประสาท (neurotransmitter) คือ metabolism ของสารถ่ายทอดประสาทที่เป็น biogenic amine ได้แก่ (NE, 5-HT และ DA) metabolism ของสารถ่ายทอดประสาทชนิดอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine หรือ Ach) และ metabolism ของสารถ่ายทอดประสาทชนิดอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงในตัวรับ (receptor) กิจกรรมของ MAO ในเกล็ดเลือด

3.1.2 สาเหตุจาก neuroendocrine dysregulation คือ neuroendocrine axis ที่เกิดความผิดปกติ (dysregulation) อย่างชัดเจน ได้แก่ hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA axis) hypothalamic-pituitary-thyroid axis (HPT axis) และ hypothalamicpituitarygrowth hormone axis (HPGH axis) และ มีลาโทนิน (melatonin)

3.1.3 สาเหตุจาก neuroimmune dysregulation คือ ความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การตอบสนองของลิมโฟไซต์แบบงอกขยาย (proliferation) ต่อ mitogenstimulation จะลดลง natural killer cell มีกิจกรรม (activity) ลดลง และยังพบความผิดปกติอื่นๆ ในเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ

3.1.4 การนอนหลับที่ผิดปกติ ได้แก่ เข้านอนแล้วหลับยาก (initial insomnia) นอนหลับแล้วตื่นบ่อย (multiple awakening) หรือตื่นเช้ามีด (terminal insomnia) นอนหลับมากกว่าปกติ (hypersomnia)

3.1.5 Kinding เป็นขบวนการทางไฟฟ้าสรีรวิทยา ที่ว่าถ้ากระตุ้นหน่วยประสาท (neuron) ด้วยตัวกระตุ้นที่มีความแรง subthreshold แต่กระตุ้นอย่างซ้ำๆ ในที่สุดจะก่อกำเนิด (generate) ศักยะเพื่องาน (action potential) แต่ถ้ากระตุ้นระดับอวัยวะ เช่น กระตุ้นส่วนหนึ่งของสมองด้วยตัวกระตุ้นที่มีความแรง subthreshold แต่กระตุ้นอย่างซ้ำๆ ในที่สุดจะก่อกำเนิดความผิดปกติทางอารมณ์

3.1.6 ความผิดปกติของการกำกับ circadian rhythm ผู้มีภาวะซึมเศร้า ตัวคุมจังหวะ circadian rhythm ที่อยู่ภายในร่างกายจะทำงานเร็วขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายขึ้นสูงเข้าขั้นส่งผลให้ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ

3.1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับ electrolyte metabolism ผู้มีภาวะซึมเศร้า จะมีโซเดียมเข้าไปในเซลล์ประสาทมากเกินไป ทำให้สภาพทางประสาทสรีรวิทยาของเซลล์ประสาทไม่เสถียร

3.1.8 Brain imaging จากการทำ CT scan และ MRI พบว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมี lateral ventricle โตขึ้นทั้งสองข้าง และมักจะพบว่าโตมากๆ ในผู้ที่มีอายุมาก และพบว่าเปลือกสมองกลีบหน้าผากของซีกซ้ายมักจะมีการไหลเวียนของเลือดและ metabolism ของ glucose ลดลง

3.1.9 สาเหตุทางพันธุกรรม genetic causes จากการศึกษาค้นพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้า แต่งงานกับคนปกติ จะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 27 ยิ่งถ้าทั้งพ่อและแม่ มีภาวะซึมเศร้า จะมีโอกาสให้กำเนิดบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 54 ผ่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเมื่อคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า อีกคนจะมีโอกาสเกิดเป็นถึงร้อยละ 70 เมื่อศึกษา Gene ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าพบ Multiple genes และพบ Difference in the polymorphism of gene involved in serotonin transport

3.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ได้แก่

3.2.1 การเกิดเหตุการณ์ชีวิต (life event) ได้แก่ เหตุการณ์ชีวิตที่เป็น การแยกจาก หรือพลัดพราก หรือการสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่สมรส การตายของญาติ การหย่าร้างการตกงาน เป็นต้น

3.2.2 บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (premorbid personality) ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติ ชนิดย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดฟุ้งฟิง

3.2.3 ความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง (anger turned inward) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham กล่าวว่า การโกรธตนเองเสมือนหนึ่งเป็นการลงโทษบุคคลอื่น

หรือสิ่งของที่สูญเสียไป ที่ทำให้เขาไม่สามารถจะพึ่งพิงบุคคลหรือสิ่งของนั้นได้ต่อไป การโกรธตนเองทำให้ไม่พึงพอใจตนเอง ต่ำหนิติเตียนตนเอง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3.2.4 การสูญเสียวัตถุ (object loss) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย John Bowlby กล่าวว่า คำว่า “รู้สึกสูญเสียวัตถุ” หมายถึง ความรู้สึกที่เจ็บปวดที่เกิดจากการแยกจากพลัดพราก (traumatic separation) จากวัตถุที่ตนเองยึดติด (object of attachment) การต้องแยกจากพลัดพรากมี ความหมาย (symbolic meaning) ต่อผู้ป่วยว่าเป็นการสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักมาก ๆ

3.2.5 การสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (loss of self esteem) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Bibring กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่อัตตาไม่สามารถยกเลิกรูปภาพ หรืออุดมคติที่ตนเอง ไปไม่ถึง ตามปกติแต่ละคนจะมีอาการหลงรักตนเอง (narcissism) ว่าตนเองน่ารัก มีคนรักตนเอง ตนเองเก่งตนเองเลิศ ตนเองแข็งแกร่ง มีคนสรรเสริญ ซึ่งการไปไม่ถึงเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนเอง ตั้งไว้เหล่านี้จะทำให้ความรู้สึกหลงรักตนเองต้องมึบาดแผล (narcissistic injury) ทำให้รู้สึกว่าตนเอง ไม่น่ารัก ไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ รู้สึกสูญเสียบทบาทและหน้าที่ รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ ทำให้สูญเสียความรู้สึกอยากอยู่ต่อไป เหล่านี้ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง หายไป และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3.2.6 บุคคลอื่นที่ครอบงำตนเอง (dominant other) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Silvano Arieti กล่าวว่า เกิดจากความรู้สึกที่ว่าตนเองอยู่หรือทำเพื่อบุคคลอื่น มิใช่อยู่หรือทำเพื่อตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลอื่นที่ครอบงำตนเองก็ได้แสดงให้เห็นว่าพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองได้กระทำไปจึงทำให้ รู้สึกว่าตนเองไม่บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าไม่มีประโยชน์ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3.2.7 ขบวนการรับความรู้ด้วยสติปัญญา แล้วจัดระเบียบความรู้นั้นและนำไปใช้ในโอกาสต่อไป เรียกว่าทฤษฎีทาง cognition ซึ่งทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck กล่าวคือ ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะรับรู้ (cognition) ว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้ และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว (helpless) มักจะตีความ (interpret) เหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดี และจะคิด (cognize) ว่าอนาคต ไม่มีความหวัง

3.2.8 การขาดแรงเสริม (lack of reinforcement) ทฤษฎีนี้ ริเริ่มโดย Peter Lewinsohn กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (รางวัล) ที่เหมาะสม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (noncontingent reward) ทำให้เกิดอาการเบื่อ ไม่ร่าเริง ผิดหวังและเซ็ง หรืออาจจะเกิดจากการที่บุคคลได้รับรางวัลที่คิดว่าไม่คู่ควร เหตุการณ์เช่นนี้ทำให้ความภาคภูมิใจตนเองลดลง ตามทฤษฎีนี้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

คือ บุคคลนั้นขาดทักษะทางสังคม จนทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่อาจจะทำให้ได้รับรางวัลทันทีลดลง

3.2.9 การเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วยการอยู่เฉย ๆ ไม่รุก (passive) ถอนตัว (withdraw) และทำกิจกรรมลดลง เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกว่หมดหนทางแล้วหรือเป็นพฤติกรรมทอดอาลัย นอกจากนี้การเคยเรียนรู้หลายๆครั้งว่าคืนรนไปก็ไม่เกิดประโยชน์ จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรปักษ์ แต่กำหนดตนเองอยู่เสมอ เป็นต้น

3.3 ปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม (Socioeconomic and cultural factors) ได้แก่

3.3.1 เพศสภาพ (Gender) เป็นคุณลักษณะที่สังคมกำหนดว่าเพศหญิงควรเป็นอย่างไร เพศชายควรเป็นอย่างไร โดยทั่วไปค่านิยมทางสังคม คาดหวังให้ผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็งและไม่แสดงอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ที่แสดงถึงความอ่อนแอ ดังนั้นผู้ชายจึงมักไม่พูดหรือแสดงความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ออกมาอย่างชัดเจน แต่มักจะหันไปใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ มากกว่าที่จะยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ผู้หญิงแม้ว่าจะสามารถแสดงอารมณ์เศร้าออกมาได้อย่างชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของสังคม แต่ผู้หญิงจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ที่มิฐานะยากจน พึ่งตนเองไม่ได้ จะต้องเผชิญกับความรุนแรงในสังคมในอัตราส่วนที่สูงกว่าผู้ชายมาก ความรุนแรงที่เกิดกับผู้หญิงนี้เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า

3.3.2 ศาสนา มนุษย์จะเชื่อในศาสนา เพราะศาสนาช่วยชี้ทางรอด ช่วยให้จิตใจสงบ ช่วยให้หมีกำลังใจ ใช้เป็นกฎในการดำเนินชีวิต หลักการ คำสั่งสอนทางศาสนามีผลต่อกรให้ความหมายต่อสิ่งของ การกระทำ ความรู้สึก เช่น ศาสนาพุทธ สอนให้คนเชื่อใน “กรรม” หรือผลของการกระทำ ดังนั้น ความรู้สึกเศร้า หมดหวัง ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจึงถูกให้ความหมายว่าเป็นเรื่องของ “กรรมเก่า” ในทางคริสต์ศาสนา ผู้ละเมิดคำสอนจะต้องถูกลงโทษจากพระเจ้า แต่ถ้าทำผิดแล้วสารภาพบาปก็จะถูกยกโทษ ดังนั้นความรู้สึกเศร้า หมดหวัง ผิดบาป จะเกิดขึ้นกับคนที่กระทำผิดบาปต่อพระเจ้า ความหมายต่อภาวะซึมเศร้า คือ การรับโทษจากพระเจ้า ในขณะที่มุสลิมเชื่อหว่าความทุกข์โศกเป็นประสบการณ์ชีวิตอันเป็นสัญลักษณ์ในความเข้าใจต่อชีวิตอันลึกซึ้งของบุคคลมีการศึกษาวิจัยไม่น้อยที่ใ้ความสนใจต่อหลักศาสนากับอาการของภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ มีอาการรู้สึกผิด และกำหนดตนเอง เป็นอาการเด่น

3.3.3 วัฒนธรรม การแสดงออกทั้งทางภาษาพูด หรือ วจนภาษา (verbal) และภาษาท่าทาง หรือ อวจนภาษา (non-verbal/ gesture) เช่น สีหน้า น้ำเสียง กิริยาอาการต่าง ๆ เป็นต้น

จะแสดงออกอย่างไรขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม เช่น สถานภาพทางสังคม จารีตประเพณี และอุดมการณ์ความเชื่อของชุมชนนั้น เช่น ชาวอิสลามนับถือผีปอบตา ความเชื่อในการแสดงอารมณ์ คือ เมื่อพ่อแม่ไม่พอใจ โกรธลูกจะใช้คำพูดคำอย่างหยาบคายไม่ได้ ถือว่าผิดผีปอบตา นั่นคือ เป็นหลักปฏิบัติว่าพ่อแม่จะต้องแสดงอารมณ์กับลูกด้วยความนุ่มนวล เอื้ออาทรทั้งด้วยวาจาและท่าทาง หรือความเชื่อทางพุทธศาสนาของชาวอิสลามมีส่วนสำคัญต่อการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น การใช้คำที่สะท้อนความหมายจากนัยทางธรรม อาทิคำว่า “สุน” แปลว่า โกรธจัด เป็นคำที่ดีความหมายมาจากธรรมที่ว่า ความโกรธทำให้สูญเสีย ดังคำบอกเล่าว่า “ถ้าโกรธ พระบอไม่ให้โกรธเพราะคนโกรธคือคนสูญเสียทุกอย่างแล้ว”

3.3.4 สภาพเศรษฐกิจสังคม การเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรม ทำให้การดำเนินวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวและไม่สมบูรณ์ มีการอพยพแรงงานจากชนบทสู่เมืองใหญ่จิตใจคนเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่นั่นคง วิดกกังวล ผิดหวังและเศร้า มุ่งแต่จะหาเงิน ใช้จ่ายเงินอย่างฟุ่มเฟือยเพื่อความความสุขสำราญเป็นกระแส วัตถุนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ จนขาดคุณธรรมและน้ำใจโอบอ้อมอารี ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

3.3.5 สถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่แต่งงาน โสด มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าคนที่หย่า แยกกันอยู่ หรือหม้าย แม้ปรับอายุ เพศและตัวแปรอื่นแล้ว สัดส่วนเป็น 2-3 เท่า เหตุผลอาจเป็นเพราะปัญหาการปรับตัวในชีวิตสมรสที่คงอยู่เป็นเวลานาน และความเครียดของการแยกกันอยู่หรือหย่าเป็นตัวก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

4. การรักษาภาวะซึมเศร้า

ควรรีบปรึกษาและรักษากับจิตแพทย์ เพราะภาวะนี้รักษาให้ดีขึ้นหรือหายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ระยะการป่วยยาวนานขึ้น โอกาสจะป่วยซ้ำ หรือกำเริบอีกจะมีสูง และถ้าภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงก็จะมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ได้นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าจะทำให้โรคทางกายที่มีอยู่เดิมเพิ่มขึ้น หรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ายกว่าเดิม

5. การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมาอย่างหลากหลาย แต่สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (ชรฉินทร์ กองสุข, 2549)

5.1 Self-report measures ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งผลที่ได้จะค่อนข้างเป็นความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบ มีประโยชน์คือใช้ง่ายและสามารถประเมินในกลุ่มคน

จำนวนมากในเวลาอันสั้น อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่าย มักจะใช้ในการสำรวจหรือในกรณีที่ต้องการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า และในการ คัดกรองในประชากรทั่วไป ตัวอย่างเครื่องมือประเภทนี้ ได้แก่ Zung Self-Depression Scale, Beck Depression Inventory, The Center for Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D) เป็นต้น

5.2 Clinician-rated measures ส่วนใหญ่จะเป็นการสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบ (structural interview) ตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน โดยแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินมาอย่างดีแล้ว จะมีความแม่นยำสูง แต่จะใช้เวลานาน เช่น Hamilton Rating Scale for Depression, Brief Psychiatric Rating Scale, MADRS, CIDI, SCID, DIS, SADS, and M.I.N.I

นอกจากนั้นในการนำไปใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับเป้าหมายในการประเมิน ดังนี้

1) เพื่อคัดกรอง การคัดกรองนั้นจะช่วยในการแยกผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วย เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งการเลือกแบบประเมินเพื่อการคัดกรองควรต้องพิจารณา criterion validity และ cut off score รวมทั้งค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) เป็นสำคัญ

2) เพื่อวินิจฉัยและจำแนก เครื่องมือที่สามารถวินิจฉัยและจำแนกโรค จำเป็นจะต้องมีความแม่นยำ (accuracy) ความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) เนื่องจากผู้ได้รับการวินิจฉัยและแยกโรคแล้วจะต้องได้รับการบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่อง เพื่อบรรยายอาการและประเมินอาการ เป็นเครื่องมือที่สามารถจำแนกอาการความรุนแรงและวัดความถี่ของอาการ ซึ่งพบบ่อยว่ามักจะเป็นเป้าหมายของการประเมินทั้งทางคลินิกและวิจัย โดยเฉพาะประเมินความสำเร็จในการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องมีการพิจารณาในเรื่องความเที่ยง (reliability)

