

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

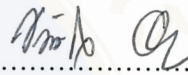
เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร



นางณัฐ์สิณี สุขสมัย

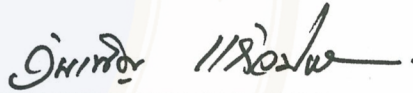
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

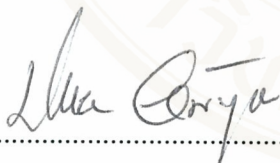
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน,

ส.ค. (บริหารสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์นิตยา วัจนะภูมิ,

Ph.D. (Epidemiology)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชราพร เกิดมงคล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



อาจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล, Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2554



นางนุญฐ์สิณี สุขสมัย

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์สุดี ทองวิเชียร,

ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรพร เกิดมงคล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์นิตยา วัจนะภูมิ,

Ph.D. (Epidemiology)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน,

ส.ค. (บริหารสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร” สำเร็จได้โดยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจศักดิ์ชื่อ ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร เกิดมงคล และรองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา วัจนะภูมิ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. สุกิ ทองวิเชียร ประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา และ อาจารย์ ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครที่สนับสนุนเวลาและงบประมาณในการศึกษาต่อ รวมถึงสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานทุกท่านที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยมีเวลาในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนเสร็จสิ้น ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ให้ความช่วยเหลือประสานงานสำหรับการเก็บข้อมูล และทำยสุดการศึกษาครั้งนี้คงประสบความสำเร็จมิได้หากไม่ได้ความร่วมมือจากผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในชุมชนกรุงเทพมหานครทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจให้สามารถก้าวผ่านอุปสรรคมากมาย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข นางอรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์และเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสำหรับมิตรภาพ ความเอื้ออาทรที่มีให้ รวมถึงทุกๆท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

ณัฐฐิติณี สุขสมัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG INFORMAL AGING
WORKERS IN BANGKOK

ณัฐจุลิตี สุขสมัย 5037009 PPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ, Ph.D. (NURSING), พัทธพร เกิดมงคล, Ph.D. (NURSING), วันเพ็ญ แก้วปาน, ศ.ด. (บริหารสาธารณสุข), นิตยา วัจนะภูมิ, Ph.D. (EPIDEMIOLOGY)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 144 คน ที่อาศัยและทำงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครใน 6 เขตการปกครองโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 60.4) โดยเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีร้อยละ 70.1 และ 59.0

จากสถิติไคว์ – สแควร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อายุ การศึกษา และความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประเภทของอาชีพ จำนวนวันที่ทำงานในหนึ่งสัปดาห์ และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อหนึ่งวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และจากสถิติถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข อาชีพ การศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนวันที่ทำงานในหนึ่งสัปดาห์ สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบได้ร้อยละ 46.0

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร โดยเบื้องต้นพยาบาลสาธารณสุขสามารถนำสิ่งที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน จากนั้นศูนย์บริการสาธารณสุขและชุมชนควรมีการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในประชากรกลุ่มต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีการพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารและภาคีเครือข่ายในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ เพื่อกระตุ้นให้แรงงานนอกระบบมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพเกี่ยวกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องทำงาน

คำสำคัญ : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ / ผู้สูงอายุ / แรงงานนอกระบบ

198 หน้า

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG INFORMAL AGING WORKERS IN BANGKOK

NUTSINEE SUKSAMAI 5037009 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KWANJAI AMNATSATSUE, Ph.D. (NURSING),
WONPEN KAEWPAN, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION),
PATCHARAPORN KERDMONGKOL, Ph.D. (NURSING), NITAYA VAJANAPOOM, Ph.D.
(EPIDEMIOLOGY)

ABSTRACT

Thailand has an aging population problem, which has had an impact on the Thai health system. This research aimed to examine the health promoting behaviors and its related factors among aging workers in Bangkok. One hundred and forty - four older adults who worked and lived in Bangkok were interviewed by using a questionnaire. It was found that 60.4% of respondents maintained their health promoting behaviors at a high level. About 70.1% and 59.0% of them reported a high level of practice in interpersonal relations and spiritual development.

According to Chi - Square and Pearson's Product Moment Correlation, attitudes and knowledge on health promoting behaviors, age, education, sufficient income, access to health services, health promoting policy in community, social support from the public health personnel, perceived health status, type of occupation, numbers of working days in a week, and numbers of daily working hours were related to health promotion behavior among informal aging workers in Bangkok ($p - \text{value} < 0.05$). Stepwise multiple regression revealed that attitudes about health promoting behaviors, social support from the public health personnel, occupation, education, perceived health status, and numbers of working days in a week can jointly explain about 46.0% of health promoting behaviors among informal aging workers ($p - \text{value} < 0.05$).

The findings can be used to support health - promoting behaviors among informal aging workers in Bangkok. First, public health nurses can develop a program to improve awareness of health promoting behaviors, particularly those who worked as venter traders or labors. Second, community and public health centers should provide an outreach program to promote the health and welfare of informal aging workers. Communication systems within the elderly network should be developed in order to motivate informal aging workers to use health promoting behaviors. The Ministry of Labour and the Ministry of Public Health should pay more attention to extending health policies that improve the welfare for the older adults who need to work.

KEY WORDS : HEALTH PROMOTING BEHAVIORS / AGING / INFORMAL WORKERS

198 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	13
1. แนวคิดทฤษฎี การเปลี่ยนแปลง ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	13
2. นโยบายและสวัสดิการผู้สูงอายุ	25
3. สถานการณ์ ปัญหาและแนวโน้มแรงงานสูงอายุในประเทศไทย	29
4. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	34
5. แนวคิด PROCEDE – PRECEED Model	38
6. บทบาทพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลแรงงานในชุมชน	50
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องใน และต่างประเทศ	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	65
รูปแบบการวิจัย	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	74
การเก็บรวบรวมข้อมูล	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4 ผลการวิจัย	78
บทที่ 5 อภิปรายผล	96
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	110
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	115
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	128
บรรณานุกรม	142
ภาคผนวก	153
ประวัติผู้วิจัย	198

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
2.1	ระดับแรงดันเลือด	20
2.2	ระดับโคเลสเตอรอล	23
4.1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะของ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	79
4.2	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	81
4.3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	82
4.4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ทำงาน นอกระบบ	83
4.5	จำนวน ร้อยละ ของนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขสุขของ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	84
4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุที่ ทำงานนอกระบบ จำแนกตามแกนนำชุมชน เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และ บุคคลในครอบครัว	85
4.7	จำนวน ร้อยละ ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	86
4.8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะงานของ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	88
4.9	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจาก การทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	89
4.10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	90
4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะ สุขภาพ อาชีพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.12	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ทักษะการเข้าถึงบริการ ความรู้ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน อายุ จำนวนวันในหนึ่งสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงในหนึ่งวัน กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ	93
4.13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร	94

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
2.1	การดำเนินของโรคและการป้องกันความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	28
2.2	แสดงแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model	41
2.3	ความสัมพันธ์ ของ 3 กลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม	42
2.4	กรอบแนวคิด	64
3.1	แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน	68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรนับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 5.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) และจะเพิ่มเป็น 14.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) อีกทั้งสัดส่วนการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากในอีก 18 ปีข้างหน้า คือ ในช่วง พ.ศ. 2568 – 2576 (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550) เช่นเดียวกับประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวน 542 ล้านคน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.65 เพศหญิงร้อยละ 55.35 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มจำนวนเป็น 1,180 ล้านคน (Concepcion, 1996) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจึงทำให้อายุคาดเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้นด้วย นั่นคือ เมื่อปี พ.ศ. 2545 ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 69.1 ปี (UNDP, 2004 อ้างใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และในปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเท่ากับ 72.0 ปี โดยเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย 68.2 ปี ขณะที่เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 75.1 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550) ส่วนอายุคาดเฉลี่ยของประชากรยุโรปใน พ.ศ. 2493 เท่ากับ 66 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นอายุ 75 ปี ใน พ.ศ. 2550 (Population Reference Bureau, 2007) และเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุ และ จำนวนประชากรผู้สูงอายุนี้นำมาซึ่ง ภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (สมโภชน์ อเนกสุข และ กชกร สังขชาติ, 2548)

จากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่าปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่พบส่วนมากเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) จากผลสำรวจในรอบ 12 ปีก่อน พบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะสุขภาพดีมากถึงร้อยละ 28 แต่จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบเพียงร้อยละ 13 หรือประมาณ 910,000 คนที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 87.0 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) ซึ่งกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นสูงสุด 5 อันดับแรก ในปีพ.ศ. 2547 – 2549 ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของ

ต่อมาไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550) นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 7.4 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี และ ร้อยละ 2.9 อยู่คนเดียวและทุพพลภาพ โดยมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ 1 ใน 4 ประสบปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี ต้องเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคสมองเสื่อม พิกัดทางสายตา และโรคข้อเสื่อม (เนาวรัตน์ ชุมยวง, 2550) ซึ่งอัตราส่วนของการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น คือในปี พ.ศ. 2550 มีถึงร้อยละ 16 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2558 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2551) ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 7.7 และมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 15.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ดังนั้นผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งทางร่างกายและทางเศรษฐกิจ (นภาพร ชโยวรรณ, 2545 อ้างใน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2551)

เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ปัญหาเรื่องเบี้ยยังชีพ และการออมของผู้สูงอายุยังไม่ดีขึ้น ทำให้ทุกประเทศทั่วโลกและประเทศไทยมีแรงงานที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการสัมมนาวิชาการปี พ.ศ. 2550 พบว่า แรงงานของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 5.7 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2549 (พีริยะ ผลพิรุฬห์, 2550) และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550) ในปี พ.ศ. 2552 จำนวนแรงงานที่เป็นผู้สูงอายุ มีถึง 3.1 ล้านคน หรือ ร้อยละ 8 ของผู้มีงานทำทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) และมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครจำนวน 9.2 แสนคน จากแรงงานสูงอายุ นอกระบบทั่วประเทศทั้งหมด 8.0 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

ในกรุงเทพมหานครผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 50.1 ชั่วโมง (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550) และต้องเผชิญสิ่งก่อโรคจากการทำงานซึ่งจะส่งเสริมให้ความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจำนวน 3.6 แสนคนในปี พ.ศ. 2550 จากเดิม 2.8 แสนคนในปี พ.ศ. 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ ได้แก่ การถูกของมีคมบาด จำนวน 1.8 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ซึ่งร้อยละ 80 มีสาเหตุจากความประมาทและการทำงานที่ไม่ถูกวิธี รองลงมาคือการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือไม่เหมาะสม ร้อยละ 44 ส่วนการเจ็บป่วยจากการทำงานที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ร้อยละ 38 อาการปวดเมื่อยตามร่างกายร้อยละ 36 และร้อยละ 20 มีอาการของระบบทางเดินหายใจ (สำนักงาน

ปลัดกระทรวงแรงงาน, 2551) ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขใช้งบประมาณในด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 จำนวน 20,500 ล้านบาท และคาดว่าในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มเป็น 35,549 ล้านบาท (สุกัญญา นี้อังกร และ นงนุช สุนทรชวกันต์ อ้างถึงใน ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ, 2550: 101)

การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่เพียงพอ และการมีกิจกรรมเพื่อลดความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well-being) (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531 และ Palank, 1991) การสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลทุกวัย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคล กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของตนเองให้ดีขึ้น และ บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดี โดยปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน สถานภาพครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539 และ สดใส ศรีสะอาด, 2540) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยก็มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีขึ้น (พชรเมษา หมั่นคำแสน, 2542) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำอยู่ในระดับดีและการรับรู้อุปสรรคน้อย จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี (ปราณี ทองพิลา, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุ และแรงงานนอกระบบยังเป็นแบบแยกส่วน และยังไม่มีการศึกษาด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุเป็นการศึกษาในภาพรวมทั้งกลุ่ม ไม่ได้แยกเรื่องการประกอบอาชีพ ส่วนการศึกษาเรื่องแรงงานนอกระบบก็เป็นการศึกษาแรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มใหญ่ไม่ได้ระบุพฤติกรรมแยกตามวัย การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครของวาสนา ถิ่นนวนงษ์ (2540) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมออกกำลังกาย เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อน และ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าเขตอื่น และไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี (วรรณิ ชัชชวาลทิพากรและคณะ, 2543)

จากการศึกษาข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์บริการสาธารณสุขแขวงบางยี่เรือเขต
ธนบุรีซึ่งเป็นเขตชั้นในของกรุงเทพมหานคร พบว่า ในการให้บริการที่ผ่านมา ปริมาณการรับบริการ
ด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากจำนวน 1,300 คนในปี พ.ศ. 2549 เป็น 1,929 คนในปี
พ.ศ. 2552 ส่วนข้อมูลการรับบริการของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง
ของกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2552 มีประมาณ 8.7 หมื่นคน พบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.9
โรคเบาหวาน ร้อยละ 37.6 โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 17.6 ซึ่งเป็นการจัดการที่ปลายเหตุ
เนื่องจากเวลาที่ผู้สูงอายุมาพบแพทย์มักมาด้วยการเจ็บป่วยที่สำคัญและเจ้าหน้าที่หรือแพทย์อาจถาม
ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยอื่นๆ แต่เรื่องการประกอบอาชีพ และผลกระทบจากการประกอบอาชีพถูก
ละเลยไป ขณะที่สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นผู้รับผิดชอบนโยบายตามยุทธศาสตร์ด้านการ
สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเรื่อง การส่งเสริมความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแล
ตนเองเบื้องต้น การทำงานและหารายได้ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย และ
สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัย ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาว และ แผนผู้สูงอายุ
กรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2545-2564) อีกทั้งนโยบายและการบริหาร ความรับผิดชอบ สร้างเสริม
สุขภาพการทำงาน และความรู้เรื่องการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ
พยาบาลในบทบาทด้านการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ (Siriwan suamapanao, 2006)
นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน พบว่าร้อยละ 35
เป็นแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3
โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.8 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 12.3 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 8.8
และผู้สูงอายุต้องทำงานสัปดาห์ละ 45-60 ชั่วโมง โดยเวลาการทำงานจะไม่คงที่ และไม่ใส่ใจในการ
ดูแลสุขภาพเรื่องของการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และโภชนาการ ตามลำดับ อีกทั้ง
จากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบจำนวน 5 คน พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ
ที่ทำงานนอกระบบ ทำงานเพื่อยังชีพและเกื้อหนุนคนในครอบครัว มีท่าทางการทำงานที่ไม่
เหมาะสม และไม่มีการดูแลสุขภาพอย่างเป็นทางการเป็นรูปแบบที่ชัดเจนจากระบบบริการสาธารณสุข ทั้งใน
ด้านการสนับสนุนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้ง
การศึกษาในส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบยังมีข้อจำกัดในมุมมองของ ภาวะสุขภาพและ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริม
สุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบโดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ
กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ในส่วนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้นำแนวคิด
ของ เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งประกอบด้วย

พฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) การออกกำลังกาย (Physical activity) โภชนาการ (Nutrition) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งประโยชน์จากการศึกษานี้จะนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสังคม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกาย ลดการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ และ คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัญหาการวิจัย

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ภาวะสุขภาพ และ ลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
5. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ภาวะสุขภาพและลักษณะงานในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. บัจจยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
2. บัจจยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
3. บัจจยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
4. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
5. ลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
6. บัจจยนำ บัจจยเอื้อ บัจจยเสริม ภาวะสุขภาพ และ ลักษณะงาน มีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากับผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ทำงานและได้รับค่าตอบแทนแต่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสังคมและระบบราชการ อีกทั้งพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครอย่างน้อย 6 เดือน จาก 12 แขวง ใน 6 เขตพื้นที่การปกครองระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2552 ถึง 30 มกราคม 2553