3) เพื่อทดสอบสมมติฐานทางคลินิกและ case formulation ในการรักษาทางจิตสังคม ในผู้ป่วยซึมเศร้าจำเป็นต้องมี case formulation ที่แม่นยำซึ่งจำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุ หน้าที่และปัจจัยทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญของผู้ป่วย อาจเชื่อมโยงกับอาการเจ็บป่วย ผู้รักษาต้องทดสอบสมมติฐานความเชื่อมโยงเหล่านี้

4) เพื่อการวางแผนการรักษา เครื่องมือในการประเมินบางอย่างจะช่วยในการวางแผนการรักษาได้

5) เพื่อประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) เครื่องมือประเมินสามารถช่วยในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและวัดประสิทธิผลในการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหลายงานที่ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เช่น งานวิจัยของ นพดล เตมียะประดิษฐ์ ในปี 2536 เรื่อง ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลา ได้ศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย จำนวน 142 ราย โดยใช้แบบวัด The Center for

Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D scale) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30 และพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเบาหวานที่มีโรคฝ้ายกายร่วมด้วย สูงถึงร้อยละ 33 ในขณะที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคฝ้ายกายร่วมด้วย พบเพียงร้อยละ 9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาวิจัยของ สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ ในปี 2548 เรื่อง ภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เช่นกัน โดยศึกษาจากตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 210 คน พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วย (ร้อยละ 25.2) มีภาวะซึมเศร้า และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ควบคุม HbA_{1c} ได้ และกลุ่มที่ควบคุม HbA_{1c} ไม่ได้ พบว่า กลุ่มที่ควบคุม HbA_{1c} ไม่ได้ มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากกว่า นั่นคือ กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.2 กลุ่มที่ควบคุมได้ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 ในส่วนของงานวิจัยต่างประเทศก็มีการใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Abbas Ali Mansour ในปี 2549 เรื่อง “The prevalence of comorbid depression among adults with diabetes in Southern Iraq” เพื่อศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 103 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาและกลุ่มควบคุม มีภาวะซึมเศร้าทุกคน แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุม

จะเห็นได้ว่า เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ก็เป็นอีกเครื่องมือหนึ่ง que พัฒนามาเพื่อใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป และใช้วัดในผู้ป่วยเรื้อรังหลายประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แบบวัด ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่สร้างขึ้นโดยนิพนธ์ พวงวารินทร์ และอดุลย์ วิริยะเวชกุล (2537 อ้างถึงในจุริภรณ์ เจริญพงศ์, 2550) ซึ่งได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับดีมากและมีเพียงจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง จิตใจและสังคม โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มาตรการประเมินแบบถูกผิด ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยที่เป็นเบาหวาน เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย สะดวก โดยข้อคำถามมีลักษณะสั้น ๆ กระชับตรงประเด็น เข้าใจง่าย เหมาะกับการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเบาหวานที่อาจมีปัญหาในการอ่าน หรือต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์ในกรณี que อ่านแบบสอบถามไม่ได้ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท จากข้อดีหลายประการดังกล่าว ทำให้เครื่องมือนี้เป็นที่ นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1. ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีผู้สนใจศึกษาไว้มากมายทั้งนักจิตวิทยาและนักวิชาการ ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น ได้มีผู้สรุปไว้ดังนี้

Coopersmith (1967) ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นการตัดสินคุณค่าของบุคคลตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเอง เป็นประสบการณ์ซึ่งแต่ละบุคคลได้รับจากผู้อื่น โดยคำพูดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรม

Newman & Newman (1979) กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นผลจากการประเมินตนเองที่ได้รับจากประสบการณ์ 2 อย่างคือ ความสามารถและการยอมรับจากสังคม เนื้อหาสาระที่บุคคลประเมินตนเองจะเปลี่ยนไปตามพัฒนาการ เนื่องจากบุคคลมีความสามารถมากขึ้นและรับรู้ต่อการได้รับและไม่ได้รับการยกย่องจากคนอื่นมากขึ้น รวมทั้งมีประสบการณ์ต่อความรู้สึกผิดเมื่อไม่สามารถทำตามค่านิยมและการยอมรับของสังคมได้

Kelly (Kelly, 1985 อ้างในเสาวภา วิชิตวาทิ, 2534) ได้กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของตนจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยวิเคราะห์จากการรับรู้เกี่ยวกับตนในสิ่งที่เป็นจริง การรับรู้เกี่ยวกับตนเองตามที่คาดหวังไว้ บุคคลที่รู้สึกว่าคุณค่าตนประสบความสำเร็จตามความคาดหวังจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงแต่ถ้าบุคคลนั้นล้มเหลวหรือไม่เป็นตามที่คาดหวังไว้จะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

เกียรตวรรณ อมาตยกุล (2543) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการของคนที่จิตใจละเอียดอ่อนลึกซึ้งซึ่งมีการพัฒนาด้านจิตใจสูงขึ้น รู้จักศึกษาจิตใจตนเอง ควบคุมตนเอง รู้จักใช้ชีวิตให้อยู่เหนืออิทธิพลของความต้องการขั้นต่ำกว่าได้ สามารถที่จะเห็นว่าตัวเองมีคุณค่ามีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตัวเอง มีความมั่นใจในการกระทำต่าง ๆ ของตัวเองได้โดยไม่ต้องรอฟังผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

สรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความมีคุณค่า มีความหมายและมีความสำคัญ ความสามารถ การประสบผลสำเร็จ ในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยตนเอง การยอมรับตนเอง การมีประโยชน์ต่อสังคมตลอดจนได้รับการยอมรับจากสังคม

2. กระบวนการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Taft (Taft, 1985 อ้างในเสมอจันทร์ อະนะเทพ, 2535) กล่าวว่า การที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่า มีคุณค่า มีกระบวนการอยู่ 2 ขั้นตอนคือ

1) การประเมินเจตคติ และสังคมที่มีต่อตน บุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “กระจกมองตน” (looking-glass self) เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมากจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าของตน (out-self-esteem)

2) ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อม และผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน (inner-self-esteem) เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริงของบุคคลในสังคมและผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นอยู่กับกระทำ การควบคุมและอำนาจที่มี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมแล้วยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตกล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลใดดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง

3. ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

Ellison & Firestone (1974) ได้กล่าวถึงลักษณะของเด็กที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงไว้ว่า เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำสิ่งต่าง ๆ สนใจสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวและมีพฤติกรรมกล้าเสี่ยง ซึ่งตรงกันข้ามกับเด็กที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์น้อยกว่าเด็กที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว มีความวิตกกังวลต่อการเผชิญกับภาวะเสี่ยง

Branden (1987) ได้สรุปพฤติกรรมและการแสดงออกทางร่างกายของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงไว้ดังนี้

- 1) มีความยินดีที่มีชีวิต มีความสุขสนุกสนานรื่นเริง ปรารถนาแจ่มใส มีชีวิตชีวา
- 2) สามารถชมเชย หรือกล่าวอะไรอย่างตรงไปตรงมาด้วยความซื่อสัตย์
- 3) มีความสามารถในการวิจารณ์ ยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้
- 4) มีความอิสระในการแสดงความรู้สึกและรับฟังคำแนะนำด้วยความพึงพอใจ
- 5) สามารถพูดหรือกระทำในสิ่งที่ยากหรือเป็นไปได้
- 6) มีความสอดคล้องกลมกลืนกันระหว่างคำพูดและลักษณะกิริยาท่าทางการเคลื่อนไหว
- 7) นึมนวลเป็นธรรมชาติ
- 8) มีความเปิดเผย และกระตือรือร้นในการรับความรู้สึกใหม่ๆ ประสบการณ์ใหม่ ๆ และโอกาสใหม่ในชีวิต
- 9) การมีอารมณ์ขันมองเห็นสิ่งดีในตนเองและผู้อื่น

- 10) มีความยืดหยุ่นในการตอบสนอง มีความคิดสร้างสรรค์และอารมณ์คืออยู่เสมอ
- 11) มีความพอใจที่ได้เป็นเจ้าของ
- 12) สามารถทนต่อแรงกดดัน ความเครียดต่าง ๆ ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในตนเอง

Weiten (1989) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำไว้ว่า “เป็นผู้ที่มีความรู้สึกหวั่นไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านลบ และมักมีปัญหาทางจิตใจมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง”

4. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สำหรับทฤษฎีทางจิตวิทยาที่สามารถนำมาอธิบายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคล มีหลายทฤษฎี ซึ่งจะขอนำมากล่าวเพียงบางทฤษฎีดังต่อไปนี้

1) ทฤษฎีเกี่ยวกับตน (Self Theory)

Rogers (1974 อ้างในศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2535) ได้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับตนโดยอธิบายถึงคุณสมบัติของตนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองว่า “ตน” อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามวุฒิภาวะ การเรียนรู้เกี่ยวกับ “ตน” มีความสำคัญที่ถือว่าเป็นคุณลักษณะประจำตัวของตนเอง เป็นความคิด ที่เกี่ยวกับตนในด้านคุณค่าของตนเอง

Honey (ไม่ระบุปี อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาล, 2531) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับ “ตน” ซึ่งมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองว่า “คนทั่วไปมีภาวะของ ‘ตน’ อยู่ 2 อย่าง คือ ตนจริง กับ ตนในอุดมคติ ถ้าตนในอุดมคติที่วาดไว้ต่างกับตนจริงมาก ก็ทำให้ผู้นั้นเกิดความกังวลใจ กับข้อใจและความเครียด เกิดความรู้สึกว่าตัวเองพบความล้มเหลวในชีวิต เป็นบุคคลไร้ค่าในเวลาเดียวกันก็ไม่กล้ารับความจริงเกี่ยวกับตน ทำให้หมดความเชื่อมั่นในตนเอง”

2) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow (1970 อ้างในศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2535) เมื่อพิจารณาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow จะพบว่า หากขั้นความต้องการพื้นฐาน ความปลอดภัย และความรักได้รับการตอบสนองและทำให้บุคคลพึงพอใจแล้วก็จะพัฒนาสู่ความต้องการขั้นต่อไป คือการได้รับความนับถือยกย่อง หรือความต้องการรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่ง Maslow ได้แบ่งความต้องการขั้นนี้ออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ความต้องการมีพลังกำลัง มีผลสัมฤทธิ์ มีความเหมาะสมเพียงพอ มีอำนาจและศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเผชิญกับโลกภายนอก ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2) ความต้องการได้รับความเคารพยกย่องหรือทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าจากบุคคลอื่น มีสถานภาพ มีชื่อเสียงเป็นที่กล่าวขาน มีอำนาจควบคุม ได้รับการยกย่องสนใจ มีความสำคัญ และมีศักดิ์ศรีของตนการที่คนเราจะรู้สึกว่ามีคุณค่าหรือไม่ขึ้นอยู่กับประเมินที่บุคคลอื่น มีต่อเขาด้วย Maslow จึงได้ย้ำว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่สมบูรณ์มากที่สุด (most health

self-esteem) มาจากการเคารพยกย่องอย่างจริงจังของผู้อื่นมากกว่าเกียรติคุณภายนอกหรือการ
ประจบประแจง

ในการวิจัยครั้งนี้ ยึดตามแนวคิดของ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นแบบวัดที่ฟองศรี
ศรีมรกต (2536) ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg,
1965) ซึ่งเป็นการที่บุคคลได้ประเมินตนเอง ในทั้งในด้านเชิงบวกเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
การมีสิ่งที่ดีในตนเอง การมีความสามารถ ของตนเอง และในด้านเชิงลบ เช่น การมีความโน้มเอียง
ที่รู้สึกว่าเป็นคนล้มเหลว ความรู้สึกไม่ภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์หรือ
มีความไม่ดีในตนเอง โดยวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งอาจเกิด ขึ้นตลอดเวลา เกิดขึ้นบ่อย
เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง หรือไม่เคยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเลย

แรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และ
ภาวะสุขภาพ กล่าวคือ กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหา
พฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม
ในการที่จะให้คนไข้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษา
โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้รับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวย
ต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทาง
สังคมมาใช้ได้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการ
วางแผนครอบครัว

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คาห์น (Kahn, 1979: 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์
อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล และส่งผลให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง
การยื่นยื่นรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกคนหนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเกี่ยวกับ
เงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

แมคกอรี (Macgurie, 1988 อ้างถึงใน ชุมพร รุ่งเรือง, 2542: 15) กล่าวว่า การสนับสนุน
ทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึก เป็นเจตคติ เป็นกิริยาที่แสดงออกมาถึง
ความสนใจ เมตตา กรุณาที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อร่วมงานว่าบุคคลเหล่านั้นให้ความ
สนใจช่วยเหลือและเกิดเป็นเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การ
สนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสารข้อมูล วัสดุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อ

ช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม อาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House อ้างถึงใน ชุมพร รุ่งเรือง , 2542: 25) กล่าวว่า บุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ตามความสัมพันธ์ ดังนี้

1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นเครือญาติ ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง และบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อร่วมงาน คนคุ้นเคย

2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วยบุคคลหรือองค์กรที่ให้การสนับสนุนและดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และบุคคลหรือองค์กรอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพสุขภาพ ได้แก่ ครู พระ สมาคม ชมรมต่าง ๆ

ฟิลลิปส์ (Phillips, 1991 อ้างถึงใน สุภาลักษณ์ เขียวขำ , 2543: 30) จำแนกแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1) การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ ลึกที่สุดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพิงระหว่างบุคคลกับสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ซึ่งอาจเป็นบุคคล เช่น บุคคลที่ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ดูแลหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่บุคคล เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2) การสนับสนุนทางสังคมระดับ ระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพิงระหว่างบุคคลกับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน

3) การสนับสนุนทางสังคมระดับเหนือ ระบบ (Super system) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพิงระหว่างบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคมในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการบริการในชุมชน

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผน และกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคล

ในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Schcefer, Cony & Lazaru (อ้างถึงใน ดาริกา สารบัวสว วรรค์, 2545: 25) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันและความรู้สึกมั่นคงใจ ไว้วางใจ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำใน การแก้ไขปัญหาหรือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคลโดยการย้อนกลับ

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับเงินทอง สิ่งของหรือบริการ ซึ่งการสนับสนุนด้านสิ่งของจำแนกออกเป็น 4 ชนิด คือ

3.1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ที่เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับความซึมเศร้า

3.2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความรู้ความเข้าใจว่าควรทำอะไรจึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3.3) การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน เพื่อให้บุคคลมีเวลาในการประกอบกิจกรรมอื่น ๆ มากขึ้น

3.4) การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้บุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง

เฮาส์ (House, 1981 อ้างในชุมพร รุ่งเรือง , 2542: 19) จำแนกแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใจ การกระตุ้นเตือน

2) การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือการยอมรับ ในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

3) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การคัดเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

4. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำจะสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่แย่หรือไม่ดี (Fritzell, 2007; Singh-Manoux, 2005; Westin, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim, Jeon, & Jang (2010) ผลการวิจัยรายงานว่า มารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังที่มีสุขภาพที่ไม่ดี (71.4%) โดยผู้ที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่เงินและมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีการประเมินภาวะสุขภาพตนเองต่ำ

Fried และคณะ (2004) ได้ทำการประเมินผลการใช้โปรแกรมสำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุในโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งในเมืองบอลติเมอร์ มลรัฐแมริแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา อาสาสมัครผู้สูงอายุมี่ทั้งสิ้น 128 คน อายุอยู่ระหว่าง 60-86 ปี ผลการศึกษาพบว่า หลังจากติดตามผลการทดลอง 1-2 เดือน ผู้สูงอายุมี่กิจกรรมทางด้านร่างกาย ความแข็งแรง มีการช่วยเหลือซึ่งกัน - และกัน และกิจกรรมทางปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Travis, Lyness, Shields, King, & Cox (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความซึมเศร้า และภาวะทุพพลภาพในการปฏิบัติงานของผู้สูงอายุ (n=305) ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนในสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

Kim, Jeon, & Jang (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะเศรษฐกิจและสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและการประเมินภาวะสุขภาพตนเองในมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในประเทศเกาหลีใต้ (n=6,370) เพื่อหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับสภาวะเศรษฐกิจและสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ว่ามีการประเมินภาวะสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ ระหว่างมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังกับมารดาที่มีคู่ชีวิตในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งข้อมูลได้จากผู้หญิงที่อาศัยอยู่กับบุตรและครอบครัวจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของการศึกษาระยะยาวของคนเกาหลีใต้และมีการให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามกลับ

อยู่ในระดับดีมาก (95.8%) ผลการวิจัยรายงานว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังที่มีสุขภาพที่ไม่ดี (71.4%) เมื่อเทียบกับมารดาที่มีคูชีวิต (55%) เมื่อทำการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังกับมารดาที่มีคูชีวิตพบว่า มารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ($OR=2.57$, $CI= 2.10-3.15$) โดยภาพรวมมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีอายุอยู่ในช่วง 50-64 ปี เป็นส่วนใหญ่ (50.8%) และได้อาศัยอยู่กับบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป (69.1%) ส่วนใหญ่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติพี่น้อง (68.9%) มีการร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย (62.1%) จบการศึกษาชั้นมัธยมตอนกลางหรือต่ำกว่า (76.9%) รายได้ต่อปีของครอบครัวต่ำมาก (65.5%) และกลุ่มตัวอย่างรายงานตนเองว่าเป็นกลุ่มคนจน (64%) (Kim, 2010) ความด้อยโอกาสทางสุขภาพระหว่างมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังกับมารดาที่มีคูชีวิต โดยผู้ที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่จนและมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำสามารถอธิบายความแปรปรวนเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพตนเองต่ำ โดยมีความแตกต่างกันระหว่างมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังกับมารดาที่มีคูชีวิต ($R^2 = 41.4\%$) (Kim, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับคนจน หรือคนที่มีปัญหาทางการเงินที่เป็นมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำจะสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่แย่หรือไม่ดี (Fritzell, 2007; Singh-Manoux, 2005; Westin, 2007) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนที่ดีน่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทำให้เกิดสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว

Fried และคณะ (2004) ได้ทำการประเมินผลการใช้โปรแกรมสำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุในโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งเป็นบทบาทที่โรงเรียนต้องการและเพิ่มการมีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น เช่น กิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางสมอง ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลทางด้านสังคมในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ หรือ “The Experience Corps” โปรแกรม ซึ่งได้ทำการทดลองในเมืองบอลติเมอร์ มลรัฐแมริแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา อาสาสมัครผู้สูงอายุมี่ทั้งสิ้น 128 คน อายุอยู่ระหว่าง 60-86 ปี ส่วนใหญ่เป็นชาวแอฟริกันอเมริกัน (95%) อายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (92%) จบการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา (71%) สุขภาพอยู่ในระดับดี (28.6%) และมีความดันโลหิตสูง (62.6%) ผลการศึกษาพบว่า หลังจากติดตามผลการทดลอง 1-2 เดือน ผู้สูงอายุมี่กิจกรรมทางด้านร่างกาย ความแข็งแรง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกิจกรรมทางปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยส่งผลมีการปรับปรุงผลลัพธ์ทางการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมเพิ่มมากขึ้น โดยภาพรวมผู้สูงอายุมี่ความพึงพอใจในการเข้าร่วมการทดลองในครั้งนี้เป็นอย่างมาก สำหรับกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมนั้นผู้สูงอายุมี่รู้สึ กว่าตนเองได้ทำกิจกรรมที่สามารถช่วยเหลือคนอื่นได้มาก ทำให้มีส่วนร่วมในสังคมเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) แต่ในการวิจัยครั้งนี้มีจุดอ่อน คือ ในกลุ่ม

ควบคุมผู้สูงอายุมีปัญหาในระบบสายตามากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ดังนั้นการสวมแว่นตาอย่างควรให้มีผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเท่าๆ กัน (Fried, 2004)

Travis, Lyness, Shields, King, & Cox (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความซึมเศร้า และภาวะทุพพลภาพในการปฏิบัติงานของผู้สูงอายุ ($n=305$) ในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ศูนย์บริการสุขภาพในชุมชน โดยมีปัจจัยพยากรณ์ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความซึมเศร้า การวินิจฉัยอาการซึมเศร้า ซึ่งมีตัวแปรทำนาย คือ กิจกรรมประจำวัน การธำรงรักษาภาวะร่างกาย และการทำงานของร่างกาย และภาวะสุขภาพ ซึ่งในด้านภาวะสุขภาพได้มีการใช้เครื่องมือวัดของ Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey ในการสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนในสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุได้ (Travis, 2004)

Markle-Reid, Weir, Browne, Roberts, Gafni, & Henderson (2006) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ($n=242$) ที่มีความเปราะบางของร่างกายที่เป็นผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งได้ทำการเปรียบเทียบผลกระทบและค่าใช้จ่ายล่วงหน้าในการทดลองการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้านปกติ (กลุ่มควบคุม, $n=122$) กับผู้สูงอายุที่อาศัยการบริการตามสถานที่บริการที่จัดให้โดยการให้การบริการจากพยาบาล (กลุ่มทดลอง, $n=120$) เป็นการศึกษาแบบการควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีคุณสมบัติที่จะได้รับการบริการในการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านในเมืองออนตาริโอ ประเทศแคนาดา กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลจะได้รับการประเมินสภาพร่างกายและการติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ หรือโทรศัพท์ติดต่อ การให้สุขภาพเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรคที่เป็นอยู่ การประสานความร่วมมือกับการบริการของชุมชนและการใช้กลยุทธ์การเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอิสระ พึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวางแผนการให้ความรู้จากพยาบาลในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะมีภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจดีกว่าการให้การพยาบาลจากแหล่งบริการตามความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) และสามารถลดภาวะความซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาลที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังจะเป็นการวางแผนการให้บริการที่ดี สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย (Markle-Reid, 2006)

Stewart และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาการประเมินผลของผู้เปลี่ยนแปลงในการออกกำลังกาย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ($n=89$) อายุ

ระหว่าง 62-91 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 76 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดและยากจน เพื่อที่จะส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในชุมชนซึ่งสามารถเลือกได้ตามใจชอบ ขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกาย ในการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพและการขนส่งที่สามารถอำนวยความสะดวกได้ และได้ทำการทดลอง จำนวน 2 กลุ่ม และทำการเปรียบเทียบกัน ระหว่างจำนวนเดือนที่ออกกำลังกาย (6 เดือน) ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย ซึ่งการทดลองในครั้งนี้มีความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ผลการทดลอง พบว่า หลังจาก 6 เดือน ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง และมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ดีขึ้น และได้ทำการทดลองซ้ำอีกในศูนย์ผู้สูงอายุอื่น ($n=22$) พบว่า หลังจาก 6 เดือนของการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ดีและสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้น ร้อยละ 68 เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ร้อยละ 35 ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในชุมชนแรงงานสนับสนุนทางสังคมที่สะดวกควรจัดให้ในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ยืนยาว (Stewart, 1997)

Adams, Bowden, Humphrey, & McAdams (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานสนับสนุนทางสังคมและวิถีชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงในชนบท ($n=102$) โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ทฤษฎีความคาดหวังและการให้คุณค่า และทฤษฎีเชิงปัญญาทางด้านสังคม โดยการทำกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายในผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ประมาณ 47 ปี ทำงานเต็มเวลา (60%) เชื้อชาติส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว (88%) สถานภาพสมรสและนับถือศาสนาคริสต์นิกายแบ็บติส (71%) ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอน ปลาย (28%) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานสนับสนุนทางสังคมและวิถีชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงในชนบทอยู่ในระดับต่ำ ($r=.29, p \leq .01$) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานสนับสนุนทางสังคมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($r=.22, p \leq .05$) แต่ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้คือ เป็นการทำวิจัยเฉพาะในเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชนบทเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-65 ปี ซึ่งควรจะศึกษาในแต่ละกลุ่มอายุในช่วงอายุไม่กว้างเกินไป ซึ่งจะได้เห็นในภาพรวมว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแรงงานสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับใดและมีการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร แต่ที่สำคัญข้อค้นพบที่ได้ คือ แรงงานสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวแปรที่ทำนายอย่างดีที่สุดว่าบุคคลจะเข้าร่วมในการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ (Adams, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพนเดอร์ (1996) ที่ว่า แรงงานสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพและความสุขสมบูรณ์ ซึ่งตรงกับ การศึกษาของ Adams (2000) ดังนั้นจากแนวคิดของเพนเดอร์ในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล จะถูกมองว่าสติปัญญาในเชิงพฤติกรรมสามารถมีผลต่อความยึดมั่นของแต่ละบุคคล

ที่จะวางแผนในการกระทำการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เปรียบเสมือน อิทธิพลระหว่างบุคคลจะช่วยให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 1996)

Schillinger และคณะ (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=408) กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน เมืองซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงธันวาคม ปี 2000 จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ อายุเฉลี่ย 62.7 ปี เป็นเพศหญิง (67%) เชื้อชาติลาติน (58%) จบระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีรายได้ของครัวเรือนต่อปี น้อยกว่า \$20,000 (97%) ใช้ระบบประกันสุขภาพ Medicare (48%) พูดภาษาสเปน (54%) นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่ดีหรือไม่เพียงพอสามารถทำนายได้ว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเบาหวานได้สำเร็จตามค่าปกติที่ต้องควบคุมได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ค่าปกติ 4.9%-6.7%) ($HbA_{1c} \leq 7.2\%$, adjusted OR = 0.57, CI = 95%, p=0.05) สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลเบาหวานได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($HbA_{1c} \leq 9.5\%$, adjusted OR = 2.03, CI = 95%, p=0.02) ความน่าจะเป็นที่จะมีเบาหวานขึ้นตาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 2.33, CI = 95%, p=0.01) และเสี่ยงที่จะเป็นโรคเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือ โป่งพอง (Cerebro Vascular Accident: CVA) (adjusted OR = 2.71, CI = 95%, p=0.04) ดังนั้นการ ส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพควรจะต้องจัดทำขึ้น ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยหรือผู้ที่ไม่มีความรู้เลย เพื่อลดค่าใช้จ่ายในสถาน บริการทางสุขภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพได้ด้วย ตนเองได้ แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครทางด้าน การดูแลสุขภาพในแต่ละท้องถิ่นควรจัดทำขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูง อายุได้ แต่การศึกษา ในครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายอย่างคือ การไม่ได้เรียนหรือไม่มีความรู้จะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ในเชิงลบของโรคเบาหวานหรือไม่ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าการไม่มีความรู้ทางด้านสุขภาพจะเป็นตัว สำคัญตัวหนึ่งของปัจจัยอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะความอ้วน การมี โรคมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งอาจมีหลายปัจจัยที่อาจมีผล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาครั้งนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความรู้ จะมีความสัมพันธ์ระดับใดกับผลลัพธ์ของ การเป็นโรคเบาหวานซึ่งอาจเกิดก่อนหรือเกิดทีหลัง ของการแสดงอาการเบาหวานก็ได้ และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความรู้อาจจะรับรู้ว่าจะตนเองมีอาการ และอาการแสดงของเบาหวานอย่างไร การดูแลสุขภาพเบาหวานซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานก็ได้ (Schillinger, 2006)

2. ความซึมเศร้ากับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มักพบ 1 ใน 7 คน และผู้สูงอายุมักจะมีการแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งทำให้สุขภาพเสื่อมลง (Greaves, 2006) ทำนองเดียวกันกับ ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชนที่มีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีประมาณ 30% (Thongdang, 2008) จาก การศึกษาวิจัย พบว่า ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำงานต่าง ๆ ของ ร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางจากครอบครัว จะพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองจะมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ความซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับการ ขาดแรงสนับสนุนในสถานบริการดูแลระยะยาว การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือ ผู้อื่นจะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Greaves, 2006) มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง (50.7%) ข้อจำกัดในการทำการวิจัยในครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ ในวัยทำงานและเป็นผู้ชาย (n=285) ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานีเท่านั้น และความสัมพันธ์ระหว่าง การดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้ที่เพียงพอ ทักษะติดต่อพฤติกรรมก การ ส่งเสริมสุขภาพ ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ การเข้าถึงสถานบริการในการใช้บริการและ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคม ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ การเข้าถึงสถาน บริการ ทักษะติดต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และรายได้ที่เพียงพอ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.8 เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Janpaisri, 2010)

ประภาส จิตตาศิริวัตร (2544) ที่ได้ศึกษาภาวะความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ และที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มละ 50 คน โดยใช้ แบบทดสอบ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดย ใช้ลูกจ้างของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอ บถาม ผลการศึกษาพบว่า ภาวะ ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร พบได้ร้อยละ 41 กลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ย 65 ปี การศึกษาทั้งหมดอยู่ในระดับชั้นประถม การศึกษาปีที่ 1 ถึง ประถมการศึกษาปีที่ 6 โดยมีผู้หญิงเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้ สูงอายุมากกว่าผู้ชาย ผู้วิจัย ให้ข้อเสนอแนะในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุซึ่งที่ความจำเป็นและอาจจะสามารถช่วยลด ปัญหาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แต่ควรที่จะเพิ่มความถี่หรือพัฒนากิจกรรมของชมรมให้เหมาะสม กับผู้สูงอายุมากขึ้น จุดอ่อนของการวิจัย ในครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนความซึมเศร้าเฉลี่ยในกลุ่ม

ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จะมีค่าน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (10.06 และ 11.78 คะแนน) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

จากการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมจากต่างประเทศ Hambleton (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประวัติและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ($n= 1,443$) ในเมืองบาบาคอส ในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกาและแถบทะเลแคริบเบียน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้กรอบทฤษฎีแนวคิดที่ว่า ภาวะเศรษฐกิจสังคมของผู้สูงอายุจะเป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ เช่น ระดับการศึกษา วิถีชีวิต ฐานะทางการเงิน และอื่น ๆ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็งและเนื้องอก โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก ข้อเข่าเสื่อม และภาวะความซึมเศร้า ในรอบระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบมากในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย US\$ 3,132 ต่อปี ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีของรายได้เฉลี่ยมวลรวมของชาติ (US\$ 9,750) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีผู้อาศัยอยู่ในครอบครัว 1 คน (90%) ค่าดัชนีมวลกายหรือค่า BMI ในผู้หญิงเท่ากับ 28.2 kg/m^2 ในผู้ชายเท่ากับ 25.3 kg/m^2 จำนวนโรคพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และภาวะความซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือของ Sheikh และ Yesavage (1986) ในการวัดความซึมเศร้าซึ่งมีจำนวน 15 ข้อ ผลการวิจัยพบว่าภาวะความซึมเศร้า พบร้อยละ 5 ในผู้หญิงและร้อยละ 6 ในผู้ชายสูงอายุ จากการรายงานตามความคิดเห็นของผู้ชาย พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีเยี่ยม ร้อยละ 21 และร้อยละ 13 ในผู้หญิง และนอกจากนี้พบว่า สุขภาพที่แย่มากหรือไม่ดี ในผู้หญิง พบร้อยละ 51 และในผู้ชาย พบร้อยละ 41 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ได้ว่าภาวะสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุนั้น คือ ตัวชี้วัดของการเกิดโรค ได้แก่ การที่มีจำนวนโรคที่มีมาก ๆ ($OR=0.55$) จำนวนภาวะอาการของโรคที่มาก ($OR=0.71$) และระดับความซึมเศร้าที่มาก ๆ ($OR=0.85$) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยการทำนายว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่ดี การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นจะต้องมีโปรแกรมที่ช่วย ให้ผู้สูงอายุมีเศรษฐกิจที่ดีขึ้น และการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น เพื่อจะส่งผลให้มีการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แต่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ประวัติภาวะสุขภาพในอดีต มีค่าความแปรปรวนน้อย (5.2%) ค่าความแปรปรวนที่สามารถทำนายได้เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่เสี่ยงก็มีค่าน้อยเช่นกัน (7.1%) แต่ตัวชี้วัดของการเกิดโรคมีค่าความแปรปรวนสูงสุดในการอธิบายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ (33.5%) ดังนั้นระดับความซึมเศร้ามาก ๆ ในผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี พยายามจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความซึมเศร้าหรือหาปัจจัยร่วมอื่น ๆ ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (Hambleton, 2005)