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1. บัจจยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อายุ ความเพียงพอของรายได้ และ การศึกษา
2. บัจจยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
3. บัจจยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
4. ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย

5. ลักษณะงาน ได้แก่ อาชีพ ชั่วโมงทำงานต่อวัน การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติจากการทำงาน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
2. โภชนาการ
3. การออกกำลังกาย
4. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ
6. การจัดการความเครียด

นิยามตัวแปร

1. ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยในตัวบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ซึ่งจะจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเรื่อง การดูแลตนเองทั่วไป เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี และป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้วัดจากคะแนนการที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีความรู้ความเข้าใจ ต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด

1.2 ทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อและความพร้อมของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตน เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในเรื่อง การดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี และป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งครั้งนี้วัดได้จากคะแนนที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีความรู้สึก ความเชื่อ ต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด

1.3 ความเพียงพอของรายได้ หมายถึงการใช้จ่ายเงินหรือรายได้ที่หาได้ในแต่ละเดือนเพียงพอหรือไม่เพียงพอกับรายจ่าย หากไม่เพียงพอมีการแสวงหารายได้จากการกู้ยืม

หรือไม่ซึ่งการกั๊ย้มจะทำให้เกิดภาวะเป็นหนี้ตามมา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีรายได้เพียงพอหรือไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในหนึ่งเดือน

1.4 อายุ หมายถึง จำนวนอายุเป็นปีเต็มบริบูรณ์ของอายุของแรงงานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงแรงงานทั้งเพศหญิง เพศชาย ที่มีอายุ 60 ปี โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางอายุ 70-79 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป

1.5 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ แบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท และอื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้จะแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น และระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น

2. ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือองค์กรที่ช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายและสะดวก รวมถึง ทรัพยากรในชุมชน หรือหลักประกันทางด้านสุขภาพ กฎหมาย แหล่งทรัพยากรต่างๆ รวมถึงการหาได้และใช้เป็นประโยชน์ (Available) สามารถที่จะกระทำได้ (Affordability) และ สามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ซึ่งในการศึกษานี้หมายถึงการที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทราบว่าทั้งชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขมีนโยบายในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ซึ่งตนเองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและสะดวก ดังนี้

2.1 การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อบริการทางด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งประเมินจากความเพียงพอ ความสะดวกในการไปรับบริการ การยอมรับในระบบบริการ และความสามารถในการชำระค่าบริการ ซึ่งในครั้งนี้หมายถึง ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ รับรู้ว่าการเข้ารับบริการตนเองมีความสะดวกในการเดินทางมากน้อยอย่างไร ระยะเวลาในการเข้ารับบริการด้านการรักษาพยาบาล กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนความพร้อมและความเพียงพอของสถานที่ / อุปกรณ์ สำหรับปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายในการใช้บริการการเป็นอย่างไร

2.2 นโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง การรับรู้ข้อกำหนดและข้อปฏิบัติของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครมีเกี่ยวกับกิจกรรมและบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการรับรู้ว่าเป็นสถานบริการและในชุมชน (ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขต หรือ สวนสาธารณะในชุมชน) มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย การสันทนาการ โภชนาการ

3. ปัจจัยเสริม หมายถึงสิ่งที่ตอบแทนบุคคลภายหลังจากที่ได้แสดงพฤติกรรมหนึ่งๆ ไปแล้ว อาจมีผลทั้งสนับสนุนหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมนั้น อีกทั้งพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยนี้สร้างวิถีการดำเนินชีวิต (ในรูปแบบของพฤติกรรมที่ยั่งยืน) ซึ่งมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมโดยค้ำึงถึง การสนับสนุนตามนโยบาย ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ การกระตุ้นเตือน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือผลตอบแทนจากแกนนำชุมชน เพื่อน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข ดังนี้

3.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับการตอบสนองความต้องการ การได้รับกำลังใจ และการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และการช่วยเหลือด้านต่างๆ คือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (House and Kahn, 1985) จาก แกนนำชุมชน (อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน) เพื่อน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบต่อการได้รับการกระตุ้นเตือนในเรื่องของการไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ออกกำลังกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาหาร การได้รับการช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน และการได้รับกำลังใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งวัดจากคะแนนความถี่ของการได้รับการกระตุ้นเตือนในหนึ่งสัปดาห์หรือหนึ่งเดือน

4. **ภาวะสุขภาพ** หมายถึง การแสดงออกของร่างกายและจิตใจที่บุคคลสามารถตรวจพบ หรือรับรู้ได้ และมีตัวบ่งชี้ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ความพิการ หรือการตาย มักประเมินในรูปของอัตราส่วน หรือ ความถี่ในการเกิดอาการนั้นๆ

4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลในการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพทั้งกายและจิตใจของตนเองว่า ปกติหรือผิดปกติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ความคิดเห็นและการรับรู้ต่อสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย ต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบันเทียบกับอดีตที่ผ่านมา 1 ปี

4.2 โรคและอาการผิดปกติ หมายถึงภาวะที่ร่างกายเกิดความผิดปกติต่างไปจากที่เคยเป็นทำให้ไม่สุขสบาย ซึ่งอาจเป็นการเจ็บป่วยแบบไม่เรื้อรัง หรือ เป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาจากบุคลากรสาธารณสุขหรือหายได้เอง ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงการที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการรับรู้ต่อความผิดปกติเกิดขึ้นแก่ร่างกายทั้งแบบเรื้อรังหรือไม่เรื้อรัง ซึ่งอาจแคว้มีอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น ปวดเข่า นอนไม่หลับ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น

5. ลักษณะงาน หมายถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำงานที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ ในการศึกษา
นี้หมายถึง อาชีพ ระยะเวลาทำงานต่อวัน การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติจากการทำงาน

5.1 อาชีพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลนั้นทำอยู่ที่มีชั่วโมงการทำงานมากที่สุด ถ้าชั่วโมงการทำงานแต่ละงานเท่ากันให้นับงานที่มีรายได้มากกว่า ถ้าชั่วโมงทำงานและรายได้เท่ากันให้นับงานที่ผู้ตอบพอใจมากที่สุด หรือ เลือ่งานที่ทำมานานที่สุดเป็นงานหลัก (International Standard Classification of occupational, 1988 (ISCO-88) ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) อ้างใน สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้อาชีพที่ผู้สูงอายุทำหมายถึงงานที่อยู่ใน 10 กลุ่มอาชีพ ของกระทรวงแรงงาน (2551) ดังนี้ (1) กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน ได้แก่ การทำดอกไม้จันทน์ การปักเลื่อมผ้า (2) กลุ่มผู้ขับรถรับจ้าง (3) กลุ่มเกษตรกรพันธสัญญา (4) กลุ่มแรงงานรับจ้างทางการเกษตร ได้แก่ การรับจ้างปลูก - ขยายต้นไม้ (5) กลุ่มหาบเร่แผงลอย (6) กลุ่มคนทำงานภาคบริการ ได้แก่ การขายอาหารและเครื่องดื่ม (7) กลุ่มคนคู่ชชะ (8) กลุ่มคนซื้อขายของเก่า (9) กลุ่มคนทำงานบ้าน ได้แก่ รับจ้างซักรีดเสื้อผ้า (10)กลุ่มแรงงานรับจ้างทั่วไป ได้แก่ นวดแผนโบราณ และในการทำงานแต่ละงานต้องใช้เวลารวันละหนึ่งชั่วโมงขึ้นไปรวมถึงมีรายได้จากการทำงานนั้น

5.2 ระยะเวลาทำงานต่อวัน หมายถึง ชั่วโมงการทำงานต่อวันตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ที่กำหนดว่า เวลาทำงานในหนึ่งวันต้องไม่เกิน 8 ชั่วโมง และเมื่อรวมเวลาทั้งหมดในหนึ่งสัปดาห์ต้องไม่เกิน 48 ชั่วโมง ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงเวลาในการทำงานนับเป็นชั่วโมงเฉพาะที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบใช้ในการประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ภายในระยะเวลาหนึ่งวัน ซึ่งต้องใช้เวลาน้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

5.3 การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติจากการทำงาน หมายถึง ความรู้สึก
ความคิดเห็น ความเข้าใจ เกี่ยวกับความผิดปกติ ความเสียหาย หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดขึ้นจากการทำงานและมีผลกระทบหรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จหรือทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติ ซึ่งการศึกษานี้หมายถึงผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบรับรู้ว่าการประกอบอาชีพของตนเมื่อสัมผัสกับภาวะคุกคาม เช่น เสียง แสง ความร้อน ฝุ่นละออง และ สารเคมี ตนเองมีโอกาสดเกิดอาการผิดปกติขึ้นต่ออวัยวะต่างๆของร่างกายอย่างไร

6. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของตนเองให้ดีขึ้น มีความผาสุก (Well-being) ตลอดจนประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ในชีวิต (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงความถี่ของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบปฏิบัติอย่างต่อเนื่องใน

ชีวิตประจำวัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความพิการ และลดการเสียชีวิต ในการปฏิบัติกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่

6.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่จะดูแลสุขภาพเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งในการศึกษานี้ประเมินได้จากความสม่ำเสมอของ การตรวจสุขภาพประจำปี การแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และการตรวจร่างกายเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบปฏิบัติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

6.2 โภชนาการ หมายถึง การที่บุคคล มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งในการศึกษานี้ประเมินจาก ความถี่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมกับประเภท ปริมาณและ การเลือกชนิดของอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ และการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

6.3 การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย ระยะเวลาและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกายที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที 3 วันต่อหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งในการศึกษานี้ประเมินจากประเภท ความหนักเบา ความนาน และความถี่ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ซึ่งกำหนดให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หมายถึงการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที 3 วันต่อหนึ่งสัปดาห์

6.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบปฏิบัติ เพื่อคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล ความอบอุ่นใกล้ชิดที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบได้รับจากบุคคลใกล้ชิด และบุคคลทั่วไป โดยการพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ในการศึกษานี้ประเมินจาก ความถี่ของการที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบแสดงหรือได้รับความรัก ความห่วงใย และแสดงความยินดี กับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น อีกทั้งมีการสังสรรค์และให้หรือรับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด

6.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการกำหนดจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต แลปฏิบัติตามความเชื่อ ว่าตนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายและสามารถปรับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา ให้พร้อมรับกับสถานการณ์ต่างๆ ในการศึกษานี้ประเมินจากความถี่ของการที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการกำหนดจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต และปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น รวมถึงมีความสุข พอใจ ในการดำเนินชีวิต และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมใหม่ได้

6.6 การจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทำเพื่อลดปฏิกิริยาและการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือคุกคาม เพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุล เป็นการผ่อนคลายความเครียดและการระบายความไม่สบายใจ โดยการยอมรับที่มาของความเครียด หาวิธีการควบคุมและผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การพูดระบายความไม่สบายใจกับบุคคลใกล้ชิด การสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ และ การทำงานอดิเรก ในการศึกษาที่ประเมินจาก ความถี่ของการที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบผ่อนคลายความเครียดและระบายความไม่สบายใจ เช่น จัดเวลาทำงานกับการพักผ่อนได้อย่างสมดุล นอนหลับพักผ่อนได้ สวดมนต์ ทำสมาธิ หรือ กิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถือเพื่อให้จิตสงบก่อนนอน

7. ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปนับตามปีปฏิทิน ทั้งเพศชาย เพศหญิงและยังทำงานอยู่(WHO, 1993) โดยงานที่ทำเป็นงานอิสระ ได้รับค่าตอบแทน (บาท) ตามเกณฑ์ของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550) หรือเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสังคม ยากจน และมีศักยภาพในการดูแลตนเองค่อนข้างน้อย (วรวิทย์ เจริญเลิศและสุชาติ ตระกูลทิพย์, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานครและยังทำงานในกลุ่มงาน ดังนี้ (1) กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน (2) กลุ่มผู้ขับรถรับจ้าง (3) กลุ่มเกษตรกรพันธสัญญา (4) กลุ่มแรงงานรับจ้างทางการเกษตร (5) กลุ่มหาบเร่แผงลอย (6) กลุ่มคนทำงานภาคบริการ (7) กลุ่มคนคู่ชัชชะ (8) กลุ่มคนซื้อขายของเก่า (9) กลุ่มคนทำงานบ้าน (10) กลุ่มแรงงานรับจ้างทั่วไป และไม่ได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสังคม แต่ได้รับค่าตอบแทนและมีเวลาในการทำงานตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎี การเปลี่ยนแปลง ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. นโยบายและสวัสดิการผู้สูงอายุ
3. สถานการณ์ ปัญหาและแนวโน้มของแรงงานสูงอายุ
4. แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
5. แนวคิด PROCEDE – PRECEED Model
6. บทบาทพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลแรงงานในชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1. แนวคิดและทฤษฎี การเปลี่ยนแปลง ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายและการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าโดยนับอายุตามปีปฏิทิน (WHO, 1993)

ประเทศในสหภาพยุโรปถือว่าผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (United Nations, 2007)

ประเทศในเอเชียถือว่าผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (วรชัย ทองไทย อ้างถึงใน ชื่นฤทัย กาญจนจิตรรา และคณะ, 2550)

ประเทศไทยตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้มีการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุไว้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และใช้เป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุสำหรับผู้รับราชการด้วย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

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

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

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60–69 ปี
2. อายุตั้งแต่ 70–79 ปี
3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทิน (WHO, 1993) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะเริ่มที่อายุ 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางจะเริ่มที่อายุ 70-79 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายจะเริ่มที่อายุ 80 ปี (ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก, 2543)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของแรงงานสูงอายุ (Aging worker) คือแรงงานที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป (WHO, 1993)

ประเทศญี่ปุ่นให้คำนิยามว่าแรงงานสูงอายุ หมายถึงแรงงานที่มีอายุอยู่ในช่วง 45 - 65 ปี (Kumashiro, 2003)

ประเทศไทยให้คำนิยามว่าแรงงานสูงอายุ (Older worker) หมายถึงคนงานที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไปที่ยังสามารถทำงานและรับผิดชอบในหน้าที่ได้ (กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, 2543)

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานให้คำนิยามว่าแรงงานสูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังทำงานอยู่ (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550)

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของแรงงานสูงอายุตามเกณฑ์ของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน ที่ว่า แรงงานสูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังทำงานอยู่ (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550)

1.2 แนวคิดและทฤษฎี

กระบวนการเกิดความสูงอายุแบบปฐมภูมิได้ตั้งทฤษฎีเพื่ออธิบายการเกิดความสูงอายุไว้หลายทฤษฎี แต่ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเห็นว่าทุกทฤษฎีมีความเกี่ยวเนื่องกัน เนื่องจากไม่มีทฤษฎีใดสามารถอธิบายกระบวนการสูงอายุได้ทั้งหมดอีกทั้งเป็นการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง

กับการทำงาน มีการสัมผัสกับสิ่งคุกคามหลายประเภท อีกทั้งแต่ละบุคคลก็มีพื้นฐานการดำรงชีวิต และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าทฤษฎีที่นำมาอธิบายการเปลี่ยนแปลงของแรงงานสูงอายุกรอบที่น่าจะเกี่ยวกับทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and tear theory) ที่เชื่อว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการที่มีลักษณะกลไกคล้ายเครื่องยนต์ เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมต้องหย่อนสมรรถภาพ โดยมีความเครียดเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของการเสื่อมและถดถอย และทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiological theory) ที่เชื่อว่าไฮโปทาลามัส ซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่อมไร้ท่อทั่วร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้นทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ทั่วร่างกายเสื่อมลง รวมถึง ทฤษฎีจิตสังคมของอีริกสัน (Ericson, 1964 อ้างใน ปัทมา สุจริต, 2551) ได้แบ่งการพัฒนาการทางจิตสังคมในวัยผู้ใหญ่ไว้เป็นขั้นตอนที่ 8 และกล่าวว่าผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ถ้าพบว่าตนเองได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้วก็จะเกิดความพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง ก่อให้เกิดความมั่นคงทางใจที่เรียกว่า Integrity ในทางตรงกันข้าม หากพิจารณาแล้วรู้สึกว่าคุณชีวิตของตนขมขื่น ทุกข์ร้อน และผิดหวังไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่าที่เรียกว่า Despair ดังนั้นในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุควรทำใจให้ยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวอย่างเข้าใจ รู้จักชีวิตและปล่อยวาง เพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม สูญเสียภาวะทางการเงินที่ดี แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง สังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลง จากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้น ทำให้ถูกหลาน ไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวเองและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางจิตสังคมดังนี้คือ

1. ความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ เดียวดายและความซึมเศร้า เป็นภาวะที่พบในวัยสูงอายุมากกว่าวัยอื่น ซึ่งเป็นผลมาจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคมและไร้คุณค่าไม่กล้าเผชิญกับความเป็นจริง

2. มีพฤติกรรมมวนวายและรบกวนผู้อื่น เนื่องจากนอนไม่หลับมีความวิตกกังวลมากเกินไป มีความเครียดมากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขมขู่ นิ่งเฉย เดินหลง ฯลฯ

3. มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือมีปฏิกิริยาหวาดระแวง ซึ่งเป็นผลมาจากผู้สูงอายุมีความกดดันทางจิตใจมากเกินไป และปรับตัวไม่ได้

4. กลุ่มอาการที่มีพยาธิสภาพของสมอง (Organic brain syndrome: OBS) เนื่องจากความผิดปกติของสมอง ทำให้สติปัญญา ความจำ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ความคิด สับสน

1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพลดลง แรงงานสูงอายุก็เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งในผู้สูงอายุ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ ของแรงงานสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.3.1.1 ผิวหนัง พบว่ามีความชุ่มชื้นลดลง ผิวแห้งบาง ขนร่วง เล็บแห้งเปราะ ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ปริมาณไขมันที่จะสะสมใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเป็นรอยเหี่ยวย่น เกิดจุดด่างขาวตกรกระ เนื่องจากเซลล์สร้างเม็ดสีลดลง เซลล์ที่ผิวหนังแบ่งตัวช้าลง ทำให้การหายของบาดแผลที่ผิวหนังช้าลง นอกจากนี้ต่อมเหงื่อและไขมันในผิวหนังทำงานลดลง ทำให้ผิวหนังแห้งและคันได้บ่อยๆ

1.3.1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีไขมันมาเกาะที่ผนังหัวใจ และหลอดเลือด เอ็นไซม์ที่ช่วยในการทำงานของหัวใจลดลง เป็นผลให้ปริมาณเลือดและความแรงในการบีบตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจจึงลดลง เนื่องจากผนังหลอดเลือดมีโคเรสเตอรอลเกาะอยู่ ทำให้เกิดแรงต้านทานหลอดเลือดสูงขึ้น เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง อาจส่งผลให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมได้ง่าย ซึ่งเกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่ทันขณะที่มีการเปลี่ยนท่า

1.3.1.3 ระบบทางเดินหายใจ พบว่าการทำงานของขนกวัด (Cilia) ลดลงกล้ามเนื้อทรวงอกขาดความยืดหยุ่น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นเนื่องจากสูญเสียความยืดหยุ่น ถุงลมมีจำนวนลดลงและมีขนาดใหญ่ขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุอาจมีประสิทธิภาพการไอรีเฟล็กซ์ต่างๆ ลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง อัตราการหายใจตื้นขึ้น มีแนวโน้มเกิดภาวะปอดแฟบได้ง่าย

1.3.1.4 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่ามีการฝ่อของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะที่ส่วนขา กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อจะลดลงตามลำดับหลังอายุ 30 ปี และลดลงเร็วขึ้นหลังอายุ 50 ปี กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้สูญเสียความแข็งแรง และการทรงตัวที่ดี ส่วน

กระดูกจะบางลง และหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังจะกร่อน เสียความยืดหยุ่น ข้อเสื่อมตามวัย ปวดตามข้อ และทำให้เกิดอุบัติเหตุระหว่างการเคลื่อนไหวได้ง่าย

1.3.1.5 ระบบต่อมไร้ท่อ พบว่ามีการผลิตฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อลดลง เช่น TSH, ACTH, FSH เป็นต้น ทำให้มีแนวโน้มในการเกิดภาวะ Hypothyroidism โรคภูมิแพ้ ภูมิต้านทานต่ำ อ่อนภูมิกายในลดลง การหลั่งอินซูลินและความสามารถในการนำกลูโคสไปใช้ในเซลล์ลดลง เป็นผลให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย

1.3.1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่ามีการเสื่อมหน้าที่ของไต เนื่องจากเนื้อไตมีขนาดลดลงเนื้อเยื่อของไตหยุดการเจริญเติบโต พบการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงไต ทำให้ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตลดลง และอัตราการกรองของเสียลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีแรงดึงตัวและความจุลดน้อยลง รีเฟล็กซ์ในการขับถ่ายปัสสาวะลดลง เป็นผลให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ บางรายอาจเกิดอาการปัสสาวะขัด โดยเฉพาะในเพศชายเนื่องจากต่อมลูกหมากโตขึ้น

1.3.1.7 ระบบประสาทและการรับรู้ พบว่าเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง โดยเฉพาะหลังอายุ 60 ปีไปแล้วจะลดลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเซลล์ดังกล่าวลดจำนวนลง ทำให้ขนาดของสมองกว้างออก สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น มีผลต่อการทำกิจกรรมประจำวันช้าลง การเรียนรู้ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเชื่องช้า งุ่มง่าม ต้องใช้เครื่องมือช่วยหลายชนิด เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง ง่ายต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ผู้สูงอายุจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก แก้ปัญหาต่างๆ ได้ไม่ดีและจะลืมนำในเหตุการณ์ปัจจุบัน แต่สามารถจดจำเรื่องราวในอดีตได้ดี

1.3.1.8 ระบบภูมิคุ้มกัน เป็นระบบของร่างกายที่ประกอบด้วยระบบย่อยๆ อีกหลายระบบทำงานประสานกันในการต่อสู้กับเชื้อโรคที่มีอยู่แล้วในร่างกาย หรือที่จะเข้ามาใหม่ ในผู้สูงอายุระบบภูมิคุ้มกันมักจะบกพร่อง

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตและอารมณ์

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตและอารมณ์ของผู้สูงอายุตามมา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น

1.3.2.1 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านความเป็นอยู่ หรือการเลี้ยงดูตนเอง

1.3.2.2 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส ญาติ และเพื่อนสนิท ต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น

1.3.2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวเนื่องจากบุตรธิดามักแยกครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุต้องลดบทบาททางด้านการให้คำปรึกษา ดูแล สั่งสอน อยู่โดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าน้อยลง

1.3.2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ชาย นับเป็นปัญหาทางจิตใจที่สำคัญ

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ขณะที่เวลาผ่านไปบุคคลเติบโตเป็นผู้ใหญ่ บทบาทในสังคมย่อมเปลี่ยนไปโดยเริ่มจากความเป็นเด็กวัยรุ่น นักเรียน เป็นลูกสาว ลูกชาย ต่อมาเป็นภรรยา สามี ปู่ ย่า เป็นต้น ในด้านหน้าที่การงาน บทบาทความเป็นครู แพทย์ พยาบาล และอาชีพอื่นๆ ในที่สุดก็ถึงวาระหมดอายุ เกษียณการทำงาน บางคนมีความสุขยินดีกับช่วงเวลานั้น แต่บางคนรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจากสังคมและทำให้เกิดความเครียดตามมา ซึ่งสรุปการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ดังนี้

- หน้าที่และบทบาทลดลงกว่าเดิม
- จากการที่เคยเป็นที่พึ่งของคนอื่น แต่พอเป็นผู้สูงอายุอาจมีปัญหาสุขภาพหรือรายได้ที่น้อยลง ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่น
- พบปะหรือติดต่อกับเพื่อนฝูงหรือคนอื่นน้อยลง เครือข่ายทางสังคมลดลง
- ไปร่วมงานทางสังคมลดลง ยิ่งถ้ามีปัญหาสุขภาพอาจไม่สามารถร่วมงานได้
- บางคนอาจขาดเพื่อน หรือคู่สมรส เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นได้เสียชีวิตแล้ว

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ได้แก่ ความกลัวตาย มีผลให้พฤติกรรมความเชื่อของผู้สูงอายุมีมากขึ้น ประกอบกับความเชื่อของคนไทยเรื่องกรรมดี กรรมชั่ว จึงทำให้ผู้สูงอายุเคร่งครัดในศาสนา ชอบทำบุญ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้แก่ตนเอง บางคนทำงานให้กับวัดโดยเป็นเจ้าหน้าที่แผนกต่างๆ ตามความสามารถที่เคยมีประสบการณ์ อย่างไรก็ตามก็อาจพบว่าบางรายความมั่นคงทางจิตใจมักถดถอยลงจึงปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม จึงควรมีคนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นด้วยทัศนคติของผู้สูงอายุเอง เพื่อเพิ่มความนับถือและความภูมิใจในตนเอง

1.3.5 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรม เปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคม เปลี่ยนแปลง ยึดถือด้านวัตถุนิยม คือเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญ วัตถุประสงค์ของคนโดยอาศัยความสามารถในการทำงานหาเงิน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม กลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อย และอาจมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่เป็นไปในทางเสื่อม การมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง การที่ต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว และการเปลี่ยนสถานภาพในการทำงาน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่รายได้ลดลงจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท และกว่าร้อยละ 50 ทำงาน 40 – 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และกว่าร้อยละ 25 ต้องทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยอยู่แล้วอย่างน้อย 1 โรค (สำนักสารนิเทศกระทรวงสาธารณสุข, 2551 และ ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) ทวีความรุนแรงมากขึ้นหรือเกิดโรคใหม่ๆ ตามมา

1.4 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมีหลายด้าน แต่สำหรับในกลุ่มของแรงงานสูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบก็เป็นส่วนหนึ่งของประชากรสูงอายุ ซึ่งปัญหาและความต้องการโดยรวมน่าจะใกล้เคียงกัน จะต่างกันในเรื่องของ สวัสดิการและค่าชดเชยจากการประกอบอาชีพ และค่าตอบแทนจากการทำงาน เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ได้รับค่าจ้างน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย (Milan and Nisha, 2008) ดังนี้

1.4.1 ปัญหาสุขภาพ เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งโรคและอาการดังนี้

1.4.1.1 ปวดข้อเข่าเนื่องจากข้อเสื่อม จากการที่ข้อถูกใช้เกินขนาดและนานทำให้เกิดการเสื่อมของเนื้อเยื่อต่างๆที่ประกอบกันเป็นข้อ อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง

1.4.1.2 ปวดหลัง ปวดเอว ส่วนมากปวดบริเวณหลังส่วนล่างที่บริเวณคาดเข็มขัด บางทีก็ต่ำหรือสูงกว่าบริเวณนี้เล็กน้อย เกิดจากท่าทางที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันอยู่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานานทำให้เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังต้องออกแรงยึดหรือหดมากเกินไปทำให้เกิดอาการเมื่อยล้า ปวดหลัง จนบางรายอาจมีอาการหลังโค้งหรือหลังค่อมได้

1.4.1.3 ท้องผูก เป็นอาการไม่ใช่โรค เป็นการขับถ่ายอุจจาระที่เปลี่ยนแปลงจากปกติ เนื่องจากปกติคนเราจะถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอเช่น วันละ1-2 ครั้งหรือ 2- 3 วันถ่ายครั้ง และเมื่ออุจจาระที่ถ่ายมาจะนุ่มไม่แข็งไม่เหลวเป็นน้ำ ไม่มีอาการปวดทวารหนัก แต่ครั้งของการถ่ายใช้เวลาไม่นานประมาณ 10 -20 นาที กรณีที่มีอาการท้องผูกจะมีอาการ2 แบบคือ

- ถ่ายอุจจาระออกลำบาก เป็นก้อนแข็ง
- หลายๆ วันถ่ายอุจจาระครั้งหนึ่ง

1.4.1.4 หน้ามืด – วิงเวียน – เป็นลม เป็นอาการที่มักเกิดขึ้นขณะปรับเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถเช่น นอนแล้วลุกทันที หรือจากการที่เครื่องเคียดเกินไป ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ อาการนี้มักเป็นระยะสั้นๆ แล้วหายไปเองไม่เกิดอันตรายเพียงแต่เป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่าผู้นั้นมีอาการที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรงนัก ต้องปรับปรุง สร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น

1.4.1.5 โรคแรงดันเลือดสูง เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่รักษาได้ แต่เมื่อเป็นแล้วจะทำให้เกิดโรคอื่นตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคไต อัมพาต เป็นต้น และเมื่อเป็นแล้วต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ซึ่งระดับแรงดันเลือดมีการแปลผลดังตารางที่ 2.1 (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

ตารางที่ 2.1 ระดับแรงดันเลือด

ระดับแรงดันเลือด	ซิสโตลิก (ตัวบน) มิลลิเมตรปรอท	ไดแอสโตลิก (ตัวล่าง) มิลลิเมตรปรอท
แรงดันเลือดระดับปกติ	ไม่เกิน 130	ไม่เกิน 85
แรงดันเลือดสูงเล็กน้อย	อยู่ระหว่าง130 -159	อยู่ระหว่าง85- 99
แรงดันเลือด ระดับสูงปานกลาง	อยู่ระหว่าง160 – 179	อยู่ระหว่าง100 - 109
แรงดันเลือด ระดับสูงรุนแรง	อยู่ระหว่าง160 – 179	อยู่ระหว่าง110 - 119
แรงดันเลือด ระดับสูงรุนแรงมาก	สูงกว่าหรือเท่ากับ 210	สูงกว่าหรือเท่ากับ 120

ที่มา : สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2544). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน: 407.

1.4.1.6 ตาเป็นต่อกระจก เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของแก้วตา ทำให้แก้วตาขุ่นไม่โปร่งแสง และจะมัวมากเมื่อออกแดด พอเข้าที่ที่สลัวจะมองเห็นได้ชัดกว่า อาจเป็นข้างเดียวหรือ สองข้างก็ได้ รักษาโดยผ่าตัดเอาแก้วตาเดิมออกแล้วใส่แก้วตาเทียมแทน

1.4.1.7 ตาเป็นต้อหิน เกิดจากมีการอุดตันช่องทางเดินของน้ำภายในลูกตาทำให้ความดันในลูกตาสูงกว่าปกติ เกิดอาการปวดตตามัว ถ้าไม่รักษาอาจมีการกดขั้วประสาทตาทำให้ตาบอดได้ ซึ่งต้อหินสามารถรักษาได้โดยการให้ยาหยอดตาและการผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

- ต้อหินแบบเนียบปลิ้น จะมีอาการตาแดง ปวดตา มาก คลื่นไส้ อาเจียน ตามัวลงอย่างรวดเร็ว ถ้ามองดวงไฟจะเห็นสีรุ้งรอบๆ ดวงไฟ

- ต้อหินแบบเรื้อรังเกิดจากทางไหลผ่านของน้ำในลูกตา ค่อยๆเสื่อมทีละน้อย อาการปวดจึงไม่รุนแรงแต่ขอบเขตการมองเห็นจะแคบเข้าเรื่อยๆ และตาจะมัวลง

1.4.1.8 หูตึง อาการมักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่มากขึ้นเรื่อยๆ จนผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองหูตึง ส่วนใหญ่จะตึงเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ และอาการเท่ากันทั้งสองข้าง บางรายอาจมีเสียงอื้อๆ ในหูร่วมด้วย หากทิ้งไว้ไม่แก้ไข มักจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า แยกตัวอยู่คนเดียวเพราะไม่มีใครอยากคุยด้วยเพราะรำคาญที่ฟังไม่รู้เรื่อง ซึ่งแก้ไขได้โดยใช้เครื่องช่วยฟัง

1.4.1.9 นอนไม่หลับ มีด้วยกัน 3 รูปแบบคือ (1) หลับยากกว่าเก่า (2) มีการตื่นกลางระยะที่หลับ (3) มีการเปลี่ยนแปลงเวลาการตื่น เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีกิจกรรมที่ต้องทำในตอนกลางวันและบางครั้งมีการงีบหลับช่วงกลางวัน พอถึงกลางคืนจึงนอนไม่หลับ บางรายมีปัญหาทั้งโรคทางกาย และทางจิตใจ และมีการตื่นมาปัสสาวะบ่อยๆ จากการดื่มน้ำมากไปก่อนนอน ดังนั้นจึงต้องหาสาเหตุและแก้ไขที่สาเหตุนั้นๆ ก่อน

1.4.1.10 อัมพาต เป็นอาการของโรคที่ร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้เป็นบางส่วนหรือทั้งตัวแล้วแต่ความรุนแรงหรือสาเหตุของโรคที่ทำให้เกิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง เนื้อสมอง และเส้นประสาทถูกทำลายหรือได้รับการกระทบกระเทือน ซึ่งสามารถรักษา ป้องกัน และฟื้นฟูได้ ตามสาเหตุและระยะของการเกิดโรค

1.4.1.11 เบาหวาน วัยสูงอายุเนื้อเยื่อของร่างกายเสื่อมลงจึงมีความทนทานต่อระดับน้ำตาลลดลง จากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จนถึงระดับมากกว่า 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อาการที่แสดงออกเด่นชัดคือ ปัสสาวะมากกว่าปกติ กินน้ำมากกว่าปกติ และกินอาหารมากขึ้นแต่ผอมลง ซึ่งโรคนี้เมื่อเป็นแล้ว

รักษาไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การเป็นแผลติดเชื้อที่รักษาไม่ค่อยหาย โรคหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต โรคแรงดันเลือดสูง โรคต่อกระจก-ต่อหิน เป็นต้น

1.4.1.12 มะเร็ง เกิดจากการเจริญของเนื้อเยื่อของร่างกาย ส่วนใดส่วนหนึ่งมากผิดปกติ และกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง จนบางครั้งอาจทำให้อวัยวะนั้นๆ เกิดความผิดปกติไปด้วย ซึ่งมะเร็งบางตำแหน่งสามารถรักษาให้หายขาดได้

1.4.1.13 ปัญหาสุขภาพจิต สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตเสื่อมมักมาจากปัญหาสุขภาพที่เสื่อมตามอายุ ปัญหาทางการเงินหรือเศรษฐกิจที่ลดลง จากสภาพร่างกายที่มีความแข็งแรงลดลง รายได้ลดลงจากการเกษียณจากงานหรือทำงานแต่ค่าจ้างลดลง และปัญหาทางสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้เกิดความเครียดและมากขึ้นจนอาจกลายเป็นโรคประสาทได้

1.4.1.14 โรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดโคโรนารี ที่ไปเลี้ยงหัวใจแข็งตัวหรือตีบแคบลงจากการสะสมของโคเลสเตอรอล, ไขมันเคลือบ เป็นตัน ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อยลง อาการมีทั้งแบบเรื้อรังและแบบทันทีทันใด ซึ่งจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายทันที จนผู้ป่วยเกิดอาการช็อคและถึงแก่กรรมในเวลาอันรวดเร็ว การรักษามีทั้งใช้ยาและการใช้เครื่องมือเพื่อขยายหรือผ่าตัดเส้นเลือดซึ่งได้ผลค่อนข้างดี

1.4.1.15 ปัญหาการขับถ่ายในผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยที่สูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสื่อมสภาพลง การควบคุมหูรูดกระเพาะปัสสาวะเสียไป ในเพศชายจะมีต่อมลูกหมากโต ในเพศหญิงมีการหย่อนยานของมดลูกไปกดทับทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่สะดวก อาจมีการปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะเล็ดออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ ปัสสาวะออกเป็นหยดแทนการพุ่งเป็นสายและใช้เวลานานในการขับถ่ายซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา

1.4.1.16 จีหลง ซีลิม – ภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากวัยสูงอายุ เซลล์สมองจะตายลงเรื่อยๆ ไม่มีการสร้างใหม่ ดังนั้นขนาดสมองของผู้สูงอายุจึงเล็กลงหรือเรียกว่า สมองฝ่อ และผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่ดี เช่น คีมีสุรา รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง จะทำให้เซลล์สมองตายมากกว่าผู้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และการบริหารสมอง- บริหารความจำอยู่เสมอจะทำให้เซลล์สมองที่เหลืออยู่ทำงานทดแทนเซลล์ที่ตายไปได้ สามารถช่วยลดอาการหลงลืมได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุเกิดอาการหลงลืมมากจนถึงภาวะสมองเสื่อม จะทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ บุคลิกภาพและพฤติกรรมแปรปรวนต้องหาสาเหตุและทำการรักษา และภาวะสมองเสื่อมที่ยังรักษาไม่ได้ในปัจจุบันมีถึงร้อยละ 60-70 (โรคอัลไซเมอร์)

1.4.1.17 โรคพาร์กินสัน พบในผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไปและพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ชายและหญิงมีอัตราส่วนการป่วยเท่าๆ กัน โดยอาการที่ปรากฏคือ มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อเวลาอยู่นิ่งๆ และมักเป็นที่มือก่อน อาการเกร็งตามเนื้อตัวและการเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลงกว่าปกติ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลให้ ไบหน้า ท่าทางการเดิน การพูด การกลืนอาหาร การเขียนหนังสือ เปลี่ยนไปจากปกติและมีน้ำลายฟูมปากเสมอๆ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะช่วยตนเองไม่ได้ และมีอาการซึมเศร้าในที่สุด ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท

1.4.1.18 อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ วิทยนี้เป็นวัยแห่งความเสี่ยงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสประสบอุบัติเหตุได้ เนื่องจากการทรงตัวเสียไป ตาเสื่อมสมรรถภาพ การตัดสินใจช้าลง กระดูกเปราะ และโอกาสหกล้มเป็นลมสูง ซึ่งผลที่ตามมาส่วนใหญ่คือกระดูกหัก โดยเฉพาะบริเวณสะโพกและข้อมือ

1.4.1.19 ไขมันในเลือดสูง จะทำให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้น การไหลเวียนช้าลง ทำให้ไขมันตกตะกอนเกาะตามผนังเส้นเลือดแล้วเส้นเลือดจะแข็งและหนาขึ้นจนถึงอาจตีบตันในที่สุด ซึ่งถ้าเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจจะเป็นอันตรายมาก ซึ่งระดับไขมันในเลือดมีทั้งไขมันในรูป Cholesterol และ Triglyceride โคลเลสเตอรอลมีทั้งไขมันประเภทดี (HDL -Cholesterol) มีประโยชน์และไขมันประเภทเลว (LDL - Cholesterol) เป็นโทษ ซึ่งวัดค่าได้ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ระดับโคเลสเตอรอล

ระดับโคเลสเตอรอล	มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
ปกติ	150 - 200
สูงปานกลาง	200 - 239
สูง	240 - 299
สูงมาก	มากกว่า 300

ที่มา : สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2544). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน: 486.

ในการตัดสินใจว่าเมื่อใดต้องพบแพทย์สังเกตจาก ค่าไตรกลีเซอไรด์ไม่ควรเกิน 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และค่าโคเลสเตอรอลไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

1.4.1.20 การใช้ยาในผู้สูงอายุ ยาเป็นส่วนสำคัญในการป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ก็พบปัญหาในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่พบบ่อยหลายประการดังนี้

- ลืมวิธีใช้ ว่ายาชนิดนั้นใช้อย่างไร เวลาไหน ควรมีผลากเขียนไว้ให้ชัดเจน
- ลืมกินยา หรือ ลืมใช้ยา อาจใช้ตัวยาพลาสติกที่แยกเวลาของมือยาโดยอาจใช้สีเป็นสัญลักษณ์ในการบอกเวลามือยา
- การใช้ยาผิดชนิด ผิดขนาด โดยเฉพาะในรายที่มีอาการหลงลืมมากหรืออายุเกิน 80 ปี ควรป้องกันโดยให้มีผู้ดูแลในการจ่ายยาแก่ผู้สูงอายุ

1.4.2 ปัญหาทางเศรษฐกิจ จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขมีมากขึ้น ทำให้ทั่วโลกก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว บางรายอยู่คนเดียวไม่มีบุตรหลานคอยดูแล อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ทำให้อัตราการพึ่งพิงผู้อื่นสูงขึ้น ประกอบกับการต้องเกษียณจากงาน ทำให้ขาดรายได้ประจำ ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายยังต้องอุปการะบุคคลในครอบครัว จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในแรงงาน และคาดว่าแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วใน 18 ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550)

1.4.3 ปัญหาครอบครัวญาติพี่น้อง เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโรคเรื้อรัง และบางรายมีความพิการทุพพลภาพ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง เป็นภาระให้บุคคลในครอบครัวและญาติ

1.4.4 ปัญหาความวิตกกังวล วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทางที่เสื่อมลงทั้งทางร่างกายและเศรษฐกิจ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลและการเจ็บป่วยตามมา

1.4.5 ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลและสังคม ส่วนใหญ่เป็นเรื่องปัจจัยสี่ โดยมุ่งเน้นใน ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย รองลงมาเป็นด้านเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.4.5.1 ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคของต่อมไร้ท่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และโรคข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ โดย

อัตราส่วนการป่วยของผู้สูงอายุทั่วราชอาณาจักรและกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 48.0 และ 50.5 ตามลำดับ ซึ่งช่วงอายุที่พบการป่วยสูงสุดคือ ช่วงอายุ 70 – 74 ปี รองลงมา เป็นช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป 65 – 69 ปี และ 60 – 64 ปีตามลำดับ โดยที่ผู้สูงอายุที่พักอยู่นอกเขตเทศบาลและเป็นเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย โดยผู้สูงอายุร้อยละ 90.0 มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และร้อยละ 79.05 เป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ในสวัสดิการที่ได้รับแต่มีปัญหาในเรื่องการเดินทาง ไปใช้บริการ และสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือ หน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

1.4.5.2 ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายुर้อยละ 41.9 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) และร้อยละ 54.2 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองและชนบท(มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงต้องการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่อไป ร้อยละ 40 เนื่องจากผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำ (Kabir, Humayun, 1995 อ้างถึงใน วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550) ส่วนความต้องการให้รัฐช่วยเหลือในเรื่องประเภทของงานที่ทำกับ ชั่วโมงการทำงาน โดยงานที่ให้ผู้สูงอายุทำควรเป็นงานเบาๆ ไม่ต้องใช้แรงมาก มีเวลาทำงานที่ยืดหยุ่นได้ จะได้มีเวลาดูแลครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 69 ปี ควรทำงานวันละ 3 – 4 ชั่วโมง หรือ 21 – 28 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 40 – 49 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ 2.6 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบถึงร้อยละ 89.7 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.02 เท่า ปัญหาของแรงงานสูงอายุในระบบที่พบเป็นเรื่องค่าตอบแทนร้อยละ 54.0 รองลงมาเป็นเรื่องการทำงานหนัก งานขาดความต่อเนื่อง และความไม่มั่นคงและไม่มีสวัสดิการในการทำงานร้อยละ 20.2, 17.5 และ 3.4 ตามลำดับ ส่วนปัญหา ด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานพบ ปัญหาเรื่องสารเคมี ร้อยละ 55.1 อธิบายถในการทำงาน(การยศาสตร์) ร้อยละ 40.5 ฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ร้อยละ 20.3 และแสงสว่างร้อยละ 17.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

2. นโยบายและสวัสดิการผู้สูงอายุ

การประชุมผู้สูงอายุของโลกที่กรุงเวียนนาในปี พ.ศ. 2525 (1982 World Assembly on Ageing) ได้ทำให้ผู้วางนโยบายของประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศในเอเชีย ให้ความสนใจแก้ปัญหา

ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยมองว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ การทำงานของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญมากเพราะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคมและชุมชนไม่ต้องอยู่ภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง เอเชียและแปซิฟิกมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดถึง 400 ล้านคนและมีอัตราการเพิ่มเป็น 2 เท่าของการเพิ่มประชากรทั้งหมด แต่กลับพบว่าหลายประเทศยังไม่มีสวัสดิการที่ดีพอในการดูแลผู้สูงอายุ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550)

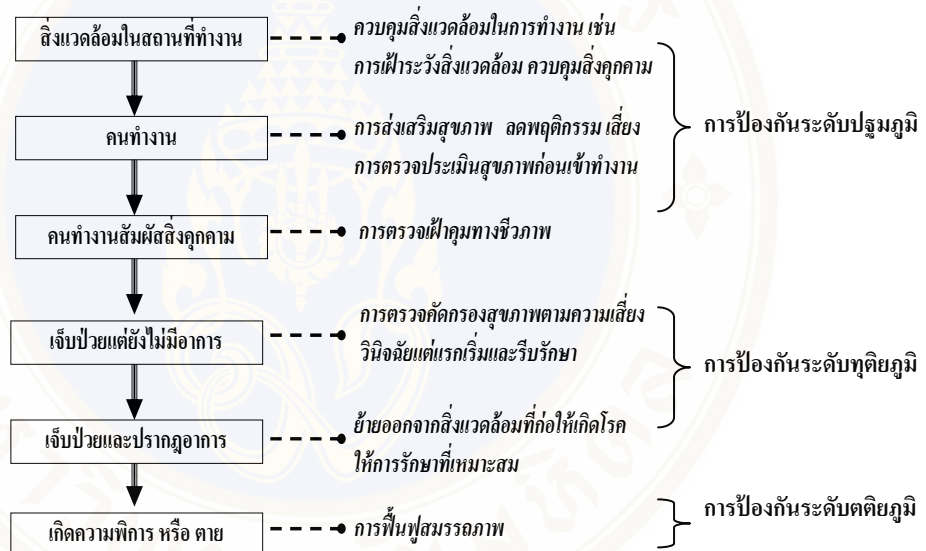
สำหรับประเทศไทยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรก พ.ศ. 2525-2544 ได้มีขึ้นหลังจากการประชุมที่เจนีวาโดยมีวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ และการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมทั้งในฐานะ “ผู้รับ” และ “ผู้ให้” แก่สังคม แต่ในทางปฏิบัติในแต่ละมาตรการก็ยังไม่สามารถเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงมีการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2545-2564 เพื่อแก้ไขปรับปรุงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากแผนฉบับแรก และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคต่างๆ ของสังคมตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชน มีการนำภาคท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุด้วย ทิศทางนโยบายโดยรวมเป็นการลดภาระและบทบาทของภาครัฐและหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุ อีกทั้งยังพยายามทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น ภาครัฐเป็นเพียงระบบเสริมเพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม โดยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์หลัก โดยกรุงเทพมหานครได้เป็นส่วนหนึ่งในการรับผิดชอบแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2 และได้จัดทำแผนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2545 -2564) เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ของกรุงเทพมหานครสามารถนำไปดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวณี วิวัฒน์วานิช, 2547)