Wurff (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะความซึมเศร้าในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ในเมืองอัมสเตอร์ดัม ช่วงเดือน ตุลาคม

ปี 1999- มิถุนายน ปี 2000 โดยทำการสุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อพยพมาจากที่ประเทศตุรกี (n=330) และโมร็อกโก (n=299) มีการเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นชาวดัตช์ (Dutch) (n=304) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 55-74 ปี โดยทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามความซึมเศร้า CES-D ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 16 ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุที่อพยพมาจากแคนาดา โดยพบในผู้สูงอายุชาวตุรกี (61.5%) มากกว่าชาวโมร็อกโก (33.6%) และชาวดัตช์ (14.5%) โดยคุณภาพรวมจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อพยพมาจากแคนาดาจะมีรายได้และการศึกษาต่ำ ($p < 0.05$) และมีข้อจำกัดในด้านร่างกายจำนวนมาก ($p = 0.01$) และมีภาวะโรคเรื้อรังสูง ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ภาวะความซึมเศร้า (38.1%) สัมพันธ์กับเพศ โรคเรื้อรังทางกายและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย วัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และเชื้อชาติที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะความซึมเศร้าเป็นอย่างมาก จุดแข็งของการศึกษาในครั้งนี้เนื่องมาจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เครื่องมือมีความเชื่อมั่นดี มีการสัมภาษณ์โดยใช้ภาษาท้องถิ่น มีการคัดเลือกเพศและอายุแบบระบบชั้นภูมิ (Age and sex stratified random sampling) แต่ข้อจำกัดของการศึกษา คือ อาจเกิดการลำเอียงในการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการรายงานตนเอง ไม่ได้มีการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ไม่ได้มีการทดสอบความตรงของเครื่องมือในการที่จะบอกว่าความซึมเศร้าอยู่ระดับเท่าใดจึงจะถือว่ามีความซึมเศร้า ซึ่งยังยึดค่าคะแนน เท่ากับ 16 คะแนน CES-D ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุชาวตุรกีและชาวโมร็อกโก และอัตราการส่งแบบสอบถามกลับของผู้สูงอายุชาวตุรกีน้อย ทำให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดการลำเอียงได้ และปัจจัยเสี่ยงต่างและอุบัติการณ์การเกิด ภาวะความซึมเศร้าอาจสัมพันธ์กับประสบการณ์ของการสูญเสีย ภาวะโรคประสาท แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ปัจจัยหรือเหตุการณ์ในชีวิตต่าง ๆ ในช่วงวัยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร่ายังไม่ได้มีการสอบถาม (Wurff, 2004)

Biderman, Cwikel, Fried, & Galinsky (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะความซึมเศร้าและการหกล้มในผู้สูงอายุ (n=283) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เพื่อดูปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สามารถทำนายการเกิดภาวะการหกล้มในผู้สูงอายุ ในคลินิกในชุมชนที่มีความหลากหลายในภาวะเศรษฐกิจและสังคม เมืองเบียร์ชีวา (Beer Sheva) ในประเทศอิสราเอล โดยติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยทำการสัมภาษณ์และใช้เครื่องมือ Short Geriatric Depression Scale (S-GDS) ในการประเมินภาวะความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หลังจากติดตาม 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 12 รายงานการหกล้มในปีที่ผ่านมาและร้อยละ 25.5 พบว่ามีภาวะความซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม มี 5 อย่างคือ ภาวะสุขภาพที่แย่โดยการประเมินตนเอง สติปัญญาหรือความจำลดลง ความพร่องกิจวัตรประจำวัน การไปพบแพทย์ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในเดือนที่ผ่านมา ความเร็วในการเดินได้ช้าลง ปัจจัยเหล่านี้เพิ่มขึ้น ให้เกิดภาวะความซึมเศร้ามากขึ้นและเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น

โดยสรุปปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม คือ การใช้ยาในผู้สูงอายุ การหกล้มและภาวะความซึมเศร้า ซึ่งความซึมเศร้านั้นพยายาลและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขควรตรวจพบให้เร็วเพิ่มเพื่อ ป้องกันการหกล้ม และเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวเพิ่มขึ้น (Biderman, 2002)

Tooley และคณะ (2003) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้าซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (n=460) จากศูนย์ความร่วมมือในการทำวิจัยในโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อเมริกาเหนือทั้งหมด 14 ศูนย์ โดยการตอบแบบสอบถามในการตอบครั้งแรกและในระยะ ะติดตาม 4 ถึง 8 สัปดาห์ ภาวะความซึมเศร้าวัดโดยการใช้เครื่องมือของ Medical Outcomes Study-Depression Questionnaire: MOS-D มีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ถ้าคะแนน ≥ 0.06 ถือว่าเป็นภาวะความซึมเศร้ามาก และการวัดภาวะสุขภาพโดยใช้ Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: KCCQ มีจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงคะแนน 5 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางคลินิกที่สำคัญ ในการวัดสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว รวมถึงอาการ การทำหน้าที่ของร่างกายและสังคมและคุณภาพชีวิต ผลการศึกษา พบว่าประมาณ 30% (139/460 คน) ของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าแตกต่างกันในการวัดครั้งแรก โดยผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีคะแนน KCCQ ต่ำมาก ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -19.6; p < 0.001$) ซึ่งหลังจากการจำกัดตัวแปรก่อน พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีความเสี่ยงในอาการที่แย่งเกี่ยวกับอาการโรคหัวใจล้มเหลว การทำหน้าที่ของร่างกายและสังคมและคุณภาพชีวิต โดยเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงในคะแนนรวมของ KCCQ (-7.1; $p < 0.001$) ผลการวิจัยสรุปว่า ความซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ดังนั้นควรจะทำการศึกษาส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวและทำการรักษาด้วยยาจึงจะมีอาการดีขึ้น แต่ข้อจำกัดในการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาเก็บข้อมูลแบบสะดวกไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการซึมเศร้าน้อย การวัดความซึมเศร้าไม่มีการวินิจฉัยลักษณะอาการซึมเศร้า เป็นการวัด 2 ระยะ ที่มีช่วงระยะเวลาสั้นในการเก็บข้อมูล ทำให้มีความลำเอียงในการแปลข้อมูลได้ (Rumsfeld, 2003)

Penedo & Dahn (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและความสุขสมบูรณ์ ซึ่งเป็น การทบทวนประโยชน์ของภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายในการศึกษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการทดลองวิจัยทางคลินิก ในผู้ที่มีสภาพร่างกายในภาวะต่าง ๆ เช่น ความอ้วน มะเร็ง โรคหัวใจ และสมรรถภาพทางเพศเสื่อม และความซึมเศร้า ในทุกเชื้อชาติ ทุกเพศและอายุ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมต่างๆ การทดลองการทำงานกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกาย มีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ ทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม

การออกกำลังกายในภาวะปกติ ภาวะร่างกายที่เปลี่ยนไปหรือในการทดลอง พบว่า เกิดผลดีต่อสุขภาพร่างกาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น สามารถลดความซึมเศร้าและมีอารมณ์ดีขึ้น นอกจากนี้หลาย ๆ ผลการศึกษาพบว่า การมีกิจกรรมของร่างกายจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกคนและทุกเชื้อชาติศาสนา แต่ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากรายงานวิจัยบางเรื่องยังมีกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป เช่นการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การติดตามผลในระยะสั้นเกินไป และข้อจำกัดของการนำไปใช้ในทางคลินิกเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายน้อยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Penedo, 2005)

Ciechanowski และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการบูรณาการการรักษาภาวะความซึมเศร้าโดยการดูแลที่บ้าน (Community-integrated home-based depression treatment) ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (n=138) ที่มีปัญหาภาวะความซึมเศร้าเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองซีแอตเทิล วอชิงตัน ในเดือนมกราคม 2000 ถึง พฤษภาคม 2003 ซึ่งผู้สูงอายุนั้นมาใช้บริการผ่านเอเยนซี่ในชุมชน โดยกลุ่มทดลองจะถูกคัดเลือกเข้าสู่โปรแกรม PEARLS (The Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors (PEARLS) intervention) การส่งเสริมกิจกรรม การให้รางวัลในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการใช้การรักษาแบบการแก้ปัญหา กิจกรรมทางกายและทางสังคม และการคำแนะนำจากแพทย์เจ้าของผู้ป่วยเกี่ยวกับยารักษาความซึมเศร้า (n=72) กลุ่มควบคุมได้รับการบริการที่ปกติ (n=66) หรือไม่ได้รับบริการเพิ่มขึ้นแต่จะได้รับการจดหมายติดตามให้มาพบแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ตามนัดเพื่อรายงานการวินิจฉัยอาการซึมเศร้าและคำแนะนำที่ให้เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มควบคุม การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเปรียบเทียบภาวะความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน ระยะเริ่มต้น (Baseline) กับระยะสิ้นสุดการทดลอง (12 เดือน) ผลการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 51 โรคประสาทซึมเศร้า ร้อยละ 48.6 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับการได้รับยาอย่างเรื้อรัง เท่ากับ 4.6 ชนิด (จาก 1-10 ชนิด) และชนกลุ่มน้อย พบร้อยละ 42 อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 72 มีรายได้ต่อปี น้อยกว่า \$10,000 ร้อยละ 58 และส่วนใหญ่ได้รับรูปแบบการช่วยเหลือที่บ้าน ร้อยละ 69 ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง (PEARLS) หลังสิ้นสุดการทดลอง (12 เดือน) พบว่า การใช้โปรแกรมการบูรณาการในการรักษาภาวะความซึมเศร้าโดยการดูแลที่บ้าน มีแนวโน้มที่สามารถลดความซึมเศร้าได้ร้อยละ 50 (Odds Ratio: OR: 5.21) การประสบความสำเร็จในการทำให้อาการซึมเศร้ามีหน้าที่ได้เท่าเทียมกับก่อนที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 36 (OR: 4.96) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทางด้านสุขภาพโดยมีความสุข ขสมบูรณ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) และมีความสุขสมบูรณ์ทางด้านอารมณ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.048) แต่จุดอ่อนของการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะในเมืองเท่านั้น ไม่มีการ

ข้อมูลบันทึก ทางสุขภาพแต่อาศัยการบอกเล่าจากผู้ป่วยเองในการรับยาหลาย ๆ โรคและการใช้ บริการด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้ อาจเกิดการลำเอียงได้ ซึ่งน่าจะมีการประเมินการใช้บริการ ด้านสาธารณสุขเป็นกลุ่ม ๆ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รวมถึงการใช้บริการทางการแพทย์ จากตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน นอกจากนั้น สักส่วนของการสุ่มตัวอย่าง ในระยะเริ่มต้นของการทดลอง ในผู้ป่วยโรคประสาทซึมเศร้าและมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย พบว่าผู้ป่วยโรคประสาทซึมเศร้า มีสัดส่วนมากกว่าในระยะเริ่มต้นการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Ciechanowski, 2004)

Cattan, White, Bond, & Learmouth (2005) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกัน การ แยกตัวออกจากสังคมและภาวะว้าเหวในผู้สูงอายุ โดยการทบทวนวรรณกรรมในการทดลองการ ส่งเสริมสุขภาพ (n=30) ในผลการวิจัยการศึกษาผลลัพธ์ด้านปริมาณ ระหว่างปี 1970 ถึง 2002 ใน หลาย ๆ ภาษา โดยการสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ วารสารและบทคัดย่อ และการติดต่อกับผู้ให้ ข้อมูลคนสำคัญ ได้ทำการสกัดเนื้อหาและสังเคราะห์บทความ พบว่า จากข้อมูลที่ได้ทำการศึกษาไว้ 30 เรื่อง และจัดทำเป็นหมวดหมู่ ซึ่งแยกแยะออกเป็นกลุ่ม (n=17) หนึ่งต่อหนึ่ง (n=10) สถานการณ์ ด้านการบริการ (n=3) การพัฒนาชุมชน (n=1) ส่วนใหญ่การวิจัยได้จัดทำในประเทศสหรัฐอเมริกา (16 ใน 30 เรื่อง) แคนาดา และทวีปยุโรป นอกจากนี้พบว่ารูปแบบการทำวิจัย วิธีการ คุณภาพและ การนำผลการวิจัยไปใช้มีความหลากหลาย การวิจัย 16 เรื่องได้ศึกษาเชิงทดลองที่มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่าง (Randomized Controlled Trials [RCT]) และ 1 ใน 3 ไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาจาก 9 ใน 10 เรื่อง ในด้านผลการวิจัยเชิงทดลองเป็นกิจกรรมกลุ่มกับการศึกษา หรือ การสนับสนุนที่ได้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง คำแนะนำและข้อมูลหรือการประเมินความต้องการทางด้าน สุขภาพ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาในการทดลองโดย การทำกิจกรรมกลุ่ม ในด้านสังคมซึ่งกลุ่มเป้าหมายสามารถลดภาวะการแยกตัวออกจากสังคมและความว้าเหวระหว่าง ผู้สูงอายุได้ ส่วนประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านและการเป็นมิตรยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร (Cattan, 2005)

Zhang และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการ โรคซึมเศร้าและอัตราการตายของ ผู้ป่วยเบาหวาน (ตาย n=276, ไม่ตาย n=282) และผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวาน (ตาย n=1,499, ไม่ตาย n=5,564) จากการศึกษาในระยะยาวในเชิงระบาดวิทยา (1982-1992) โดยทำการวิเคราะห์ ข้อมูลของ The First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 25-74 ปี (n=14,407) โดยทำการสำรวจ 4 ครั้งย่อย โดยการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาจากการสำรวจติดตามในวัยผู้ใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามใน NHANES I Epidemiologic Follow up Study (NHEFS) ซึ่งมีอาการเบาหวานและซึมเศร้า ซึ่งมีอายุมากกว่า 32 ปี (n=9,276) โดย วัดความซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดของ Centers for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) พบว่า

ผู้ป่วยเบาหวาน มีอัตราการตาย ร้อยละ 49.5 และอายุเฉลี่ยในการมีชีวิตรอด ประมาณ 7 ปี และผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวาน มีอัตราการตาย ร้อยละ 21.2 และอายุเฉลี่ยในการมีชีวิตรอด ประมาณ 8.5 ปี จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีคะแนน CES-D มากและมีอาการเบาหวาน เมื่อวิเคราะห์โดยการทำควบคุมตัวแปรอื่น ๆ พบว่า คะแนนความซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 16 ในผู้ป่วยเบาหวาน (26.3%) และผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวาน (15.8%) (Zhang, 2005)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในสหรัฐอเมริกา โดยจะมีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่า 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ซึ่งไม่พบในวัยผู้ใหญ่ที่มีคะแนนต่ำกว่า 16 ซึ่งมีมากกว่า ร้อยละ 54 และอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานหลังจากทำการติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบว่า อัตราการตายยังสูงขึ้นไปกว่าในผู้ป่วยที่มีคะแนนความซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 22 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคะแนนความซึมเศร้า น้อยกว่า 16 แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคะแนนความซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 16-21 คะแนน จะไม่พบอัตราการตายสูง ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการซึมเศร้ามีการวัดครั้งเดียวซึ่งเป็นค่าเบื้องต้น (Baseline) และ CES-D ถูกใช้วัดแค่ครั้งเดียว คุณสมบัติของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานนั้นแตกต่างกันมาก และสาเหตุการตายเฉพาะ โรคยังไม่ระบุชัดเจนทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด และผู้ป่วยเบาหวานทำการแบบสอบถามตามความคิดเห็นของตนเองซึ่งอาจจะทำให้มีการแปลผลข้อค้นพบของวิจัยผิดพลาดได้ถึงแม้ว่ามีการใช้สถิติวิเคราะห์ ได้ถูกต้อง โดยการใช้ Survival analysis คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะให้มีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดอาการซึมเศร้าซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการกับภาวะเบาหวานของตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Zhang, 2005)