กรุงเทพมหานครมีแรงงานนอกระบบทั้งหมด 1.2 ล้านคน แต่แรงงานนอกระบบที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีเพียง 1.2 แสนคน ได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน 2,860 คน จากถูกของมีคมบาดหรือทิ่มแทงร้อยละ 65.6 การพลัดตกหกล้มร้อยละ 14 และการชนหรือกระแทกโดยวัตถุทั้งทางแนวราบและแนวตั้งร้อยละ 6.7 นอกนั้นเป็นอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ไฟหรือน้ำร้อนลวก การได้รับสารเคมี และไฟฟ้าช็อต ร้อยละ 5.6, 3.8, 2.0 และ 0.7 ตามลำดับ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ซึ่งแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ใช้เวลาในการทำงานอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

จากการศึกษาการส่งเสริมภาวะสุขภาพแรงงานไทย ของ สมเกียรติ ศิริรัตนพุกฤษ และคณะ (ถัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2550) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพแรงงานไทย

ระบบระบายอากาศ ทำให้สภาพแวดล้อมโดยรวมมีปริมาณฝุ่นมาก คนทำงานในแผนกอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนกผลิต แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันก็มีโอกาสสัมผัสฝุ่น ทำให้เกิดโรคซิลิโคซิส ได้เช่นกัน การไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน การไม่มีความรู้เพียงพอที่จะป้องกันตนเอง และการขาดสวัสดิการและการคุ้มครองทางกฎหมาย ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานส่วนใหญ่รักษาไม่ได้ หรือรักษาแล้วไม่หายขาด ดังนั้นการดูแลสุขภาพของคนทำงานควรเน้นที่การป้องกันตามการดำเนินโรค ซึ่งสามารถสรุปตามแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2.1 การดำเนินของโรคและการป้องกันความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน

1. การป้องกันปฐมภูมิ มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคตั้งแต่ยังไม่มีการเจ็บป่วย เป้าหมายที่ การแยกและกำจัดสิ่งทำให้เกิดโรค การควบคุมสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การให้ภูมิคุ้มกัน การให้อาชีวสุขภาพศึกษาได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพด้วยโครงการ เช่น การโภชนาการที่ถูกต้อง สุขลักษณะ การออกกำลังกายการคุมกำเนิด การลดความเสี่ยงหรือป้องกันความเสี่ยง เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน การลดความเครียด การหยุดสูบบุหรี่ การให้ความรู้กับคนทำงานในเรื่องอันตรายที่เกิดจากการทำงาน การเฝ้าระวังความเสี่ยงในสถานที่ทำงาน การเดินสำรวจสถานที่ทำงาน และการใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล การตรวจประเมินสุขภาพก่อนเข้าทำงาน การตรวจเฝ้าคุมทางชีวภาพ (biological monitoring)

2. การป้องกันทุติยภูมิ มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรกเริ่มให้เร็วที่สุด เพื่อการรักษาแต่แรกเริ่ม และป้องกันไม่ให้โรคที่เป็นอยู่เป็นมากขึ้น ได้แก่ การเฝ้าระวังทางสุขภาพโดยการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง เพื่อค้นหาโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว แต่อาจยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงชัดเจน การวินิจฉัยโรคแต่แรกเริ่มและรีบรักษา การย้ายออกจากสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานที่ทำให้เกิดความผิดปกติ

3. การป้องกันตติยภูมิ มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันความสูญเสียจากโรคที่เกิดขึ้นแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาการและอาการแสดงชัดเจน ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลคนทำงานที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ และ ระดับตติยภูมิ โดยการส่งเสริมสุขภาพแรงงานสูงอายุ และการตรวจสุขภาพก่อนทำงาน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยการเริ่มดำเนินการดังกล่าวเมื่อแรงงานสูงอายุอยู่ในระดับปฐมภูมิ

- การสร้างเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ในการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อลดจำนวน และปริมาณสิ่งคุกคามสุขภาพ รวมทั้งปรับพฤติกรรมคนทำงาน เพื่อลดการสัมผัส ลดปัจจัยเสี่ยง และ เพิ่มปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ

- การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านนี้ เพื่อจะกลับเข้าทำงานเดิม หรือทำงานใหม่ตามที่สุขภาพอำนวย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจนเป็นเหตุให้ไม่ได้เข้ารับบริการ หรือ ยังเป็นบริการที่เข้าไม่ถึง

3. สถานการณ์ ปัญหาและแนวโน้มแรงงานสูงอายุในประเทศไทย

3.1 สถานการณ์แรงงานสูงอายุในประเทศไทย

จากความจริงทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทำให้อายุขัยของผู้สูงอายุสูงขึ้น (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน, 2550) มีการคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มจำนวนเป็น 14.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งคิดเป็น 5.2 เท่า ของประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2529 ที่มีเพียง 2.8 ล้านคน ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด 65.6 ล้านคน ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย นั่นคือ ปี พ.ศ. 2529 ประชากรวัยแรงงานมีจำนวน 30.4 ล้านคน และคาดว่าในปี 2568 จะเพิ่มจำนวนเป็น 45.0 ล้านคน คิดเป็น 1.5 เท่า (สำนักงานสถิติ

แห่งชาติ, 2550) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น ส่งผลให้สังคมโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ประกอบกับผู้สูงอายุมิแนวโน้มในการพักอาศัยอยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสตามลำพังเพิ่มมากขึ้น ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ผู้สูงอายุจึงต้องเข้าสู่ระบบแรงงาน และ มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นสูงขึ้น

การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยและการทุพพลภาพได้ เนื่องจากมีภาวะคุกคามเพิ่มขึ้น (ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenny ,Yardley, Martineau & Jay (2008) ระบุว่า อายุมีความสัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานของร่างกายและความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน นั่นคือ อายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในการทำงานลดลง อีกทั้งมีผลต่อการเพิ่มการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงานด้วยและความแตกต่างทางด้านนิสัยในกิจวัตรประจำวันก็มีผลอย่างมากต่อความสามารถในการทำงานและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสัมมนาวิชาการในปี พ.ศ. 2550 เรื่อง “โลกาภิวัตน์กับผลกระทบแรงงานไทย” พบว่า แรงงานสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 5.7 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2549 (พิริยะ ผลพิรุฬห์, 2550) กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน (2550) ได้ศึกษาแรงงานสูงอายุไทยพบว่า ลักษณะทางประชากรของกำลังแรงงานสูงอายุใน ปี พ.ศ. 2529 -2549 มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี (ร้อยละ 46.81 - 58.62) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ระหว่าง 65 - 69 ปี (ร้อยละ 26.18 - 29.56) และอายุระหว่าง 70 - 74 ปี (ร้อยละ 9.61-14.86) โดยสัดส่วนของกำลังแรงงานที่อายุ 70 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) พบว่าอัตราการเข้าสู่แรงงานของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่การทำงานจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อาชีพที่ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 65.2 นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานสูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 76.4 ภาคเหนือเป็นภาคที่มีแรงงานสูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 29.05 ขณะที่กรุงเทพมหานครเป็นชุมชนเมือง ทำให้แรงงานสูงอายุได้รับการเกื้อกูลจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชนน้อยมาก เนื่องจากสังคมเป็นแบบต่างคนต่างอยู่แต่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนแรงงานสูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 8.74 รายได้จากการทำงานต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำเฉลี่ย (4,607.70 บาทต่อเดือน) และมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 41.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ความต้องการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการจากโรงพยาบาลของรัฐและศูนย์อนามัยในชุมชนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพราะใช้สิทธิจากบัตรทอง และมีความพึงพอใจในสวัสดิการที่จัดให้ แต่ต้องใช้เวลาในการรอคิวการรักษาานานยกเว้นภาคเหนือที่มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยถึง 59.2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด (48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ความต้องการด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในเรื่อง

สวัสดิการการรักษาพยาบาล โดยใช้บัตรทอง แต่ไม่สะดวกในด้านการเดินทาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังต้องทำงาน

ลักษณะการทำงานของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครสามารถแบ่งได้สองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ประกอบอาชีพอยู่แล้วแต่ต้องทำงานต่อ เนื่องจากเศรษฐกิจไม่ดี และมีครอบครัวต้องดูแล ทำให้รายได้ไม่พอกับรายจ่าย ส่วนอีกกลุ่มเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประจำ และมีความมั่นคงทางการเงิน เช่น ข้าราชการบำนาญ แต่ยังช่วยงานบ้านและเลี้ยงหลาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) แรงงานสูงอายุกรุงเทพมหานครมี รายได้ และชั่วโมงการทำงานที่ต่างจากข้อมูลประเทศนั้นคือ ได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าอัตราค่าจ้างเฉลี่ยขั้นต่ำ และมีชั่วโมงการทำงานสูงถึง 50.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนในด้านระดับการศึกษา อายุ และสถานภาพสมรสไม่แตกต่างกัน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550)

ในปัจจุบันแรงงานสูงอายุสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท (ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล, 2548) ดังนี้

3.1.1 แรงงานในระบบ (Formal Sector)

มีการให้คำจำกัดความของ “แรงงานในระบบ” ว่า หมายถึง แรงงานที่ทำงานในระบบการจ้างงานที่มีรายได้ประจำ มีเงินเดือนที่แน่นอน หรืออาจจะเรียกว่าเป็น “มนุษย์เงินเดือน” ก็ได้ และที่สำคัญที่สุดคือแรงงานในระบบจะได้รับการคุ้มครองสวัสดิการต่างๆ ตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้แรงงานในระบบยังมีโอกาสที่จะก้าวหน้าในชีวิตการทำงานและได้รับสิทธิคุ้มครองจากการประกันสังคม การประกันสุขภาพ และประกันสุขภาพ

3.1.2 แรงงานนอกระบบ (Informal Sector)

สำหรับคำจำกัดความของ “แรงงานนอกระบบ” หมายถึง แรงงานที่ทำงานอิสระ หรือเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบการประกันสังคม ได้แก่

- คนงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา (Part-Time Worker)
- คนงานที่รับงานไปทำที่บ้าน (Home-Base Worker)
- คนงานที่ทำงานแบบเหมาช่วง (Sub-Contract Worker)
- คนงานที่ทำงานระยะสั้น (Short-Time Worker)

จำแนกประเภทของแรงงานนอกระบบได้ 2 กลุ่ม (ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล, 2548) ดังนี้

3.1.2.1 กลุ่มที่ทำงานรับจ้าง และมีเงินเดือนประจำ ได้แก่

- แรงงานที่รับจ้างเองไปทำที่บ้าน
- แรงงานรับจ้างทำของ

- แรงงานรับจ้างทำการเกษตร ตามฤดูกาล
- แรงงานประมง
- คนรับใช้ และคนทำงานบ้าน
- คนขับรถ (ส่วนตัวตามบ้าน)

3.1.2.2 กลุ่มที่ทำอาชีพอิสระทั่วไป ได้แก่

- คนขับรถรับจ้าง
- เกษตรกร ชาวนา ชาวสวน
- แม่ค้าหาบเร่ แผงลอย
- ช่างเสริมสวย ช่างตัดผม
- เจ้าของร้านขายของชำขนาดเล็ก เป็นต้น

ซึ่งในกรณีของแรงงานนอกระบบได้มีการจัดกลุ่มไว้หลายรูปแบบดังต่อไปนี้

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (ILO) ได้ศึกษากรณีประเทศเคนยาและได้จัดแบ่งลักษณะของแรงงานนอกระบบไว้ 3 ด้าน (ILO – Kenya. 1972: 6, Broomley and Gerry, 1979: 5-15 and Tuner, 1978: 1143 อ้างใน วิชญญา บำรุงชล, 2541) ดังนี้

- แรงงานหรือการจ้างงานมีลักษณะเป็นงานที่ไม่มี ความมั่นคง ค่าแรงต่ำ ไม่ได้รับการคุ้มครองและการรับรองตามกฎหมาย
- กิจกรรมมีลักษณะที่สะท้อนให้เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบทางธุรกิจไม่เป็นแบบแผน
- สถานประกอบการหรือที่อยู่อาศัยมีลักษณะเป็นสิ่งก่อสร้างที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีระเบียบ หลีกเลี่ยงการควบคุมจากกฎหมาย

สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน (2551) ระบุว่าแรงงานนอกระบบประกอบด้วย 10 กลุ่มอาชีพ ดังนี้ (1) กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน (2) กลุ่มผู้ขับรถรับจ้าง (3) กลุ่มเกษตรพันธสัญญา (4) กลุ่มแรงงานรับจ้างทางการเกษตร (5) กลุ่มหาบเร่แผงลอย (6) กลุ่มคนทำงานภาคบริการ (7) กลุ่มคนคู่ชีพ (8) กลุ่มคนซื้อขายของเก่า (9) กลุ่มคนทำงานบ้าน (10) กลุ่มแรงงานรับจ้างทั่วไป

ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล (2548) ระบุว่าแรงงานนอกระบบ หมายถึง แรงงานที่ทำงานอิสระ หรือเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบการประกันสังคม ได้แก่ คนงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา (Part-Time Worker) คนงานที่รับงานไปทำที่บ้าน (Home-Base Worker) คนงาน

ที่ทำงานแบบเหมาช่วง (Sub-Contract Worker) และคนงานที่ทำงานระยะสั้น (Short-Time Worker) ที่ทำงานอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

โสภา อ่อนโอภาสและนุชนาฏ ยูฮันเงาะ (2544) ระบุว่าแรงงานนอกระบบ หมายถึง กิจกรรมทางเศรษฐกิจที่มีการดำเนินงานอย่างไม่เป็นระเบียบแบบแผนทำให้ยากแก่การตรวจสอบ มักเป็นกิจกรรมในครัวเรือน ใช้แรงงานคนมาก และใช้เทคโนโลยีพื้นบ้าน เป็นต้น

ประชุม สุวัตติ (Prachoom Suwattee, 1984 อ้างใน พรหมทิพย์ เพชรมาก และ กัญฉิกา อังสุชนสมบัติ, 2533) ระบุว่าแรงงานนอกระบบควรพิจารณาจาก

- ลักษณะส่วนบุคคล คือ การว่าจ้างไม่ได้รับการคุ้มครองแรงงานได้ ค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ ใช้ทักษะน้อย
- ลักษณะครัวเรือน ส่วนใหญ่ยากจน อาศัยในชุมชนแออัด แต่คำว่า Urban Poor มีความหมายแคบกว่า Informal sector
- การลงทุนเป็นการลงทุนย่อยๆในการผลิตใช้คนต่ำกว่า 10 คน ใช้ทุนน้อย ทักษะน้อย แรงงานมาก

ในการศึกษานี้แรงงานนอกระบบ มีลักษณะการจ้างงานที่ไม่ได้รับการคุ้มครองแรงงาน ในระบบการประกันสังคม ได้ค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ ใช้ทักษะน้อย ใน 10 กลุ่มอาชีพ (สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน, 2551)

ส่วนในแผนพัฒนาแรงงาน พ.ศ. 2551 ยึดหลัก “คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา” และ “แรงงานมีผลิตภาพสูง มีความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ แรงงานผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการดูแล ช่วยเหลือและพัฒนา โดย แรงงานผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมและพัฒนาทักษะให้สามารถประกอบอาชีพได้เหมาะสมกับวัยและมีรายได้ รวมทั้งการขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนแรงงานนอกระบบจะได้รับการจัดระบบและการดูแลสิทธิต่างๆ เทียบเท่ากับผู้ที่อยู่ในระบบ นอกจากนี้ยังมีคนในกลุ่มอื่นที่ได้รับการพัฒนาไปพร้อมกันได้แก่ ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ผู้ที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการ ผู้ที่อยู่ในระบบกองทุนประกันสังคม แรงงานไทยที่เดินทางไปทำงานต่างประเทศ แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย แรงงานผู้พิการ และ ผู้ที่เป็นข้าราชการ (กระทรวงแรงงาน, 2551)

4. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พาแลง (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมต่างๆที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกวัยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตและความปรารถนาของบุคคล อีกทั้งคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ของบุคคลด้วย กิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการเพียงพอ กิจกรรมต่างๆที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541) ได้ให้ความหมาย การส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

เพนเดอร์, เมอร์ดอจซ์และ พาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคน กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีและมีความสุขในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) การออกกำลังกาย (Physical activity) โภชนาการ (Nutrition) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (Stress management)

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993 อ้างใน อติญาณ์ ศรีเกษตริณและคณะ, 2547) กล่าวว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างมีเหตุผลทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ เพื่อสร้างเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

สำหรับการศึกษาครั้งนี้เลือกแนวคิดพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002) ซึ่งเป็นแนวคิดพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. บุคคลจะพยายามปรับเปลี่ยนในการดำรงชีวิตให้เอื้ออำนวยให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์
2. บุคคลมีความตระหนักรู้ในตนเองและมีความสามารถในการประเมินศักยภาพตนเอง
3. บุคคลเห็นคุณค่าของการพัฒนาในทางบวก และพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลและคงที่
4. บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้
5. บุคคลประกอบด้วยชีวะ จิต สังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม รวมถึงปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับตนเอง

6. บุคลากรที่มีสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมในระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

7. แบบแผนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002) ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)
2. การออกกำลังกาย (Physical activity)
3. โภชนาการ (Nutrition)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth)
6. การจัดการกับความเครียด (Stress management)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุ มีความสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้ตนมีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพ เพื่อรับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการขอคำปรึกษา คำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ (Walker, Secrist & Pender, 1987 อ้างใน เย็นฤดี แสงเพชร, 2550) จากการศึกษาของวรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับต่ำผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคย การตรวจสุขภาพประจำปี และผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60 – 69 ปี มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมในระดับดี เนื่องจากเป็นวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่ว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60 – 69 ปี มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุร้อยละ 44 มีโรคประจำตัวจึงเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง แต่การศึกษาของน้ำเพชร

หล่อตระกูด (2543) พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับสูง

การออกกำลังกาย (Physical activity) เป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและการทำงานของปอด รวมถึงช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมและทำประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) เป็นการเตรียมพร้อมร่างกายให้พร้อมออกกำลังกาย การออกกำลังกาย (Exercise) ต้องเลือกรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน การผ่อนคลาย (Cool down) หลังการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายปรับเข้าสู่ภาวะปกติ จากการศึกษาของปราณี ทองพิลา (2542) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมในระดับดี เช่นเดียวกับการ ศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) และสมหมาย วงษ์กระสัน (2543) โดยการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุนิยมมากที่สุดคือ การรำมวยจีนแบบไทเก๊ก สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป และ 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุเห็นว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับดี และต้องการออกกำลังกายด้วยการทำงาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุมีการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ (Walker, Secsrist & Pender, 1987 อังนิน เย็นฤดี แสงเพชร, 2550) กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้ให้คำแนะนำว่าในหนึ่งวันผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารวันละ 1,600 กิโลแคลอรี ให้หลากหลายครบทั้ง 5 หมู่ และพอดีกับความต้องการของร่างกาย จากข้อมูลการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) และปราณี ทองพิลา (2542) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี มีการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ และมีคุณค่าอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมหมาย วงษ์กระสัน (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ อาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ขอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งการศึกษาของปราณี ทองพิลา (2542) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการ

สร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับดี เนื่องจากยังอยู่กับแบบครอบครัวใหญ่ มีบุตรหลานให้การดูแลร้อยละ 65 สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่ว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับดีมาก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าตนเองได้รับและให้ความรัก ความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่นเป็นประจำ และผู้สูงอายุมีความต้องการติดต่อทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพของตน ด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม ค้นหาจุดหมายและความสำเร็จในชีวิต พฤติกรรมแสดงออกถึงการมีความเชื่อ ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender, 1996 อ้างใน ชลธิชา จันทศิริ, 2549) ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีความสงบและความพึงพอใจในชีวิต มีการพัฒนาทางอารมณ์และยอมรับตนเองได้ ในการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) และ ปราณิ ทองพิลา (2542) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณในระดับดีมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและพยายามดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี มีการพัฒนาทางอารมณ์และสติปัญญาเพื่อทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและการยอมรับในตนเอง

การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสม ถึงวิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การพักผ่อน การนอนหลับ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ได้เสนอวิธีควบคุมและจัดการความเครียด ไว้ 3 วิธี ดังนี้ (1)ลดความถี่สิ่งเร้าที่มากกระตุ้น เช่น การเปลี่ยนสภาพแวดล้อม (2) การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด เช่น การออกกำลังกาย (3) สร้างสถานการณ์ที่ต้านทานต่อสิ่งเร้าทางร่างกาย เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลายช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย จากการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) และ ปราณิ ทองพิลา (2542) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านโลกผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย จึงมีประสบการณ์ที่สามารถนำมาดำเนินชีวิตในทางที่เหมาะสม อีกทั้งผู้สูงอายุยังมองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข พยายามหลีกเลี่ยงการมีปากเสียงกับบุคคลอื่น อีกทั้งยังมองโลกในแง่ดี การจัดการความเครียดจะทำให้รู้สึกไม่ถูกใจและจะแก้ปัญหาโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ (สมหมาย วงษ์กระสัน, 2543)

5. แนวคิด PRECEDE – PROCEED Model

เป็นกรอบแนวคิดที่เสนอโดย กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย

แนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวิจัยปัญหาเรียกว่า PRECEDE และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผนเพื่อนำสู่การดำเนินงานและการประเมินผล เรียกว่า PROCEED การใช้ PRECEDE – PROCEED Model เพื่อการวางแผนและประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ มีวิธีการศึกษาเป็นขั้นตอนโดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น (Outputs) คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือการมีสุขภาพดี แล้วพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขั้นตอนการวินิจฉัยต่างๆ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนได้แก่

PRECEDE ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์เพื่อระบุปัจจัยและประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life: Q O L) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) ซึ่งตัวชี้วัดปัญหาสังคมมีหลายตัวชี้วัด เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการว่างงาน ปัญหาสวัสดิการสังคม เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคม และคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่มะเร็งด้านสุขภาพ ตามที่ได้กำหนดไว้ในระยะที่ 1 ตัวชี้วัดระยะนี้ได้แก่ สถิติชีพ อัตราป่วย อัตราเกิด อัตราตาย อัตราความพิการ เป็นต้น

การวินิจฉัยในระยะที่ 1-2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการด้วย

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

เป็นการพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพ และ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะที่ 2 แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่ง

สำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญ ของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็น พฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นๆ การวินิจฉัยพฤติกรรม จะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา (Education and organizational Diagnosis)

ระยะนี้เป็นการบ่งชี้สาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง และจะเป็น ญุแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิด พฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ซึ่งจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและทางลบต่อพฤติกรรม

ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและ ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยนำประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การ รับรู้ ทักษะ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ความพึงพอใจของบุคคล และประสบการณ์ตั้งแต่ วัยเด็ก นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาด ครอบครัว และ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ

ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้มากขึ้น อาจเป็นบุคคล สิ่งอำนวยความสะดวก ทรัพยากรในชุมชน หรือหลักประกันทางด้านสุขภาพ กฎหมายตลอดจนความสามารถที่จะใช้แหล่ง ทรัพยากรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ เวลา ราคา ระยะทาง การหาได้และใช้เป็นประโยชน์ (Available) สามารถที่จะกระทำได้ (Affordability) และ สามารถเข้าถึงได้ (Accessibility)

ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) หมายถึง รางวัล หรือ ผลตอบแทนที่ บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นหลังจากที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ซึ่ง อาจเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่ พึงพอใจต่อพฤติกรรมนั้น อีกทั้งพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยนี้สร้างวิถีการดำเนินชีวิต (ในรูปแบบของ พฤติกรรมที่ยั่งยืน) ซึ่งมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมโดยค้ำึงถึง การสนับสนุนตามนโยบาย ได้แก่ การ ดูแลเอาใจใส่ การกระตุ้นเตือนจากแกนนำชุมชน เพื่อน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการของผู้รับบริการ หรือกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้น

ระยะที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

เป็นในระยะที่ วินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กร ซึ่งจะต้อง ระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่างๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร : เช่นการวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

การวินิจฉัยนโยบาย : เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ (Implementation)

ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

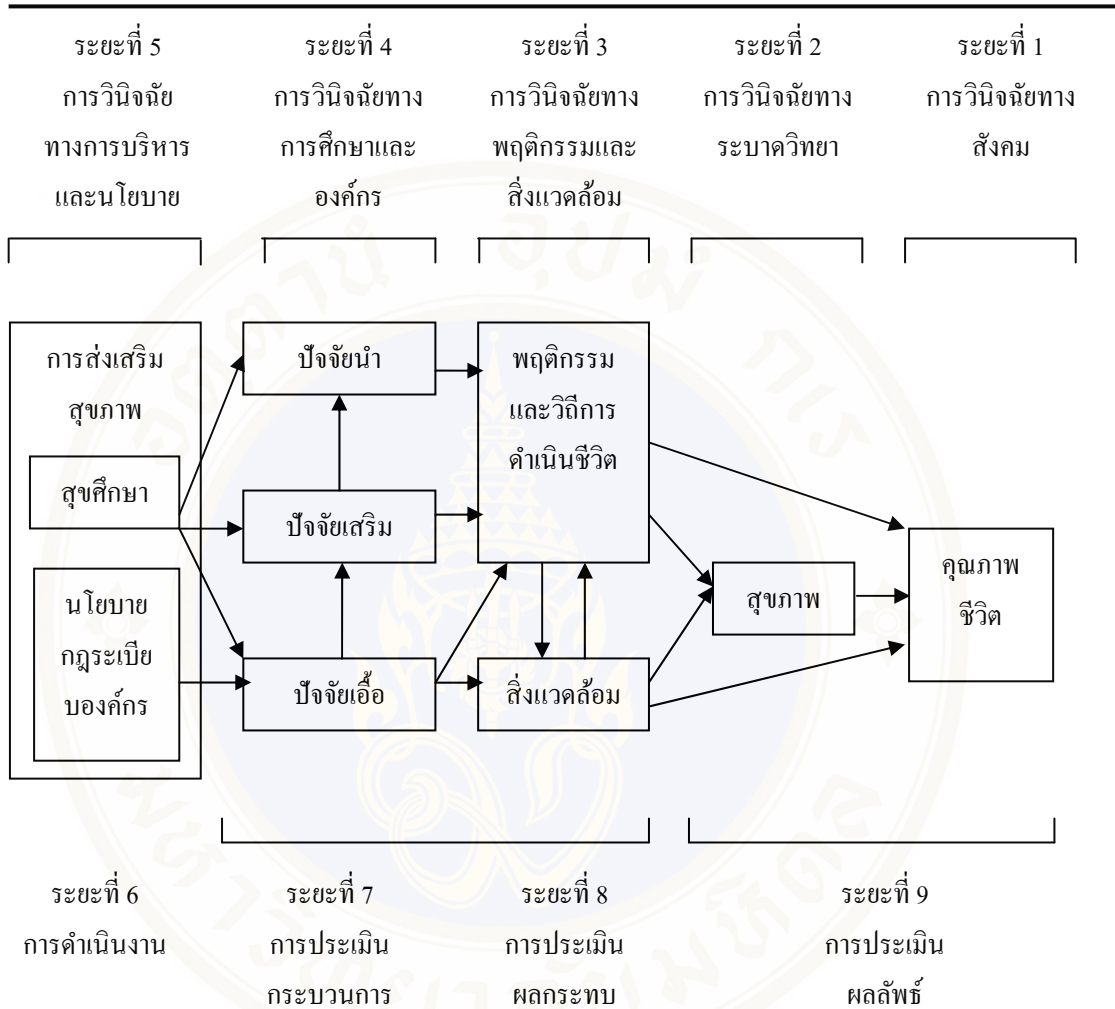
เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (predisposing, enabling ,and reinforcing factors)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย (Out-come Evaluation)

เป็นการประเมินผลรวมยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปีๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้

กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ได้ระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยคาดหวังว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยเอื้อแล้วจะเกิดการจูงใจ และส่งผลกระทบต่อปัจจัยนำ โดยเมื่อบุคคลได้รับรางวัลและพอใจในผลของการกระทำพฤติกรรมแล้ว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้และเกิดเป็นแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป (แผนภาพที่ 2) ในการศึกษาวิจัยได้นำการวินิจฉัยใน ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรม และ สิ่งแวดล้อม ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา เกี่ยวกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของแบบจำลอง PRECEDE Model เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย

PRECEDE: การวินิจฉัยปัญหา



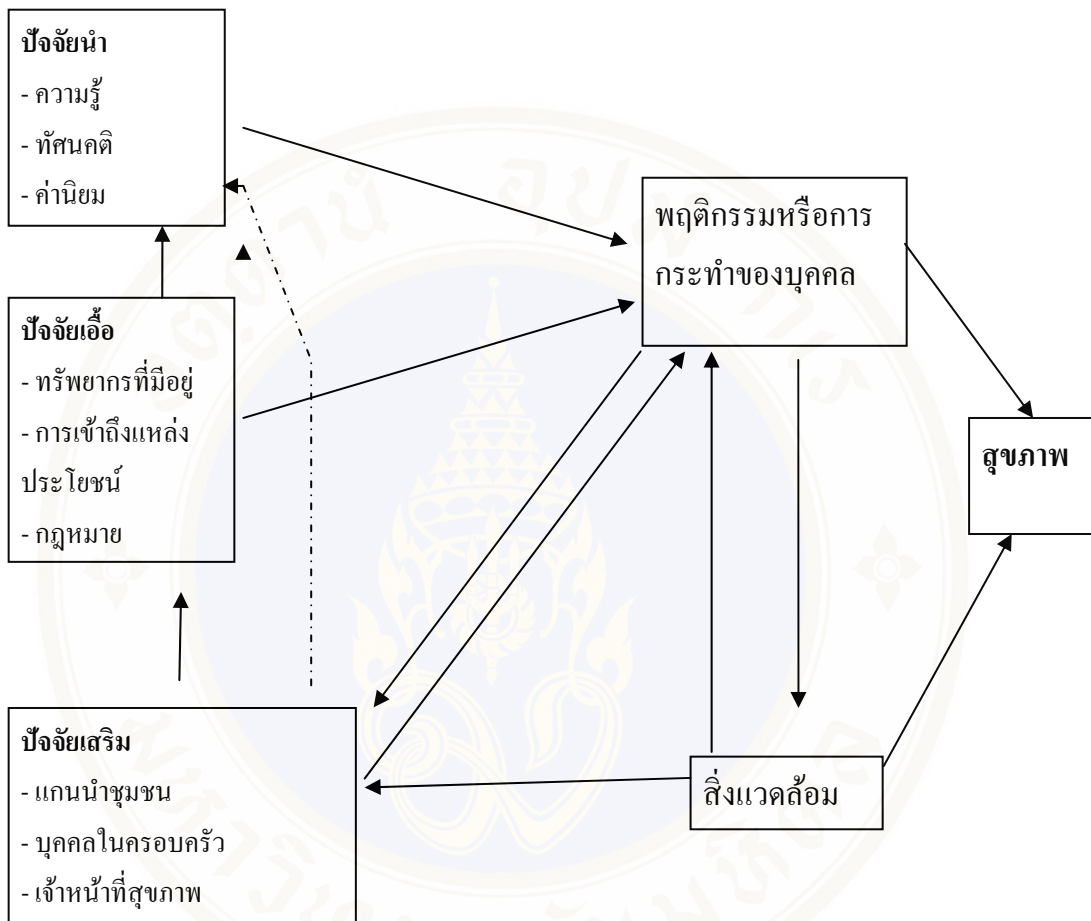
PROCEED : การดำเนินงานและการประเมินผล

แผนภูมิที่ 2.2 แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model

ที่มา : Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). **Health promotion planning: An educational and ecological approach. (3rd ed).** Mountain View, California: Mayfield:152.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพนั้นมีหลากหลาย และต่างมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยการสร้างเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม และการชี้แนะที่มุ่งสู่การปรับเปลี่ยนปัจจัย ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นจะช่วยเสริมสร้างสภาพความเป็นอยู่ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ตามแนวคิดของกรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ประการ คือ ปังจ้ยนำ ปังจ้ยเอื้อ ปังจ้ยเสริม (แผนภาพที่ 2.3)



แผนภูมิที่ 2.3 ความสัมพันธ์ ของ 3 กลุ่มปังจ้ยที่มีผลต่อพฤติกรรม

ที่มา : Green, L. W., & Krueter, M. W. (1999). **Health promotion planning an education and ecological approach. (3rd ed.)**. California: Mayfield: 155.

ในครั้งนีตัวแปรตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย โดยแบ่งตามตัวแปร ดังนี้

ปังจ้ยด้านคุณลักษณะประชากร เป็นปังจ้ยที่เป็นลักษณะเฉพาะของประชากรที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย

1. อายุ เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลในเรื่องพัฒนาการ วุฒิภาวะและความสามารถ ซึ่งผานิต อินเจริญศักดิ์ (2541) และไพจิตร ลือสกุลทอง (2546) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายก็เพิ่มขึ้น มีความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการปฏิบัติ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพลดลงและมีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของบุตษรนา นาคลำภา (2546) พบว่า ผู้ที่อายุ 60-65 ปี มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีอายุ 78 ปีขึ้นไปมีความรู้ เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542), วรรณิ ชัชวาลทิพากรและ คณะ (2543), ภราดา บุราณสาร (2546) และ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก แต่ สุทธิพันธ์ จิตต์กานูโสภณ (2543) กล่าวว่าอายุที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุไม่ทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แตกต่างกัน ลูกจ้างสูงอายุส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-64 ปีและผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปีมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะลดลงในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550)

2. เพศ เป็นสิ่งที่แสดงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคลเป็นตัวกำหนดความสามารถ และการแสดงพฤติกรรม ซึ่งศดใส ศรีสะอาด (2540) พบว่าเพศต่างกันจะมี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกันและเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศ ชายเนื่องจากเพศชายมุ่งความสนใจไปในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุตษรนา นาคลำภา (2546) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าเพศ ชาย ส่วนการศึกษาของสุทธิพันธ์ จิตต์กานูโสภณ (2543) และ ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่าเพศ หญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อีกทั้งสัดส่วนการทำงานของผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.74 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 43.12 ในปี 2549 (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549 และ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550)

3. อาชีพ เป็นการประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ ที่จะทำให้เกิด ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และเป็นปัจจัย หนึ่งที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เช่น การแสวงหา อาหาร เครื่องนุ่งห่ม การบริการสุขภาพ เป็นต้น จากการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีของนิรมล

อินทฤทธิ์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน และ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จะรู้สึกไม่มีความมั่นคงในชีวิต สูญเสียบทบาทหน้าที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชัยนาทของ วรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลังอายุ 60 ปี ในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนทำไร่ ทำนาและรับจ้างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่า กลุ่มที่เคยเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ทำงาน

4. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งผา นิต อินเจริญศักดิ์ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเงินจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการต่างๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอรชร โวทวี (2548) ที่พบว่ารายได้และความพอเพียงของรายได้ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองร้อยละ 80 อาศัยอยู่กับบุตรหลานรายได้ส่วนใหญ่จึงมาจากบุตรหลานส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน(นภาพร ชโยวรรณ, 2548) เช่นเดียวกับ สุทธินันท์ จิตต์ภานุโสภณ (2543), ภราดา บุราณสาร (2546) และ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5. การศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนมีสุขภาพดีมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจากการศึกษาของสดีโส ศรีสะอาด (2540) และอรชร โวทวี (2548) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของภราดา บุราณสาร (2546), บุตษรา นาคคำภา (2546), ชลธิชา จันทศิริ (2549) และ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) พบว่า การศึกษาที่ต่างกันไม่ทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างกัน เนื่องจากความเจริญทางเทคโนโลยีและการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขคอยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร รวมถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 70.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) และ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน, 2550)

6. สถานภาพสมรส เป็นสิ่งบ่งชี้สถานะของระบบครอบครัวและเป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคม ซึ่งการศึกษาของสดีโส ศรีสะอาด (2540), ภราดา บุราณสาร (2546), ชลธิชา จันทศิริ (2549) และ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) พบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกันไม่ทำให้

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่างกัน ส่วนการศึกษาของบุตษรา นาคลำภา (2546), ไพจิตร ล้อสกุลทองและคณะ (2546) และนิรมล อินทฤทธิ์ (2547) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น เนื่องจากจากการขาดคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่ปรึกษา ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ทำให้ไม่สนใจต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต การศึกษาของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน (2550) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ร้อยละ 65 เป็นผู้สมรสแล้วและยังอยู่กับคู่สมรส เนื่องจากมีภาระในการเลี้ยงดูครอบครัว ในภาคที่ไม่ใช่เกษตรกรรมพบว่าผู้สูงอายุมีส่วนสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า แยกสูงกว่าภาคเกษตรกรรม และผู้ที่มีการศึกษาสูงและอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 95 จะทำงานที่ไม่ใช่ภาคเกษตรกรรม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541 และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือเกิดจากประสบการณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากการที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีและถูกต้อง ย่อมมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ ถูกต้องเช่นกัน ซึ่งกรีนและคณะ (Green et al. 1980 อ้าง ใน บุตษรา นาคลำภา, 2546) ได้กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ในการส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ เพียงปัจจัยเดียว ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป แม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก็ตาม จากการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนการศึกษาของ บุตษรา นาคลำภา (2546) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุ โดยความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ (เย็นฤดี แสงเพชร, 2550)

2. ความเชื่อ ทศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่เกิดจากการถ่ายทอดมาจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือจากบรรพบุรุษ ที่ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ เป็น

การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการเกิดโรค รวมถึงเพื่อลดความรุนแรงของโรคด้วย ซึ่งเลวิน (Lewin 1951 quoted in Rosenstock, 1974 อ้างใน บุตชรา นาคลำภา, 2546) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้การเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพึงพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีกับตน และจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา จากการศึกษาของ บุตชรา นาคลำภา (2546) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย แต่จากการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุ

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และเป็นการรับรู้อย่างหนึ่งของบุคคล ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งการศึกษาของ ภราดา บุราณสาร (2546) และชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สดใส ศรีสะอาด (2540) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุ เนื่องจากแรงงานชายสูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์เช่นเดียวกับบุคคลวัยเดียวกัน ส่วน อรชร โวทวี (2548) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวในภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้

4. ลักษณะงาน เป็นการบ่งบอกถึงรูปแบบการทำงาน และ ชั่วโมงในการทำงานของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2549 พบว่า ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของผู้สูงอายุลดลงจาก 50-59 ชั่วโมง เป็น 40-49 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่ในปี พ.ศ. 2550 มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 50.1 ชั่วโมง (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550) ซึ่งการมีชั่วโมงในการทำงานสูงจะส่งผลให้ความสนใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง เนื่องจากความเสื่อมตามวัย และความเมื่อยล้าจากการทำงาน การศึกษาของ สุรินทร กลัมพากร (2545) พบว่า การทำงานเป็นเวลานานเฉลี่ย วันละ 1-18 ชั่วโมง 6-7 วันต่อสัปดาห์ ประกอบกับไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันและไม่มีความรู้เพียงพอที่จะป้องกันตนเอง ทำให้มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการทำงานและการขาดสวัสดิการและการคุ้มครองทางกฎหมาย ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และตำแหน่งงานและระยะเวลาการทำงานต่อวันของแรงงานชายสูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากตำแหน่งงานและระยะเวลาการทำงานต่อวันของแรงงานชายสูงอายุมีจำนวนใกล้เคียงกัน (เย็นฤดี แสงเพชร, 2550)

ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายและสะดวก ประกอบด้วย

1. การเข้าถึง และ ความสะดวกในการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่ง มิลิโอ (Milio n.d. quoted in Green et al. 1980 อ้างใน บุตธรา นาคลำภา, 2546) กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอาจถูกจำกัด หากบุคคลไม่สามารถเข้าถึงบริการของแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีอยู่ได้ จากการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) และ สุมิตรา สิ้นธิ์ศิริมานะ (2546) พบว่า ผู้สูงอายุเข้าสู่บริการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชมรมผู้สูงอายุเป็นสื่อกลางในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้เกิดการป้องกันหรือสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีสังคมเป็นของตนเอง โดยความสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพจะเริ่มเมื่อตนเองเริ่มเจ็บป่วยและอายุมากขึ้น และการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากการเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการสุขภาพ สะดวกและใช้เวลาไม่นาน โดยผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ (ภราดา บราณสาร, 2546 และ ปัทมาวดี บุพศิริ, 2547) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ บุตธรา นาค ลำภา (2546) ที่พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสร้างเสริมสุขภาพไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุร้อยละ 75.7 มีการเข้าถึงสถานที่เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง แต่การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพในระดับน้อย อาจได้รับคำแนะนำ และข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ จากสมาชิกในครอบครัวหรือจากบุคคลภายนอก ทำให้การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน แต่พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และ คณะ (2547) พบว่าการเข้าถึงบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากหน่วยงานที่ให้บริการทางสุขภาพมีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง ความสะดวกในการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแรงงานชายสูงอายุ (เย็นฤดี แสงเพชร, 2550)

2. นโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จากการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพ ตั้งแต่วาระแห่งชาติเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) มาถึงการสร้างเสริมสุขภาพแบบเชิงรุกในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อลดหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพเดิม และ สร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สร้างเสริมความภาคภูมิใจ การรู้สึกมีคุณค่า และศักดิ์ศรีในตนเองของผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) เป็นเหตุให้ทุกพื้นที่ที่มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ ประกอบกับมีแผนผู้สูงอายุระยะยาว

แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 - 2564 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) และ แผนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (2545-2564) ที่มีนโยบายด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ในเรื่อง การส่งเสริมความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น การทำงานและหารายได้ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย ซึ่งหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดำเนินงานตามนโยบายนี้คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) พบว่า นโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุ เนื่องจากแรงงานชายสูงอายุไม่ได้รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

3. สถานที่/ อุปกรณ์ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบบริการสุขภาพให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ซึ่งช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ ในการเลือกใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และ โรคที่ตนเองเป็นอยู่ อีกทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ต้องเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ จากการศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) และ ภราดา บราณสาร (2546) พบว่า การเข้าถึงสถานที่และสถานบริการต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการมีสถานที่/อุปกรณ์ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแรงงานชายสูงอายุ (เย็นฤดี แสงเพชร, 2550)

ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น หลังจากได้แสดงพฤติกรรมหนึ่งๆไปแล้ว อาจมีผลทั้งสนับสนุนหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วย

1. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความซับซ้อนและความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกต่อกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาความเครียดได้ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจตลอด จนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ แนวคิดของเฮาส์ (House and Kahn, 1985: 201) มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) การ

สนับสนุนด้าน การประเมินคุณค่า (Appraisal support) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคล ในระบบสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านจิต อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Pender, 1987 อ้างใน ปัทมาวดี บุพลีรี, 2547) ในการศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพมาจาก เพื่อน บุคคลในครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจากการศึกษาของ บุศยรา นาคคำภา (2546) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งรายด้านและโดยรวม แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลนอกครอบครัว เช่น บุคลากรทางการแพทย์ หรือ สาธารณสุข และเพื่อนำชุมชน ส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และ ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ยกเว้น ระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลทั้งในและนอกร้อมครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่าในกลุ่มเดียวกัน ส่วนการศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลทั้งในและนอกร้อมครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลทั้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแรงงานชายสูงอายุ (เย็นฤดี แสงเพชร, 2550)

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ เป็นการได้รับข้อมูล คำแนะนำ ข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือกหรือ แนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา จากการศึกษาของ สดใส ศรีสะอาด (2540) พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุ แต่การศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริณและคณะ (2547) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ นั่นคือแม้ว่าบุคคลจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใด แหล่งเดียวหรือหลายแหล่ง ก็ตาม แต่โดยรวมทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่แตกต่างกัน และ ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆมาก จะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากด้วย (ภราดา บุราณสาร, 2546) ส่วนการศึกษาของ ปัทมาวดี บุพลีรี (2547) พบว่า

ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มเพื่อนบ้าน และ บุคลากรสาธารณสุข

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้าน ปัจจัยลักษณะประชากร พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานของร่างกายและความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานนั้นคืออายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในการทำงานลดลง อีกทั้งมีผลต่อการเพิ่มการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงานด้วยและ ความแตกต่างทางด้านนิสัยในกิจวัตรประจำวันก็มีผลอย่างมากต่อความสามารถในการทำงาน (Prachoom & Suwanlee, 1980 พรรณทิพย์ เพชรมาก และ กัณณิกา อังสุชนสมบัติ, 2533 และ Kenny, Yardley, Martineau & Jay, 2008) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ลักษณะงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึง และ ความสะดวกในการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ นโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สถานที่/อุปกรณ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก เพื่อนำชุมชน เพื่อน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ พบว่า ความแตกต่างในแต่ละปัจจัยมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และอาจมีความแตกต่างมากขึ้นในกลุ่มที่ยังคงทำงานอยู่ เนื่องจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เช่น ชั่วโมงในการทำงาน ประเภทของอาชีพ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานและการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ สภาพแวดล้อม และวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่และเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนประจำรวมถึงไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ยังไม่มีผลการศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและยังไม่ทราบว่าพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบแตกต่างจากพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วไปอย่างไร

6. บทบาทพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลแรงงานในชุมชน

โรงพยาบาล (HA, และ TQA) การพยาบาลอาชีวอนามัยในชุมชนในสถานประกอบการมีบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัย นับเป็นบุคลากรประเภทหนึ่งที่มีความสำคัญมากที่จะสามารถดำเนินงานอาชีวอนามัย เพื่อให้ประชากรคงไว้ซึ่งการจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยของผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการนับว่ามีความสำคัญมาก ซึ่งเจ้าของสถานประกอบการจะต้องดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงาน โดยจะต้องจัดให้มีบริการ ดังนี้

6.1 การบริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น

- 6.1.1 การตรวจสุขภาพคนงาน ทั้งก่อนบรรจุเข้าทำงาน ภายหลังจากบรรจุเข้าทำงาน และเมื่อเปลี่ยนงานใหม่หรือออกจากงาน
- 6.1.2 การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพแก่ลูกจ้าง นายจ้าง และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 6.1.3 การจัดให้ผู้ปฏิบัติงานสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลเมื่อปฏิบัติงาน
- 6.1.4 จัดให้มีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะงานที่เสี่ยงต่ออันตราย เพื่อลดระยะเวลาในการได้รับสารพิษหรือสิ่งที่เป็นพิษให้น้อยลง
- 6.1.5 จัดให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในเรื่องเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น ห้องอาบน้ำ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น
- 6.1.6 จัดให้มีบริการรักษาพยาบาลเมื่อลูกจ้างเจ็บป่วย
- 6.1.7 จัดให้มีระบบรายงานโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพหรือเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน
- 6.1.8 จัดให้มีสวัสดิการต่างๆ เช่น การประกันความเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ การประกันอุบัติเหตุ การจัดบริการรถรับส่ง เป็นต้น
- 6.1.9 จัดให้มีการออกระเบียบข้อบังคับ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตาม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งของตัวผู้ปฏิบัติและเพื่อนร่วมงาน
- 6.1.10 ให้ความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 6.1.11 ให้ภูมิคุ้มกันโรคติดต่อทั่วไปแก่คนงาน
- 6.1.12 ให้การส่งเสริมโภชนาการแก่คนงาน