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

Duffy (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป โดยใช้ทฤษฎีของ Pender (Pender's Health Promotion Model, 1982) ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงจะมีกลยุทธ์ในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมาก โดยผู้ชายที่มีรายได้สูงและมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงจะมีสุขภาพที่ไม่ดีมีการออกกำลังกายน้อย ถึงแม้ว่าจะมีการรับประทานอาหารที่ดี ผู้สูงอายุที่แต่งงานและมีรายได้สูงจะมีการควบคุมตนเองได้ดีในการออกกำลังกาย มีการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในด้านความรับผิดชอบ ต่อภาวะสุขภาพ การลดความเครียด

นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้า พระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ย

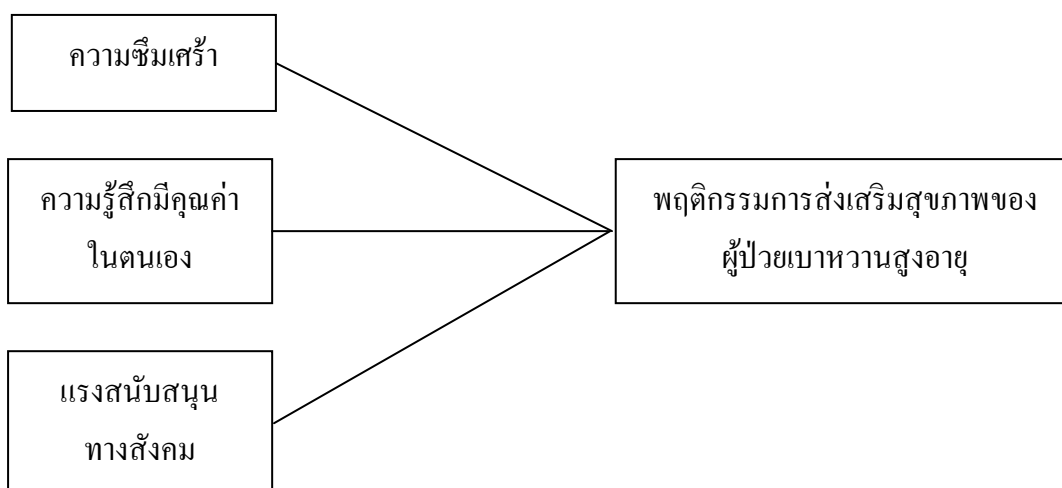
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 68.85 และผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา ซึ่งร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 23.10 จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยยังมีจุดแข็ง คือ มีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 260 คน และใช้แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ตามวิธีของ โรเซนเบอร์ก (1965) และแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (1987) แต่การวิจัยในครั้งนี้ค่อนข้างเก่า ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ซ้ำ และผลของการพยากรณ์ยังมีระดับต่ำ น่าจะมีปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมากกว่านี้ ที่ควรนำมาศึกษาในครั้งใหม่

นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเบาหวาน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ปัจจุบันรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้เน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในส่วนที่ได้อยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งเพนเดอร์ กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ นั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่สำคัญในการจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกนึกคิด ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในตนเอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัย ตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากกรอบแนวคิด จะเห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพล เช่น ความเข้มเฝ้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนามัย ตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง

จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางคม ความเข้มเศร้า และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบต่อของสถานีนามัยตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์และ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบต่อของสถานีนามัยตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุไทย เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ ความซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 120 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากการสำรวจข้อมูลประชากรแยกอายุและเพศปี 2552 มีหมู่บ้านทั้งหมด 9 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 12,400 คน เป็นเพศชาย จำนวน 6,149 คน เพศหญิง จำนวน 6,251 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 2,595 หลังคา จำนวนครอบครัว 2,751 ครัวเรือน มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย จำนวน 1,354 คน เพศหญิง จำนวน 1,567 คน รวมทั้งสิ้น 2,921 คน ดังตารางที่ 1

ประชากรอายุตั้งแต่ 0-80 ปีขึ้นไปที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 438 คน เป็นเพศชาย จำนวน 127 คน เพศหญิง จำนวน 311 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 425 หลังคา จำนวนครอบครัว 438 ครัวเรือน มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 187 คน เป็นเพศชาย จำนวน 75 คน เพศหญิง จำนวน 112 คน (งานข้อมูลข่าวสารสำนักงานสาธารณสุขอุดรธานี, 2552) ดังตารางที่ 1 การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน จากสถานีนอนามัยตำบลวังกะพ้อ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี คณะผู้วิจัยทำการสุ่มแบบจับสลากอย่างง่ายจาก 9 หมู่บ้าน โดยทำการสุ่มจากบัญชีรายชื่อเพื่อให้ได้มาซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จำนวน 120 คน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างแบบสรุปจำนวนข้อมูลประชากรแยกตามกลุ่มอายุและเพศในวัยผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 0-80 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เทศบาลตำบลวังกะพืด อำเภอ เมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2552

ชุมชน	ชื่อชุมชน	จำนวน หลังคาเรือน	จำนวน ครอบครัว	ข้อมูลประชากรแยกตามกลุ่มอายุและเพศ			
				0 - 80+		> 60	
				ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
3	บ้านท่าทอง	299	310	801	772	156	176
5	บ้านวังกะพืด	358	389	824	878	121	166
7	บ้านคอวัง	262	274	657	565	89	96
	.						
	.						
	.						
	รวม 3 หมู่บ้าน	903	986	2,282	2,215	354	408
	รวม	-	-	4,497	4,497	762	762
	รวมทั้ง 9 หมู่บ้าน	2,595	2,751	6,149	6,251	1,354	1,567
	รวม	-	-	12,400	12,400	2,921	2,921

ตารางที่ 2 แสดงกลุ่มตัวอย่างแยกตามกลุ่มอายุและเพศในวัยผู้สูงอายุตั้งแต่ 0-80 ปีขึ้นไปและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของเทศบาลตำบลวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2552

ชุมชน	ชื่อชุมชน	จำนวน หลังคาเรือน	จำนวน ครอบครัว	ข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน แยกตามกลุ่มอายุและเพศ					
				0 - 80+		> 60		กลุ่มตัวอย่าง	
				ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
3	บ้านท่าทอง	25	26	14	16	4	4	3	2
5	บ้านวังกะพือ	26	31	13	18	3	8	2	6
7	บ้านคอวัง	26	27	9	16	3	7	1	5
	.							.	.
	.							.	.
	.							.	.
รวมทั้ง 9 หมู่บ้าน		425	438	127	311	75	112	-	-
รวม				438		187		120	

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมในการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 60 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นการให้ความหมายตามสรีระวิทยาและชีววิทยาที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีผลต่อการศึกษาหาความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ หรือการพยากรณ์โรคที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดีในประชากรในวัยนี้ (Kulminski et al., 2005; Kowald, 2002; Jazwinski, 2002; Phromjuang, 2008).
2. มีอาการเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ Fasting Blood Sugar (FBS) = 130-150 mg% ความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 มม.ปรอท ซึ่งถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงในขั้นอันตราย
3. อาศัยอยู่ในพื้นที่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย หรือภาวะโรคจิต
5. สามารถพูดภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ฟังได้ อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแล กลุ่มตัวอย่าง โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และการรักษา โรคเบาหวานที่ได้รับการรักษา ผู้ที่ประกอบอาชีพให้กลุ่มตัวอย่าง ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด จากสมุดบันทึกโรคเบาหวานประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการรับบริการด้านสุขภาพ

2. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่สร้างขึ้นโดยนิพนธ์ พวงวารินทร์ และอดุลย์ วิริยะเวชกุล (2537 อ้างถึงในจรัสกรณ์ เจริญพงศ์ , 2550) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง จิตใจ และสังคม โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มาตรการประเมินแบบถูกผิด การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” เท่ากับ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” เท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งระดับคะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์วัดระดับความ ซึมเศร้า ดังต่อไปนี้ (จรัสกรณ์ เจริญพงศ์, 2550)

0-12 คะแนน	หมายถึง	ปกติ
13-18 คะแนน	หมายถึง	มีความซึมเศร้าเล็กน้อย
19-24 คะแนน	หมายถึง	มีความซึมเศร้าปานกลาง
25-30 คะแนน	หมายถึง	มีความซึมเศร้ารุนแรง

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบวัดที่ฟองศรี ศรีมรกต (2536) ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อความด้านบวกจำนวน 5 ข้อ และข้อความด้านลบ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ 1, 2, 4, 6, และ 7 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 3, 5, 8, 9, และ 10 เป็นข้อคำถามเชิงลบและการกำหนดการให้คะแนนมีดังนี้ (Rosenberg, 1965; คาริกา ธารบัวสวรรค์, 2540; ฟองศรี ศรีมรกต, 2536)

ระดับความเห็น	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา	4 คะแนน	1 คะแนน

มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	3 คะแนน	2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด เป็น 4 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พูนลาภทวี, 2539) ดังนี้

3.26 – 4.00	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด
2.51 – 3.25	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก
1.76 – 2.50	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับน้อย
1.00 – 1.75	หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยนำมาดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ อรุณ กาญจนะ (2545) และ คุษฎี พงศ์อุดม (2549) โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตรงมากที่สุด (4 คะแนน)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
ตรงมากพอควร (3 คะแนน)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมพอสมควร
ตรงบ้างเล็กน้อย (2 คะแนน)	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงเล็กน้อย
ไม่ตรงเลย (1 คะแนน)	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมเลย

การแปลผลคะแนนของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด เป็น 4 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พูนลาภทวี, 2539) ดังนี้

3.26 – 4.00	หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด
2.51 – 3.25	หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก
1.76 – 2.50	หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย
1.00 – 1.75	หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของแบบประเมินวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์, ซีคริสต์, และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) จำนวน 6 ด้านรวม 42 ข้อ ประกอบด้วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 8 ข้อ และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 8 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 7 ข้อ (Walker, 1987; ศิริมาวงศ์แหลมทอง, 2542)

ไม่เคยทำ (1 คะแนน)	หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย
ทำเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)	หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือ 1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์
ทำบ่อยครั้ง (3 คะแนน)	หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3 - 6 วันต่อสัปดาห์
ทำเป็นประจำ (4 คะแนน)	หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกวัน

การแปลผลคะแนนของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย {(ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3} (กานดา พูนลาภทวี, 2539) ซึ่งแปลความหมายของคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

5.1 การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

คะแนนระหว่าง 42.00 - 84.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
น้อย

คะแนนระหว่าง 84.01 - 126.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 126.01 - 168.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
มาก

5.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

คะแนนระหว่าง 7.00 - 14.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมน้อย

คะแนนระหว่าง 14.01 - 21.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 21.01 - 28.00 หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

5.3 การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

คะแนนระหว่าง 5.00 - 0.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมน้อย

คะแนนระหว่าง 10.01-15.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม

ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 15.01-20.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

5.4 การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

คะแนนระหว่าง 8.00-16.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมน้อย

คะแนนระหว่าง 16.01-24.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม

ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 24.01-32.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

5.5 การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

คะแนนระหว่าง 7.00-14.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมน้อย

คะแนนระหว่าง 14.01-21.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม

ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 21.01-28.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

5.6 การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

คะแนนระหว่าง 8.00-16.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมน้อย

คะแนนระหว่าง 16.01-24.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม

ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 24.01-32.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

5.7 การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

คะแนนระหว่าง 7.00-14.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมน้อย

คะแนนระหว่าง 14.01-21.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม

ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 21.01-28.00 หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถาม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า - ในตนเองที่นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซ้ำอีกครั้งเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้

อาศัยอยู่ในชุมชนวังกระพี่ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล นครพิงค์ โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถาม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Davis, 1992: 58) หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) (Davis, 1992; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

สูตรการคำนวณค่า CVI

$$\text{ดัชนีความตรงของเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

การหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ (Reliability) คณะผู้วิจัย ทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่สถานีอนามัยบ้านท่า ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 ราย โดยใช้เทคนิคทดสอบซ้ำ (Test - retest method) โดยมีระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามห่างกันเป็น เวลา 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการจำแบบสอบถามของกลุ่มทดลอง จากนั้น หาค่าความเชื่อมั่น ด้วย ดังนี้

1. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s coefficient) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .87 ค่าความเชื่อมั่น .96
2. โดยนำแบบวัดความซึมเศร้าในผู้ ป่วยเบาหวาน สูงนำไปหาค่าความเที่ยง ด้วยสูตร KR-20 ได้ความเที่ยงในผู้สูงอายุเพศหญิง เท่ากับ .94 และผู้สูงอายุชาย เท่ากับ .91 ค่าความเที่ยงรวม .93
3. แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทำการ วิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมเท่ากับ .89 และรายด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

เท่ากับ .80 กิจกรรมทางกาย เท่ากับ .82 โภชนาการ เท่ากับ .79 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ .82 การเจริญทางจิตวิญญาณ เท่ากับ .80 และการจัดการกับความเครียด เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำร่องโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการกรรมการจริยธรรมขอ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการเก็บข้อมูล 30 คน ในการทดลองให้เครื่องมือ ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ารงเช่นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และมอบให้แก่กลุ่มตัวอย่างหรือญาติ การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้โดยไม่ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ขณะที่ตอบแบบสอบถามถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืดใจสั่น ผู้วิจัยจะหยุดทำแบบสอบถามและดูแลให้การรักษาพยาบาลนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น จึงให้การตอบแบบสอบถามต่อหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ กลุ่มไม่มีอาการผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยอยู่ในตู้เก็บเอกสารพร้อมกุญแจและมิดิรหัสในการค้นหาข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การนำเสนอข้อมูลและการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแจ้งให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบล วังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย แจกแบบสอบถามให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
3. รวบรวม และตรวจสอบความสมบูรณ์ข้อมูล
4. นำข้อมูลมาประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

5. จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความเข้มเศร้าในผู้สูงอายุของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัย

3. ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัย

4. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัย

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยรวมและรายด้านวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัย

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

7. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลระหว่างความ เข้มเศร้า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Hierarchical Multiple Regression Analysis) และตรวจสอบลักษณะของข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Burns, 2005; Burns, 2001, 2004; Mertler, 2002)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยตำบล วังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ ตำบลวังกระพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ ตำบลวังกระพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ ตำบลวังกระพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 4 ความเข้มแข็งของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ ตำบลวังกระพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ ตำบลวังกระพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์
 ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง
 จังหวัดอุดรดิตถ์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	33	27.5
หญิง	87	82.5
2. อายุ (ปี)		
60 – 69 ปี	70	58.3
70 – 79 ปี	45	37.5
80 ปี ขึ้นไป	5	4.2
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	8.3
ประถมศึกษา	103	85.8
มัธยมศึกษา / ปวช	4	3.3
ปริญญาตรี	3	2.5
4. รายได้ของครอบครัว (บาท ต่อ เดือน)		
ไม่ตอบ	4	3.3
น้อยกว่า 5,000 บาท	73	60.8
ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท	26	21.7
ตั้งแต่ 10,000 ขึ้นไป	17	14.2
5. ความพอเพียงของรายได้		
ไม่พอเพียง	38	31.7
พอเพียง	82	68.3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	7	5.8
2 - 4 คน	76	63.3
5 คน ขึ้นไป	37	30.8
7. เป็นสมาชิกเครือข่าย ผู้สูงอายุในชุมชน		
ไม่เป็น	25	20.8
เป็น	95	79.2
8. บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน		
ตนเอง	50	41.7
สามี/ภรรยา	13	10.8
บุตร	57	47.5
9. ผู้ที่ทำอาหารให้รับประทานเป็นประจำ		
เตรียมอาหารด้วยตนเอง	103	85.8
ผู้อื่นเตรียมอาหาร	17	14.2

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.5 อายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 68 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.8 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.8 รายได้เฉลี่ย 6,528.45 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท สูงสุด 50,000 บาท มีความพอเพียง ของรายได้ ร้อยละ 68.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระหว่าง 2 – 4 คน ร้อยละ 63.3 เป็นสมาชิกเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 79.2 บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 47.5 และประกอบอาหารที่รับประทาน ด้วยตนเองเป็นประจำ ร้อยละ 85.8

ตารางที่ 4 การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรดิตถ์

การป่วยเป็นโรคเบาหวาน	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
1. ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน		
1 - 5 ปี	73	60.8
6 - 10 ปี	23	19.2
10 ปี ขึ้นไป	14	11.7
จำไม่ได้	10	8.3
2. ระดับน้ำตาลในเลือด (มก / เเปอร์เซ็นต์)		
น้อยกว่า 126 มก / เเปอร์เซ็นต์	62	51.7
126 มก / เเปอร์เซ็นต์	58	48.3
3. การไปรับการรักษาโรคเบาหวานจากสถานบริการอื่น		
ไม่ไปบริการ	110	91.7
ไปรับบริการ	10	8.3
4. การรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบัน		
ไม่ใช้ยา	6	5.0
ใช้ยา	114	95.0
5. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามีอาการหรือโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
5.1 ตามัว	30	25.0
5.2 ชาปลายมือ ปลายเท้า	32	26.7
5.3 สูญเสียอวัยวะ	2	1.7
5.4 ภาวะแทรกซ้อนทางไต	2	1.7
5.5 ความดันโลหิตสูง	40	33.3
5.6 แผลเรื้อรัง	2	1.7
5.7 โรคหัวใจ	17	14.2

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ ทราบว่า ตนเองเป็นเบาหวาน ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 60.8 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 139 มิลลิกรัม / เปอร์เซ็นต์ ไปรับการรักษาโรคเบาหวานจากสถานบริการอื่น ร้อยละ 8.3 ไม่ใช้ยาการรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบัน ร้อยละ 5.0

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามีอาการหรือโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ ชาปลายมือ ปลายเท้า ร้อยละ 26.7 และตามัว ร้อยละ 25.0

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง

จังหวัดอุตรดิตถ์

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

แรงสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ความรู้สึกถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย จากบุคคลรอบข้าง	2.89	.75	ตรงพอสมควร
2. เมื่อมีปัญหาหรือความวิตกกังวลท่านมีคนไว้วางใจและพูดคุยขอคำปรึกษาต่าง ๆ ได้	2.73	.70	ตรงพอสมควร
3. เมื่อเจ็บป่วย มีคนมาเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ	2.76	.71	ตรงพอสมควร
4. แม้ท่านจะเจ็บป่วย ก็มีคนมาขอคำปรึกษา คำแนะนำในเรื่องที่ท่านมีความรู้ ความชำนาญ	2.47	.68	ตรงบ้างเล็กน้อย
5. การได้รับคำชมเชย เมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับ	2.66	.69	ตรงพอสมควร
6. ท่านได้รับการเตือนและชี้แนะ เมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	2.70	.84	ตรงพอสมควร
7. เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง จะมีผู้บอกให้ทราบ	2.72	.79	ตรงพอสมควร
8. มีผู้บอกให้ทราบว่า ขณะนี้ภาวะสุขภาพของท่านดีขึ้นหรือแย่ลง	2.68	.91	ตรงพอสมควร
9. การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาต่าง ๆ ที่ได้รับอยู่เสมอ	2.83	.90	ตรงพอสมควร
10. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	2.90	.77	ตรงพอสมควร
11. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการปฏิบัติตัว ท่านมีผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา	2.80	.71	ตรงพอสมควร
12. การได้รับคำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน และการดำเนินชีวิตจากคนรอบข้าง	2.79	.79	ตรงพอสมควร
13. เมื่อมีปัญหาทางด้านการเงิน จะมีคนคอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุน	2.44	.69	ตรงบ้างเล็กน้อย

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
14. การได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตัวเองไม่ได้	2.50	.75	ตรงบ้างเล็กน้อย
15. การได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานต่าง ๆ ในบ้าน	2.49	.72	ตรงบ้างเล็กน้อย
16. เมื่อเจ็บป่วย จะมีคนคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ในการเดินทาง	3.01	.75	ตรงพอสมควร
17. ได้รับความสะดวกรวดเร็ว เมื่อมาตรวจหรือรับยา	3.02	.76	ตรงพอสมควร
โดยรวม	2.74	.48	ตรงพอสมควร

จากตารางที่ 5 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับตรงพอสมควร ($\bar{X} = 2.74$, SD. = .48) เมื่อจำแนกรายข้อ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (17) ได้รับความสะดวกรวดเร็ว เมื่อมาตรวจหรือรับยา ($\bar{X} = 3.02$, SD. = .76) รองลงมา คือ (16) เมื่อเจ็บป่วย จะมีคนคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทาง ($\bar{X} = 3.01$, SD. = .75) และ (10) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ($\bar{X} = 2.90$, SD. = .77)

คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (13) เมื่อมีปัญหาทางการเงิน จะมีคนคอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุน ($\bar{X} = 2.44$, SD. = .69) (4) แม้ท่านจะเจ็บป่วยก็มิคนมาขอคำปรึกษา คำแนะนำในเรื่องที่ท่านมีความรู้ ความชำนาญ ($\bar{X} = 2.47$, SD. = .68) และ (15) การได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานต่าง ๆ ในบ้าน ($\bar{X} = 2.90$, SD. = .77)

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ	3.47	.71	ตลอดเวลา
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ยังอยู่หลายประการ	3.36	.79	ตลอดเวลา
3. ฉันมีความโน้มเอียงที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว	2.26	.97	นาน ๆ ครั้ง
4. ฉันมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ	3.18	.74	เกิดขึ้นบ่อย
5. ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยมีอะไรในตัวฉันที่น่าภาคภูมิใจ	2.49	1.05	นาน ๆ ครั้ง
6. ฉันมีเจตคติที่ดีต่อตัวเอง	3.08	.82	เกิดขึ้นบ่อย
7. โดยส่วนรวมฉันมีความพึงพอใจในตัวเอง	3.15	.82	เกิดขึ้นบ่อย
8. ฉันปรารถนาที่จะยอมรับนับถือตนเองมากกว่านี้	2.93	.86	เกิดขึ้นบ่อย
9. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์	2.14	.96	นาน ๆ ครั้ง
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง	1.92	.90	นาน ๆ ครั้ง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	2.80	.44	เกิดขึ้นบ่อย

จากตารางที่ 6 พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับเกิดขึ้นบ่อย ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = .44) เมื่อจำแนกรายข้อ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = .71) รองลงมาคือ (2) ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ยังอยู่หลายประการ ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = .79) และ (4) ฉันมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = .74)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (10) หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง ($\bar{X} = 1.92$, S.D. = .90) (9) หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์ ($\bar{X} = 2.14$, S.D. = .96) และ (3) ฉันมีความโน้มเอียงที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ($\bar{X} = 2.26$, S.D. = .97)

ส่วนที่ 4 ความซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
 ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ความซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง
 จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกรายข้อ

ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	63	52.5
2. คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	63	52.5
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	60	50.0
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ	66	55.5
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า	55	45.8
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้	64	53.3
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี	49	40.8
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ	33	27.5
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข	48	39.2
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	58	43.3
11. คุณรู้สึกกระวนกระวายกระสับกระส่ายบ่อย ๆ	56	46.7
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	69	57.5
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	69	57.5
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	73	60.8
15. การที่มีชีวิตอยู่ปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่	60	50.0
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ	58	48.3
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณก่อนข้างไม่มีคุณค่า	61	50.8
18. คุณรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา	57	47.5
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก	51	42.5
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ	57	47.5
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น	61	50.8
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง	43	35.8
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ	59	49.2
24. คุณอารมณ์เสียบ่อยกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ	57	47.5

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ความซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย	45	37.5
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน	55	45.8
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า	43	35.8
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น	43	35.8
29. คุณตัดสินใจอะไรเร็ว	99	82.5
30. คุณมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน	51	42.5

จากตารางที่ 7 ความซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกรายข้อ จำนวนสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ การตัดสินใจอะไรเร็ว ร้อยละ 82.5 รองลงมาคือ คิดว่าความจำของคุณ ไม่ดีเท่าคนอื่น ร้อยละ 60.8 ชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน และบ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า เท่ากันคือ ร้อยละ 57.5 รู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ ร้อยละ 55.5

ความซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ จำนวนต่ำสุด 5 อันดับ ได้แก่ (8) คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ ร้อยละ 27.5 รองลงมา คือ (22) คุณรู้สึกสิ้นหวัง ร้อยละ 35.8 (23) คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ (27) คุณรู้สึกสดชื่นในเวลา ตื่นนอนตอนเช้า (8) คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น เท่ากันคือ ร้อยละ 64.2

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ความชื้นเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี

ความชื้นเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (0 – 12 คะแนน)	55	45.8
มีความชื้นเศร้าเล็กน้อย (13 – 18 คะแนน)	31	25.8
มีความชื้นเศร้าปานกลาง (19 – 24 คะแนน)	12	10.0
มีความชื้นเศร้ารุนแรง (25 – 30 คะแนน)	22	18.4
รวม	120	100.0

จากตารางที่ 8 พบว่า ความชื้นเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ มีความชื้นเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 25.8 และมีความชื้นเศร้ารุนแรง ร้อยละ 18.4

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง
จังหวัดอุตรดิตถ์

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. บอกรายการผิดปกติที่เกิดขึ้น ให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ	2.75	.80	ทำบ่อยครั้ง
2. อ่านหนังสือหรือคู่มือ ที่มีเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	2.59	.77	ทำบ่อยครั้ง
3. ซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ	2.71	.74	ทำบ่อยครั้ง
4. สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือ อาการผิดปกติ เช่น หน้ามืดใจสั่น เป็นลม	2.37	.84	ทำเป็นบางครั้ง
5. สำรองผิวหนัง การเกิดบาดแผล การหายของแผล	2.42	.88	ทำเป็นบางครั้ง
6. รับประทานยาตรงตามแผนการรักษา	3.41	.80	ทำบ่อยครั้ง
7. รับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด	3.45	.74	ทำบ่อยครั้ง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.56	.39	ทำบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 9 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = .39) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติระดับบ่อยครั้ง ได้แก่ ไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = .74) รองลงมา คือ บอกรายการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = .80) และรับประทานยาตรงตามแผน - การรักษา ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = .80)

การปฏิบัติระดับบางครั้ง ได้แก่ 5) สำรองผิวหนัง การเกิดบาดแผล การหายของแผล ($\bar{X} = 2.42$, S.D. = .88) และ (4) สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายหรืออาการผิดปกติ เช่น หน้ามืดใจสั่น เป็นลม ($\bar{X} = 2.37$, S.D. = .74)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
 สูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้านกิจกรรมทางกาย

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาทีหรือมากกว่า เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน	2.24	.93	ทำเป็นบางครั้ง
2. จับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย	1.71	.82	ทำเป็นบางครั้ง
3. รับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย 30 นาที – 1 ชั่วโมง	2.05	.89	ทำเป็นบางครั้ง
4. ขณะออกกำลังกาย สังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บแน่นหน้าอก หากมีอาการให้หยุดออกกำลังกาย	1.83	.84	ทำเป็นบางครั้ง
5. ใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ปลูกหรือรดน้ำต้นไม้	2.93	1.00	ทำบ่อยครั้ง
ด้านกิจกรรมทางกาย	2.15	.54	ทำเป็นบางครั้ง

จากตารางที่ 10 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับบางครั้ง ($\bar{X} = 2.15$, S.D. = .54) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติระดับบ่อยครั้ง ได้แก่ ใช้เวลา ในการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ปลูกหรือรดน้ำต้นไม้ ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 1.00)

การปฏิบัติระดับบางครั้ง ได้แก่ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที หรือมากกว่า เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน ($\bar{X} = 2.24$, S.D. = .93) และรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย 30 นาที – 1 ชั่วโมง ($\bar{X} = 2.05$, S.D. = .89)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
สูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้านโภชนาการ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ หรือน้ำมัน ในปริมาณมาก เช่น ก๋วยเตี๋ยวผัด แกงเขียวหวาน แกงฮังเล น้ำพริกอ่อง	2.72	.84	ทำบ่อยครั้ง
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน หรือปรุงอาหาร ให้มีรสหวาน เช่น การเพิ่มน้ำตาลในก๋วยเตี๋ยว ขนมลอดช่อง	2.80	.81	ทำบ่อยครั้ง
3. รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน หรือปลาถั่วเมล็ดแห้ง	2.65	.71	ทำบ่อยครั้ง
4. รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม ฝรั่ง ชมพู่	2.55	.89	ทำบ่อยครั้ง
5. รับประทานผัก และอาหารที่มีกากใยสูงในแต่ละวัน เช่น ผักกาด ข้าวกล้อง ถั่วต่าง ๆ งาดำ ลูกเดือย เป็นต้น	2.48	.91	ทำเป็นบางครั้ง
6. ปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ยกเว้นน้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว	2.83	.82	ทำบ่อยครั้ง
7. รับประทานอาหารแต่พออิ่ม วันละ 3-4 มื้อ ในปริมาณที่เท่า ๆ	2.51	.68	ทำบ่อยครั้ง
8. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ	2.73	1.05	ทำบ่อยครั้ง
ด้านโภชนาการ	2.65	.53	ทำบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 11 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับ บ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = .82) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติระดับบ่อยครั้ง ได้แก่ ปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ยกเว้นน้ำมันปาล์ม และน้ำมัน มะพร้าว ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = .53) หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน หรือปรุงอาหารให้มีรสหวาน เช่น การเพิ่มน้ำตาลในก๋วยเตี๋ยว ขนมลอดช่อง ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = .81) และ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ ($\bar{X} = 2.73$, S.D. = 1.05)

การปฏิบัติระดับบางครั้ง ได้แก่ รับประทานผัก และอาหารที่มีกากใยสูงในแต่ละวัน เช่น ผักกาด ข้าวกล้อง ถั่วต่าง ๆ งาดำ ลูกเดือย เป็นต้น ($\bar{X} = 2.48$, S.D. = .91)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
สูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ยกย่องชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย	2.68	.85	ทำบ่อยครั้ง
2. ให้อภัยผู้อื่นได้เมื่อมีเรื่องขัดแย้งหรือไม่พอใจ	2.70	.76	ทำบ่อยครั้ง
3. ใช้เวลาอยู่กับกลุ่มสมรส บุตรหลาน หรือเพื่อนสนิท	2.82	.88	ทำบ่อยครั้ง
4. แสดงความห่วงใย ความรัก ความอบอุ่นต่อผู้อื่น	2.78	.86	ทำบ่อยครั้ง
5. สัมผัสผู้ที่ห่วงใย เช่น จับมือ บีบมือเบา ๆ ตะแฉะ	2.40	.88	ทำเป็นบางครั้ง
6. หาวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างตนเองกับ บุคคลใกล้ชิด (กลุ่มสมรส บุตร หลาน หรือเพื่อนสนิท)	2.92	.79	ทำบ่อยครั้ง
7. เมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่นใช้วิธีพูดคุยและประนีประนอม	2.49	.60	ทำเป็นบางครั้ง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.68	.47	ทำบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 12 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = .47) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติระดับบ่อยครั้ง ได้แก่ หาวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างตนเองกับบุคคลใกล้ชิด (กลุ่มสมรส บุตร หลาน หรือเพื่อนสนิท) ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = .79) ใช้เวลาอยู่กับกลุ่มสมรส บุตรหลาน หรือเพื่อนสนิท ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = .88) และ แสดงความห่วงใย ความรัก ความอบอุ่นต่อผู้อื่น ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = .86)

การปฏิบัติระดับบางครั้ง ได้แก่ เมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่นใช้วิธีพูดคุยและประนีประนอม ($\bar{X} = 2.49$, S.D. = .60) และ สัมผัสผู้ที่ห่วงใย เช่น จับมือ บีบมือเบา ๆ ตะแฉะ ($\bar{X} = 2.40$, S.D. = .88)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
สูงอายุ ตำบลวังกระแจะ อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิคต์ ด้านการเจริญจิตวิญญาณ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญจิตวิญญาณ	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. พยายามทำให้คนเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น	2.42	.61	ทำเป็นบางครั้ง
2. เชื่อว่าชีวิตมีจุดมุ่งหมาย	2.55	.69	ทำบ่อยครั้ง
3. มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อความเจริญก้าวหน้าของ บุตรหลาน	2.91	.74	ทำบ่อยครั้ง
4. ยอมรับและมีความสุขในขณะที่เป็นโรค	2.59	.77	ทำบ่อยครั้ง
5. แสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข เช่น อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ นั่งสมาธิ	2.83	.82	ทำบ่อยครั้ง
6. ทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	2.74	.78	ทำบ่อยครั้ง
7. ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต	2.49	.76	ทำบ่อยครั้ง
6. เข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับความจริงของชีวิต คือ การเกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นกฎของธรรมชาติ	3.02	.97	ทำบ่อยครั้ง
ด้านการเจริญจิตวิญญาณ	2.69	.47	ทำบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 13 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเจริญจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่ปฏิบัติ
ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = .47) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติระดับบ่ อยครั้ง ได้แก่
เข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับความจริงของชีวิต คือ การเกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นกฎของธรรมชาติ (\bar{X}
= 3.02, S.D. = .97) มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อความเจริญก้าวหน้าของบุตรหลาน ($\bar{X} = 2.91$, S.D.
= .74) และ (32) แสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข เช่น อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์
นั่งสมาธิ ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = .82)

การปฏิบัติระดับบางครั้ง ได้แก่ พยายามทำให้คนเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ($\bar{X} = 2.42$,
S.D. = .61)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
สูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้านการจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. นอนหลับอย่างเพียงพอ	2.82	.77	ทำบ่อยครั้ง
2. จัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวัน	2.64	.75	ทำบ่อยครั้ง
3. ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	2.90	.79	ทำบ่อยครั้ง
4. นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามก่อนนอน	3.06	.74	ทำบ่อยครั้ง
5. ใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเองเช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับบุคคลอื่น	2.93	.83	ทำบ่อยครั้ง
6. แบ่งเวลาในการทำงานกับการพักผ่อนให้เหมาะสม	2.86	.79	ทำบ่อยครั้ง
7. ดำเนินชีวิตอย่างไม่เร่งรีบ เพื่อป้องกันความตึงเครียด	2.62	.71	ทำบ่อยครั้ง
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.83	.46	ทำบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 14 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = .46) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติระดับบ่อยครั้ง ได้แก่ นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามก่อนนอน ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = .74) ใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง เช่น สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับบุคคลอื่น ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = .83) และยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = .79)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
สูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.56	.39	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านกิจกรรมทางกาย	2.15	.54	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ด้านโภชนาการ	2.65	.53	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.68	.47	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านความเจริญทางจิตวิญญาณ	2.69	.47	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ด้านการจัดการความเครียด	2.83	.46	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
โดยรวม	2.60	.27	ปฏิบัติบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 15 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม ของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = .27) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = .46) รองลงมา คือ ด้านความเจริญทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = .47) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = .47) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = .53) และ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 2.56$, S.D. = .39) ตามลำดับ และการปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางกาย ($\bar{X} = 2.15$, S.D. = .54)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุตำบลวัง
กระพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มเซร่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุน
ทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพี้
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	ความ เข้มเซร่า (X ₁)	ความรู้สึกรู้ สึกมีคุณค่าในตนเอง (X ₂)	แรงสนับสนุน ทางสังคม (X ₃)	พฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ (Y)
ความเข้มเซร่า (X ₁)	1	.325 *	.469 *	.562 *
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (X ₂)		1	.263 *	.421 *
แรงสนับสนุนทางสังคม (X ₃)			1	.235 *
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Y)				1

$p - \text{value} < .01$

จากตารางที่ 16 พบว่า ความเข้มเซร่าและคุณค่าแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในทางบวกระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคม
มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุในทางบวกระดับน้อย
($p < .01$)

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบมาตรฐาน (b) ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	Beta (b)	t	Sig*
ความซึมเศร้า	-.41	-4.96	.01
คุณค่าแห่งตน	.27	3.60	.01
แรงสนับสนุนทางสังคม	.30	3.69	.01

* Significance on one-tail

R = .37 adjust R² = .356 F = 22.94 Sig F = .01

จากตารางที่ 17 พบว่า ความซึมเศร้า คุณค่าแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสามารถร่วมกันในการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกัน ได้ร้อยละ 35.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย พบว่า ความซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้สูงสุด รองลงมา คือ คุณค่าแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ดังสมการ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ} = & 78.18 + \text{ความซึมเศร้า} (-.41) + \text{คุณค่าแห่งตน} (.27) \\ & + \text{แรงสนับสนุนทางสังคม} (.30) \end{aligned}$$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 – 30 เมษายน 2553 เครื่องมือที่นำมา เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s coefficient) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .87 ค่าความเชื่อมั่น .96 ส่วนที่ 3 แบบวัดความซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน นำไปหาค่าความเที่ยง ด้วยสูตร KR-20 ได้ความเที่ยงตรง เท่ากับ .93 ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมเท่ากับ .89 และรายด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เท่ากับ .80 กิจกรรมทางกาย เท่ากับ .82 โภชนาการ เท่ากับ .79 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ .82 การเจริญทางจิตวิญญาณ เท่ากับ .80 และการจัดการกับความเครียด เท่ากับ .81 สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Forward Multiple Regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.5 อายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 58.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.8 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อ เดือน ร้อยละ 60.8 รายได้มีความพอเพียง ร้อยละ 68.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 4 คน ร้อยละ 63.3 เป็นสมาชิกเครือข่าย ผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 79.2 บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 47.5 และประกอบอาหารที่รับประทานเป็นประจำด้วยตนเอง ร้อยละ 85.8

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 60.8 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 139 มิลลิกรัม/เปอร์เซ็นต์ โดยไปรับการรักษาโรคเบาหวาน ที่สถานบริการ สุขภาพอื่น ร้อยละ 8.3 มีเพียง ร้อยละ 5.0 ที่ไม่ใช้ยาการรักษาโรคเบาหวาน และในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมามีอาการหรือโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ ชาปลายมือ ปลายเท้า ร้อยละ 26.7 และตามัว ร้อยละ 25.0

2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับตรง พอสมควร ($\bar{X} = 2.74$, $SD. = .48$) โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ได้รับความสะดวก รวดเร็ว เมื่อมาตรวจหรือรับยา รองลงมา คือ เมื่อเจ็บป่วยจะมีคนคอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ในการเดินทาง และ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อมีปัญหาทางการเงินจะมีคนคอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุน แม้จะเจ็บป่วย ก็มีคนมาขอคำปรึกษา คำแนะนำในเรื่องที่มีความรู้ ความชำนาญและการได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานต่าง ๆ ในบ้าน

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับ ที่เกิดขึ้น บ่อย โดย คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ รองลงมา คือ รู้สึกว่าตัวตนเองยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการและความสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลายครั้งที่ ตนเองรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง และเป็นคนไร้ประโยชน์ รวมทั้ง มีความโน้มเอียงที่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว

4. ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

พบว่า ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 25.8 และมีความซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 18.3 เมื่อจำแนกรายข้อที่ตอบว่า “ใช่” จำนวนสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ การตัดสินใจอะไรเร็ว ร้อยละ 82.5 รองลงมา คือ คิดว่าความจำไม่ดีเท่าคนอื่น ร้อยละ 60.8 ชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออก นอกบ้านและบ่อยครั้งที่รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า เท่ากันคือ ร้อยละ 57.5 รู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ ร้อยละ 55.5

ความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำแนกรายข้อที่ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวนสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ รู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง ร้อยละ 72.5 รองลงมาคือ คิดว่าคนอื่นดีกว่าตนเองและรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้าและ ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่นเท่ากัน คือ ร้อยละ 64.2

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยรวมมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อจำแนก รายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด รองลงมา คือ ด้านความเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้าน โภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ตามลำดับ การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางกาย

5.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = .39) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ การไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด รองลงมา คือ บอกรายการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบและรับประทานยาตรงตามแผนการรักษา การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ การสำรวจผิวหนัง การเกิดบาดแผล การหายของแผลและ การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายหรืออาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เป็นต้น

5.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X} = 2.15$, S.D. = .54) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ ใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ปลูกหรือรดน้ำต้นไม้ การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที หรือมากกว่า เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน และรับประทานอาหารเช้าก่อนออกกำลังกาย 30 นาที – 1 ชั่วโมง

5.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = .82) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติระดับบ่อยครั้ง ได้แก่ ปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ยกเว้นน้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน หรือ ปรุงอาหารให้มีรสหวาน เช่น การเพิ่มน้ำตาลในถ้วยเตี๋ยว ขนมลอดช่องและ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ รับประทานผัก และอาหารที่มีกากใยสูงในแต่ละวัน เช่น ผักกาด ข้าวกลิ้ง ถั่วต่างๆ งาดำ ลูกเดือย เป็นต้น ($\bar{X} = 2.48$, S.D. = .91)

5.4 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = .47) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ หัวใจการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างตนเองกับบุคคลใกล้ชิด (คู่สมรส บุตร หลานหรือเพื่อนสนิท การใช้เวลาอยู่กับคู่สมรส บุตรหลานหรือเพื่อนสนิท การแสดงความห่วงใย ความรัก ความอบอุ่นต่อผู้อื่น การปฏิบัติระดับบางครั้ง ได้แก่ เมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่นใช้วิธีพูดคุยและประนีประนอมและ การสัมผัสผู้ที่ห่วงใย เช่น จับมือ บีบมือเบา ๆ แตะแขน การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ การเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับความจริงของชีวิต คือ การเกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นกฎของธรรมชาติ การมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อความเจริญก้าวหน้าของบุตรหลานและ การแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข เช่น อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ นั่งสมาธิ การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น

5.5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญจิตวิญญาณ พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = .47) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ เข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับความจริงของชีวิต คือ การเกิดแก่ เจ็บ ตายเป็นกฎของธรรมชาติ มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อความเจริญก้าวหน้าของบุตรหลาน และการแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข เช่น อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ นั่งสมาธิ การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ พยายามทำให้ตนเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

5.6 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = .46) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามก่อนนอน การใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง เช่น สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับบุคคลอื่น และยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระแจะ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

6.1 ความเข้มแข็งและคุณค่าแห่งตนมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในทางบวกระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในทางบวกระดับน้อย ($p < .01$)

6.2 ความเข้มแข็ง คุณค่าแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกันได้ร้อยละ 35.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความเข้มแข็งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด ($b = -0.41$) รองลงมา คือ คุณค่าแห่งตน ($b = -0.27$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($b = -0.30$) ตามลำดับ ดังสมการ

$$\text{พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพ} = 78.17 + \text{ความซึมเศร้า} (-.41) + \text{คุณรู้สึกมีคุณค่า} \\ \text{ในตนเอง} (.27) + \text{แรงสนับสนุนทางสังคม} (.30)$$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ความซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($b = -0.41$) อาจกล่าวได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความซึมเศร้ามาก จะมีพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ที่มีเพิ่มขึ้น ประมาณ ร้อยละ 30 (Thongdang, 2008) ทั้งนี้ ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี พบ ประมาณ 1 ใน 7 คน และจะมีการแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อย เช่น การออกกำลังกายหรือปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย ส่งผลให้สุขภาพเสื่อมลง และส่งผลต่อสุขภาพที่ไม่ดีในระยะยาว (Greaves, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ MarkleReid, Weir, Browne, Roberts, Gafni, & Henderson (2006) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการวางแผนการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ จากพยาบาล ด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะมีภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจดีกว่าการให้การพยาบาลจากแหล่งบริการ สุขภาพตามความต้องการและสามารถลดภาวะความซึมเศร้าได้ ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาลที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังจะเป็นการวางแผนการให้บริการที่ดี สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ดี (Markle-Reid, 2006) เช่นเดียวกับข้อเสนอแนะ ของประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544) ที่กล่าวว่า การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นและอาจจะสามารถช่วยลดปัญหาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แต่ควรเพิ่มความถี่หรือพัฒนากิจกรรมของชมรม ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hambleton (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประวัติและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะความซึมเศร้า พบใน เพศหญิง ร้อยละ 5 และพบในเพศชาย ร้อยละ 6 นอกจากนี้พบว่า ระดับความซึมเศร้าที่สูงขึ้น เป็นปัจจัย ในการทำนายว่าผู้สูงอายุ ที่สุขภาพไม่ดี จะต้องมีโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีเศรษฐกิจดีขึ้น รวมทั้ง การเข้าถึงบริการ สุขภาพ ที่ดีขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้นระดับความซึมเศร้าที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี เนื่องจากพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไม่ดีจากการเกิดโรคซึมเศร้า (Hambleton, 2005) ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุเกิดภาวะความซึมเศร้ามาก (ร้อยละ 38.1) ประกอบด้วย เพศ การ มีโรคเรื้อรังทางกายและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย วัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และเชื้อชาติที่ แตกต่างกันจะมีความสัมพันธ์กับภาวะความซึมเศร้ามาก (Wurff, 2004) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Biderman, Cwikel, Fried, & Galinsky (2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะความซึมเศร้าและ การหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม

คือ การใช้ยาในผู้สูงอายุ และภาวะความซึมเศร้า ซึ่งความซึมเศร้านั้นพบบ่อยและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขควรค้นพบให้เร็วเพื่อป้องกันการหกล้ม และเน้นการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวเพิ่มขึ้น (Biderman, 2002) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Tooley และคณะ (2003) ที่พบว่า ความซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวและทำการรักษาด้วยยาจะมีอาการดีขึ้น ทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (Rumsfeld, 2003)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Penedo & Dahn (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและความสุขสมบูรณ์ พบว่า การที่ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในภาวะปกติ ภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปหรือในการทดลองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกาย ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น สามารถลดความซึมเศร้าและมีอารมณ์ดีขึ้น นอกจากนี้ Ciechanowski และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการบูรณาการการรักษา ภาวะความซึมเศร้าโดยการดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 51 โรคประสาทซึมเศร้า ร้อยละ 48.6 ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง (12 เดือน) พบว่า การใช้โปรแกรมการบูรณาการการรักษา ภาวะความซึมเศร้าโดยการดูแลที่บ้าน มีแนวโน้มที่สามารถ ลดความซึมเศร้าได้ดี ร้อยละ 50 (OR: 5.21) (Ciechanowski, 2004)

จะเห็นได้ว่าความซึมเศร้าจะมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพตนเองลดลงอาจจะมีผลต่อการมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น โดย Zhang และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการโรคซึมเศร้าและอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีอัตราการตาย ร้อยละ 49.5 และอายุเฉลี่ยในการมีชีวิตรอด ประมาณ 7 ปี และผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวาน มีอัตราการตาย ร้อยละ 21.2 และอายุเฉลี่ยในการมีชีวิตรอด ประมาณ 8.5 ปี จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีคะแนน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ในผู้ป่วยเบาหวาน (26.3%) และผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวาน (15.8%) (Zhang, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในสหรัฐอเมริกา โดยจะมีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่า 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ซึ่งไม่พบในวัยผู้ใหญ่ที่มีคะแนนต่ำกว่า 16 ซึ่งมีมากกว่า ร้อยละ 54 และอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานหลังจากทำการติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบว่าอัตราการตายยังสูงขึ้นไปกว่าในผู้ป่วยที่มีคะแนนความซึมเศร้ามักกว่าหรือเท่ากับ 22 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย

เบาหวานที่มีคะแนนความซึมเศร้าน้อยกว่า 16 แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคะแนนความซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 16-21 คะแนน จะไม่พบอัตราการตายสูง (Zhang, 2005)

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ พบว่า คุณค่าแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ($b = -0.27$) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.85 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.15 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีความสำคัญในการ ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา ซึ่งร่วมกันพยากรณ์ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 23.10 (นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) และ การให้แรงสนับสนุนหลาย ๆ อย่าง จะช่วยให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (Duffy, 1993) สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญในการจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านความคิด และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกนึกคิด ที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในตนเอง สิ่งเหล่านี้จะมีส่วนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ช่วยให้มีสุขภาพที่ยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ($b = -0.41$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($b = 0.30$) และคุณค่าแห่งตน ($b = -0.27$) ตามลำดับ จากการศึกษาวิจัย พบว่า ความซึมเศร้า คุณค่าแห่งตนและ แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($\text{adj } R^2 = 35.60$) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรา อินทรพานิช (2537) นำเพชร หล่อตระกูล และสุวิมล สันติเวส (2545) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดีและยังสามารถดัดแปลงไปเป็นแนวทางในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($b = 0.30$) ถ้าผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะ ทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า แรงสนับสนุน ทางสังคม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมี ทางสถิติ ($p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงสถานบริการ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การ ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และรายได้ที่เพียงพอสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.8 เกี่ยวกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Janpaisri, 2010) ในทำนองเดียวกัน Kim, Jeon, & Jang (2010) ได้ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับสถานะเศรษฐกิจและสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ในมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในประเทศเกาหลีใต้ ว่ามีการประเมินภาวะสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ ผลการวิจัยรายงานว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังที่มีสุขภาพที่ไม่ดี (71.4%) เมื่อเทียบกับมารดาที่มีคู่ชีวิตซึ่งมีสุขภาพไม่ดี (55%) ส่วนใหญ่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จากญาติพี่น้อง (68.9%) มีการร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย (62.1%) และกลุ่มตัวอย่างรายงานตนเองว่าเป็นกลุ่มคนจน (64%) (Kim, 2010) และมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำสามารถอธิบายความแปรปรวนเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพตนเองต่ำ โดยมีความแตกต่างกันระหว่างมารดาที่อาศัยอยู่เพียงลำพังกับมารดาที่มีคู่ชีวิต ($R^2 = 41.4\%$) (Kim, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับคนจน ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำจะสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ไม่ดี (Fritzell, 2007; Singh-Manoux, 2005; Westin, 2007) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนที่ดี น่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทำให้เกิดสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว

นอกจากนี้ Fried และคณะ (2004) ได้ทำการประเมินผลการใช้โปรแกรมสำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุในโรงเรียนประถมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หลังจากติดตามผลการทดลอง 1-2 เดือน ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย ความแข็งแรง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกิจกรรมทางปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม สำหรับกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมนั้นผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้ทำกิจกรรมที่สามารถช่วยเหลือคนอื่นได้มาก ทำให้มีส่วนร่วมในสังคมเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) เช่นเดียวกับ Travis, Lyness, Shields, King, & Cox (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ศูนย์บริการสุขภาพในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนในสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุได้ (Travis, 2004)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Markle-Reid, Weir, Browne, Roberts, Gafni, & Henderson (2006) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการวางแผนการให้ความรู้จากพยาบาลในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจะมีภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจดีกว่าการให้การพยาบาลจากแหล่งบริการตามความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาลที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังจะเป็นการวางแผนการให้บริการที่ดี สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ดี (Markle-Reid, 2006) ในด้านการศึกษาของ Stewart และ

คณะ (1997) ได้ทำการศึกษาการประเมินผลของผู้เปลี่ยนแปลงในการออกกำลังกาย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ผลการทดลอง พบว่า หลังจาก 6 เดือน ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง และมีสภาวะที่สมบูรณ์ดีขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคมการคมนาคมที่สะดวกควรจัดให้ในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ยืนยาว (Stewart, 1997)

Adams, Bowden, Humphrey, & McAdams (2000) ได้รายงานความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและวิถีชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงในชนบท ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ($r=.29, p \leq .01$) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($r=.22, p \leq .05$) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวแปรที่ทำนายอย่างดีที่สุดว่าคุณจะเข้าร่วมในการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ (Adams, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพนเดอร์ (1996) ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพและความสุขสมบูรณ์ของบุคคล นอกจากนี้ Schillinger และคณะ (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ได้เสนอแนะว่าบุคลากรสาธารณสุขควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการส่งเสริมสุขภาพจากการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยหรือผู้ที่ไม่มีความรู้เลย เพื่อลดค่าใช้จ่ายในสถานบริการทางสุขภาพ โดยแรงสนับสนุนทางสังคม ควรเน้นทางด้านบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครทางด้านการศึกษาในแต่ละที่ องค์นี้ รัฐบาลควรจัดให้ (Schillinger, 2006) ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจะจัดโปรแกรมการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนวังกะที่ จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการมาอนโรงพยาบาล หรือเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้ยืนยาว ปลอดภัย จากโรคแทรกซ้อนจากอาการเบาหวานได้ ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยรวม และด้านการจัดการความเครียด ด้านความเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง แต่ด้านกิจกรรมทางกายมีการปฏิบัติ บางครั้ง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับตรงพอสมควร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นบ่อย และความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่นในระดับปกติ ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1.1 ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของชุมชน เพื่อลดภาวะความวิตกกังวลที่ส่งผลต่อความซึมเศร้าและคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่เอื้อประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม

1.2 ควรจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคมและชุมชน

1.3 ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ยืนยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อ ศึกษาประสิทธิผล การทดลองว่าถ้าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้ามาก ๆ ผู้วิจัยควรจะจัดการทดลองอย่างไรเพื่อลดความซึมเศร้าและดูแลผลลัพธ์ว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่

2.2 ควรจัดทำวิจัยเชิงวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและศักยภาพในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

2.3 ควรจัดทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อ ศึกษาเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างไรบ้างและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร

2.4 ควรศึกษาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคหัวใจ เป็นต้น

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลในระยะช่วงเวลาหนึ่ง ถ้าเป็นไปได้น่าจะเก็บข้อมูลในภาพรวมของประเทศ จะทำให้ทราบปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

2. ข้อจำกัดในด้านเวลาในการเก็บข้อมูล ซึ่งในการเก็บข้อมูลบางครั้งต้องสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเวลาตอนเย็น หรือเวลากลางคืน ทำให้มีเวลาไม่ตรงกันกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถอ่านหนังสือได้ สายตามองไม่ชัด หรือहु้ถึงเวลาสัมภาษณ์ทำให้มีความยากในการเก็บข้อมูล

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

แบบสอบถาม “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 4 ความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระแจะ อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ลงใน [] เพียงตัวเลือกเดียว
ให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกันมากที่สุด

1. เพศ

[] ชาย [] หญิง

2. อายุ.....ปี (มากกว่า 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

[] โสด [] คู่
[] หม้าย [] หย่า/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

[] ไม่ได้เรียน [] ประถมศึกษา
[] มัธยมศึกษา / ปวช. [] อนุปริญญา/ปวส.
[] ปริญญาตรี [] สูงกว่าปริญญาตรี

5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

6. ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ

[] เพียงพอ [] ไม่เพียงพอ

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว..... คน

8. บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

[] ตนเอง [] คู่สมรสของท่าน
[] บุตร / หลาน [] อื่น ๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน.....ปี

10. ไปรับการรักษาโรคเบาหวานจากสถานบริการอื่นหรือไม่

[] ไม่ไป [] ไป ระบุ.....

11. การรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบัน

[] รักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การควบคุมอาหาร การคุมน้ำหนัก
[] รับประทานยา

12. ตามปกติเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ที่ทำอาหารให้รับประทานเป็นประจำได้แก่

[] เตรียมด้วยตนเอง [] ผู้อื่นเตรียมให้ ระบุ.....

13. ท่านเป็นสมาชิกเครือข่าย ผู้สูงอายุในชุมชนของท่าน

[] เป็น [] ไม่เป็น

14. ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่มารับการตรวจครั้งหลังสุดเท่ากับ.....มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

15. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมามีอาการหรือโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานหรือไม่

15.1 ตามัว [] ไม่มี [] มี

15.2 ชาปลายมือ ปลายเท้า [] ไม่มี [] มี

15.3 สูญเสียอวัยวะ [] ไม่มี [] มี

15.4 ภาวะแทรกซ้อนทางไต [] ไม่มี [] มี

15.5 ความดันโลหิตสูง [] ไม่มี [] มี

15.6 แผลเรื้อรัง [] ไม่มี [] มี

15.7 โรคหัวใจ [] ไม่มี [] มี

ส่วนที่ 2 แรสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง

จังหวัดอุตรดิตถ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านดังนี้

หมายเลขที่ (1) หมายถึง ข้อความนั้น**ไม่ตรง** กับลักษณะของตัวท่านเลย

หมายเลขที่ (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่าน**บ้างเล็กน้อย**

หมายเลขที่ (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่าน**มากพอสมควร**

หมายเลขที่ (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่าน**มากที่สุด**

ข้อความ	ไม่ตรง เลย (1)	ตรงบ้าง เล็กน้อย (2)	ตรงมาก พอสมควร (3)	ตรงมาก ที่สุด (4)
1. ท่านรู้สึกถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย จากบุคคลรอบข้าง				
2. เมื่อมีปัญหาหรือความวิตกกังวล ท่านมี คนไว้วางใจและพูดคุยขอคำปรึกษาต่าง ๆ ได้				
3. เมื่อเจ็บป่วยท่านมีคนมาเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ				
4. แม้ท่านจะเจ็บป่วย ก็มีคนมาขอคำปรึกษา คำแนะนำในเรื่องที่ท่านมีความรู้ความชำนาญ				

ข้อความ	ไม่ตรง เลย (1)	ตรงบ้าง เล็กน้อย (2)	ตรงมาก พอสมควร (3)	ตรงมาก ที่สุด (4)
5. ท่านได้รับคำชมเชย เมื่อปฏิบัติตัวได้ เหมาะสมกับโรค				
6. ท่านได้รับการเตือนและชี้แนะ เมื่อปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้อง				
7. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีอาการ เปลี่ยนแปลงจะมีผู้บอกให้ท่านทราบ				
8. มีผู้บอกให้ท่านทราบว่า ขณะนี้ภาวะสุขภาพ ของท่านดีขึ้นหรือแย่ลง				
9. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและ การรักษาต่างๆ ที่ได้รับอยู่เสมอ				
10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ เหมาะสมกับโรคและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น				
11. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยหรือการปฏิบัติตัว ท่านมี ผู้ให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา				
12. ท่านได้รับคำแนะนำ แนวทางที่เป็นประโยชน์ ในการทำงาน การดำเนินชีวิตจากคนรอบข้าง				
13. เมื่อมีปัญหาทางด้านการเงิน ท่านมีคนคอย ช่วยเหลือและให้การสนับสนุน				
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ที่ท่านทำเองไม่ได้				
15. ท่านได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงาน ต่างๆ ในบ้าน				
16. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านมีคนคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทาง				
17. ท่านได้รับความสะดวกรวดเร็ว เมื่อมาตรวจ หรือรับยา				

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง
จังหวัดอุตรดิตถ์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง
ของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ในแต่ละ ข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบ
เพียงข้อเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกคำตอบคือเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 4 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา |
| 3 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย |
| 2 | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง |
| 1 | หมายถึง | ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย |

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น			
	4	3	2	1
1. ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3. ฉันมีความโน้มเอียงที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว				
4. ฉันมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่าเทียมกับ คนอื่น ๆ เป็นส่วนใหญ่				
5. ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยมีอะไรในตัวฉันที่น่าภาคภูมิใจ				
6. ฉันมีเจตคติที่ดีต่อตัวเอง				
7. โดยส่วนรวมฉันมีความพึงพอใจในตัวเอง				
8. ฉันปรารถนาที่จะยอมรับนับถือตนเองมากกว่านี้				
9. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าเป็นคนไร้ประโยชน์				
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง				

ส่วนที่ 4 ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพี่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตต์
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง
ของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ในแต่ละข้อคำถาม

ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2.	คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3.	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4.	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ		
5.	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6.	คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้		
7.	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8.	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9.	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10.	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11.	คุณรู้สึกกระวนกระวายกระสับกระส่ายบ่อย ๆ		
12.	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13.	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14.	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15.	การที่มีชีวิตอยู่ปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16.	คุณรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ		
17.	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18.	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19.	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนใจอีกมาก		
20.	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ		
21.	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22.	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23.	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่า		
24.	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ		
25.	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย		

ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
26.	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27.	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28.	คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29.	คุณตัดสินใจอะไรเร็ว		
30.	คุณมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน		

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลวังกระพือ อำเภอเมือง
จังหวัดอุตรดิตถ์

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ไม่เคย ทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อยครั้ง	ทำเป็น ประจำ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. บอกรายการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ				
2. อ่านหนังสือหรือคู่มือ ที่มีเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ				
3. ซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ				
4. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรืออาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม				
5. สำรวจผิวหนัง การเกิดบาดแผล การหายของแผล				
6. รับประทานยาตรงตามแผนการรักษา				
7. รับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด				
ด้านกิจกรรมทางกาย				
8. กำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที หรือมากกว่า เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน				
9. จับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย				
10. รับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย 30 นาที-1 ชั่วโมง				
11. ขณะออกกำลังกาย สังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บแน่นหน้าอก หากมีอาการ ดังกล่าว ให้หยุดออกกำลังกาย				
12. ใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว ในยามว่าง เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ปลูกหรือรดน้ำต้นไม้				

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ไม่เคย ทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อยครั้ง	ทำเป็น ประจำ
ด้านโภชนาการ				
13. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ หรือน้ำมันในปริมาณมาก เช่น ก๋วยเตี๋ยว ผัดแกงเขียวหวาน แกงฮังเล น้ำพริกอ่อน				
14. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน หรือ ปรุงอาหาร ให้มีรสหวาน เช่น การเพิ่มน้ำตาลในก๋วยเตี๋ยว ขนมลอดช่อง				
15. รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน หรือปลาตัวเมื่อกึ่งแห้ง				
16. รับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ส้ม ฝรั่ง ชมพู				
17. รับประทานผัก และอาหารที่มีกากใยสูงในแต่ละวัน เช่น ผักกาด ข้าวกล้อง ถั่วต่าง ๆ งาดำ ลูกเดือย เป็นต้น				
18. ปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ยกเว้นน้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว				
19. รับประทานอาหารแต่พออิ่ม วันละ 3-4 มื้อ ในปริมาณ ที่เท่า ๆ กัน				
20. เลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ				
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
21. ยกย่องชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่นได้โดยง่าย				
22. ให้อภัยผู้อื่นได้เมื่อมีเรื่องขัดแย้งหรือไม่พอใจ				
23. ใช้เวลาอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือเพื่อนสนิท				
24. แสดงความห่วงใย ความรัก ความอบอุ่นต่อผู้อื่น				
25. สัมผัสผู้ที่ห่วงใย เช่น จับมือ บีบมือเบา ๆ แตะแขน				
26. หาวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างตนเองกับ บุคคลใกล้ชิด (คู่สมรส บุตร หลาน หรือเพื่อนสนิท)				
27. เมื่อมีความขัดแย้งกับผู้อื่น ใช้วิธีพูดคุยและ ประนีประนอม				

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ไม่เคย ทำ	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ บ่อยครั้ง	ทำเป็น ประจำ
ด้านการเจริญจิตวิญญาณ				
28. พยายามทำให้ตนเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น				
29. เชื่อว่าชีวิตมีจุดมุ่งหมาย				
30. มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อความเจริญก้าวหน้าของ บุตรหลาน				
31. ยอมรับและมีความสุขในขณะที่เป็นโรค				
32. แสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข เช่น อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ นั่งสมาธิ				
33. ทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้				
34. ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต				
35. เข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับความจริงของชีวิต คือ การเกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นกฎของธรรมชาติ				
ด้านการจัดการกับความเครียด				
36. นอนหลับอย่างเพียงพอ				
37. จัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวัน				
38. ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้				
39. นึกถึงแต่สิ่งที่ดีงามก่อนนอน				
40. ใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเองเช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับบุคคลอื่น				
41. แบ่งเวลาในการทำงานกับการพักผ่อนให้เหมาะสม				
42. ดำเนินชีวิตอย่างไม่เร่งรีบ เพื่อป้องกันความตึงเครียด				

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามงานวิจัยนี้

คณะผู้วิจัย