6.2 การบริการด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อเพื่อการรักษา การจัดบริการด้านรักษาพยาบาลโดยทั่วไปควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- 6.2.1 การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- 6.2.2 การรักษาพยาบาล
- 6.2.3 การจัดระบบส่งต่อ

6.3 การบริการด้านฟื้นฟูสภาพ แบ่งออกเป็น

- 6.3.1 การฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์
- 6.3.2 การฟื้นฟูสภาพทางด้านสังคม

6.3.3 การฟื้นฟูสภาพทางด้านอาชีพ

6.4 บริการตรวจพิเศษด้านอาชีวเวชศาสตร์ เป็นการตรวจหลายอย่าง จะต้องพิจารณาถึงประเภทและลักษณะของงานที่คนงานปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการตรวจระบบพิเศษนี้ประกอบด้วย

6.4.1 การทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด

6.4.2 การตรวจทางเอกซเรย์

6.4.3 การตรวจทางด้านชีวภาพ

6.4.4 การตรวจการสูญเสียการได้ยิน

6.5 การบันทึกระเบียบรายงานทางด้านการบริการสุขภาพอนามัย

6.5.1 บันทึกการเจ็บป่วยและการรักษาของคนงานแต่ละคน

6.5.2 บันทึกประจำวันทางด้านอุบัติเหตุดของคนงานการมีสุขภาพดีสามารถประกอบอาชีพได้อย่างปลอดภัยซึ่งกระทรวงแรงงานได้กำหนดหลักเกณฑ์เรื่องการจัดให้มีแพทย์และพยาบาลประจำสถานประกอบการไว้ว่าสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องมี พยาบาลไว้ประจำอย่างน้อย 1 คน ตลอดเวลาทำงานปกติไม่น้อยกว่าวันละ 8 ชม. โดยพยาบาลควรมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการการพยาบาลอาชีวอนามัยที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและป้องกัน อันตรายจากการทำงาน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาล จะต้องมีความรู้และมีความพร้อมอย่างมาก จึงจะสามารถดำเนินงานพยาบาลอาชีวอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนและจัดบริการโดยเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพพนักงาน ปรับปรุงแก้ไขการบริการและบริหารจัดการทางการพยาบาลอาชีวอนามัยให้ทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และคำนึงถึงประสิทธิ ภาพและประสิทธิผลของการจัดบริการ

เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิด้านการให้บริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งต้องปฏิบัติงานในเรื่องของ การป้องกัน การรักษาโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพให้กับประชากรทุกเพศ วัย และอาชีพ ที่พักอาศัยและประกอบอาชีพอยู่ในกรุงเทพมหานครให้มีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำ การศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบซึ่งเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในแผนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครซึ่งยังไม่มีข้อมูลในด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 ของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2

และแผนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครปี 2545-2564 ที่ว่าด้วยการส่งเสริมผู้สูงอายุ ในเรื่อง การส่งเสริมความรู้ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น การทำงานและหารายได้ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย และพันธกิจนี้ได้สอดคล้องกับปณิญาผู้สูงอายุไทย (พ.ศ. 2542) ข้อ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลัก ประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องใน และต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

คูมาชิโร (Kumarshiro, 2003) ศึกษาลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้สูงอายุ ในประเทศเกาหลี พบว่าลูกจ้างวัยสูงอายุ มีการเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม และหกล้ม สูงเป็นอันดับสองรองจากการบาดเจ็บของโรคที่สัมพันธ์กับงาน

คาร์บอน (Carbone., et.al, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับอาชีพและโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายในแรงงานสูงอายุประเทศอิตาลี ในคนงานชาย 7199 ราย พบว่า การเกิดโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายพบมากในคนงานที่ใช้แรงงาน คนงานท่าเรือ คนขับรถ ซึ่งมักเป็นโรคตั้งแต่ยังหนุ่มและเป็นมากขึ้นตามอายุ แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือรูปแบบเป็นแบบภาคตัดขวางทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่เกิดขึ้น

นอร์มานเนน (Naumanen P., 2006) ศึกษาเกี่ยวกับโครงการสร้างเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุในตอนเหนือของสาธารณรัฐ Karelia และประเทศฟินแลนด์ พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยแรกในการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการทำงานในแรงงานสูงอายุ ซึ่งสามารถทำให้แรงงานสูงอายุ มีการปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิต มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความรู้ มีการจัดระบบการทำงานส่วนบุคคล ทำให้บรรยากาศการทำงานดีขึ้น และเห็นคุณค่าของการเป็นผู้นำซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับสุขภาพของคนทำงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยให้การรับรองว่า กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพส่งผลให้แรงงานสูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ผลผลิตสูงขึ้น และเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

เฟลมมิง (Fleming., et.al, 2007) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชาวอเมริกันพบว่าแรงงานสูงอายุชาวอเมริกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีน้อยกว่าร้อยละ 4 และปัจจัยเรื่องอายุของแรงงาน วิธีการดำเนินชีวิตของชาวอเมริกัน และข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานกับผู้สูงอายุที่ทำงาน

เคนนี่ ยาร์ดลีย์ มาตินัวร์และ เจย์ (Kenny, Yardley, Martineau & Jay, 2008) ศึกษาความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุ (แรงงานสูงอายุ) พบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศจำนวนแรงงานสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ความต้องการแรงงานไม่ได้ลดลง และความสามารถของแรงงานก็ขึ้นอยู่กับอายุ ในผู้ที่อายุ 40-60 ปี มีการลดลงของการใช้ออกซิเจนของกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะในการทำงานลดลงร้อยละ 20 อีกทั้งมีผลต่อการเพิ่มการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงานด้วย ความแตกต่างทางด้านนิสัยในกิจวัตรประจำวันก็มีผลอย่างมากต่อความสามารถในการทำงาน การสนับสนุนเรื่องการจัดการและการจัดองค์กรทางด้านสุขภาพในสถานที่ทำงานเรื่องกิจกรรม และ ทำทางในการทำงานระหว่างเวลางานจะช่วยลดการบาดเจ็บจากการทำงานได้ นั่นคือ อายุมีความสัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานของร่างกาย และ ความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน แต่สามารถป้องกันได้หรือให้เกิดขึ้นที่ช้าที่สุดโดยฝึกเรื่องท่าทางการทำงาน และแรงงานสูงอายุจะสามารถทำงานได้ถ้าเขาดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ

โวโดพิฟว์ และ อรุณาธิราเกะ (Vodopivec & Arunatila ke, 2008) ศึกษาประชากรสูงอายุและตลาด แรงงานในศรีลังกา พบว่า ศรีลังกาอีก 50 ปีข้างหน้า การเติบโตของประชากรแรงงานจะลดลง และ หลังจากปี ค.ศ. 2030 จะไม่ขยายตัว จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุศรีลังกา ปี ค.ศ. 2006 พบว่า ผลจากการเกษียณจากงานทำให้มีแรงงานสูงอายุอยู่ในตลาดแรงงานจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ มีชั่วโมงทำงานที่ยาวนานได้รับค่าจ้างน้อยกว่าแรงงานที่อายุน้อย มีปัจจัยในตลาดแรงงานผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องคือ

- การทำแผนการเกษียณอายุตั้งแต่เริ่มจ้างงาน
- การจัดประเภทแรงงานสูงอายุ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ลูกจ้างรัฐกับลูกจ้างเอกชน บางรายต้องหยุดทำงานจากระบบก่อน 60 ปี และมาทำงานเป็นคนงานชั่วคราวหรือต้องทำงานจนตายจากความไม่เพียงพอของรายได้ ซึ่งสาเหตุที่ต้องหยุดงานอันดับแรกคือสร้างเสริมสุขภาพไม่ดี
- การทำงานล่วงเวลาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในระดัต้นๆ โดยเป็นแรงงานทั่วไปเป็นอาชีพที่ทำได้ในการจ้างงานผู้สูงอายุแต่ไม่ได้เป็นแรงงานชั่วคราวหรือเจ้าของกิจการ

การทบทวนงานวิจัยต่างประเทศพบว่า ประชากรผู้สูงอายุและตลาดแรงงานผู้สูงอายุขยายตัวอย่างรวดเร็ว และส่วนใหญ่อยู่ในแรงงานนอกระบบมีชั่วโมงทำงานที่ยาวนานได้รับค่าจ้างน้อย และผู้สูงอายุที่ทำงานมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุและโรคเรื้อรังจากการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ทำงาน และผู้สูงอายุที่ทำงานจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ด้อยกว่าร้อยละ 4 แสดงว่า อายุมีความสัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานของร่างกาย และความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน แต่สามารถป้องกันได้หรือให้เกิดขึ้นที่ช้าที่สุด โดยฝึกเรื่องท่าทางการทำงาน และดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

ประชุม สุวัตถิ และ สุวันลี พรหมพิศ 2523 (Prachoom Suwattee and Suwanlee Plampite, 1980) ศึกษาลักษณะการจ้างงานของเศรษฐกิจนอกระบบในกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนในเมืองใหญ่จากการสำรวจ ชุมชนแออัดและแฟลต จำนวน 1,000 ครัวเรือน มีรายได้และทำงานในเศรษฐกิจนอกระบบ อย่างน้อย 1 คน ต่อหนึ่งครัวเรือน ร้อยละ 71.8 ชั่วโมงการทำงาน ไม่นแน่นอนร้อยละ 33 มีรายได้ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำร้อยละ 32 และเป็นการจ้างงานด้วยตนเองร้อยละ 49

พรรณทิพย์ เพชรมาก และ กัญฉิกา อังสุชนสมบัติ (2533) ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงงานนอกระบบในชุมชนแออัด กับระบบเศรษฐกิจเมือง; ศึกษาเฉพาะกรณี อาชีพเก็บและรับซื้อ ของเก่าในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ที่มีอายุ 60 ปีอายุขึ้นไป ประกอบอาชีพนี้ร้อยละ 7.8 เนื่องจาก สุขภาพไม่แข็งแรง แต่ยังคงทำงานเลี้ยงครอบครัว ผู้หญิงทำงานนอกระบบร้อยละ 9.2 ส่วนใหญ่ ทำงานนอกระบบคือรับจ้างทำงานก่อสร้างมาก่อน โดยทำงานวันละ 7-9 ชั่วโมง

ศศิกันต์ เฟื่องพาศ (2541) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ หญิงอาชีพรับจ้างทำงานบ้านในกรุงเทพมหานคร พบว่าหญิงอาชีพรับจ้างทำงานบ้านส่วนใหญ่จบ การศึกษาภาคบังคับ มีความรู้สุขภาพทั่วไปดี แต่ขาดความรู้เรื่องสรีระและการป้องกันปัญหาสุขภาพ ผู้หญิง ได้รับอุบัติเหตุในบ้านคือ เตาไร้คนาบและไฟฟ้าช็อต ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีใดๆ ปัญหา สุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ไขข้อ และ ปวดประจำเดือน

ผานิต อินเจริญศักดิ์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและวิถี ชีวิตกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 410 คนที่อาศัย อยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง มีปัญหาด้าน สุขภาพจิต ร้อยละ 57.8 ปัญหาด้านสังคมร้อยละ 41.2 เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมืองคน ส่วนใหญ่มุ่งทำงานเพื่อความอยู่รอด และอยู่กันแบบต่างคนต่างอยู่ ทำให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ลดลง ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมสนทนาและพบปะกับผู้อื่นน้อยลง มีสภาวะทางสังคมที่ไม่ดีเป็นเหตุให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามมา และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครร้อยละ 47.3 เป็นวิถี ชีวิตที่ไม่ดี โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 74.4 เนื่องจากไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อน และขาด แรงใจ

วรมาน นพรัตน์ (2542) ได้ทำการศึกษาระบบการจ้างงานและผลกระทบที่เกิดจากการ รับงานไปทำที่บ้านที่มีต่อแรงงาน ครอบครัว และชุมชน พบว่า แรงงานส่วนมากถูกนายจ้างเอาเปรียบ โดยใช้สถานที่ภายในบ้านเป็นที่ประกอบอาชีพ ทำงานเฉลี่ยวันละ 8.02 ชั่วโมง ส่วนใหญ่เคย ป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดตา แพ้สารเคมี ต้องออกค่ารักษาเอง โดยไม่ได้รับการชดเชย

สายสวาท เกตราสุวรรณ (2542) ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 363 คนในเรื่องความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดระยอง พบว่า ผู้สูงอายุชาย หญิงมีความต้องการด้านสร้างเสริมสุขภาพกายต่างกัน ส่วนความต้องการป้องกันและรักษาพยาบาลทั้งชาย-หญิง ไม่ต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความต้องการด้านสร้างเสริมสุขภาพกายและความต้องการด้านการป้องกันสุขภาพจิตต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยที่สุดคืออายุ 60-69 ปี มีความต้องการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากที่สุด ผู้สูงอายุชายให้ความสำคัญและสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุหญิง การดูแลรักษาตนเองที่แตกต่างกัน มีผลให้ความต้องการต่างกัน

สุกาญญา กลิ่นถ่อสีล (2543) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงรับงานมาทำที่บ้าน(ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลสุขภาพด้านอารมณ์และสังคม ด้านการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ) โดยศึกษากลุ่มสตรีในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 300 คน งาน 6 ประเภท (งานทอผ้า งานแกะสลัก งานจักสาน งานเย็บผ้าโหล งานศิลปะประดิษฐ์ งานถนอม และแปรรูปอาหาร) พบว่าจำนวนวันที่ทำงานมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมไม่แตกต่างกัน แต่การทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวันส่งผลให้กลุ่มสตรีมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของสตรีทุกกลุ่ม

วรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชัยนาท จังหวัดละ 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำในด้านการออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด และการรับประทานอาหาร ตามลำดับ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและภาคเอกชนอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ก่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าสถานบริการสาธารณสุขเป็นที่เดียวที่ผู้สูงอายุไปใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพและชุมชนพบปะสังสรรค์กันทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งช่วยสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยคลายเหงาและความรู้สึกโดดเดี่ยวได้ และพบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุดังนี้ คือ เพศหญิงดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่อายุน้อยดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก ผู้ที่มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองสูง ดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ระดับภาวะสุขภาพต่ำ กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนทำไร่ ทำนาและรับจ้างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่เคยเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ทำงาน ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้มีโรคประจำตัว การเข้าถึงและใช้บริการทั้งในสถานบริการและในชุมชนได้สูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีสถานบริการและเข้าถึงบริการได้ต่ำ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม การได้รับการสนับสนุนและข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้การวิเคราะห์หัตถดอยพหุคุณระหว่างตัวแปรต่างๆ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรด้านการมีสถานบริการและสถานที่ในการส่งเสริมสุขภาพ และตัวแปรด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อการที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูง

สุทธินันท์ จิตต์ภานุโสภณ (2543) ได้ศึกษาการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่พูดคุยรู้เรื่อง เต็มใจและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จำนวน 90 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2542 ถึง มกราคม 2543 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านพุเตย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว เนื่องจาก ปัจจุบันรัฐมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า ประกอบกับความเจริญทางเทคโนโลยี ตลอดจนการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ให้โอกาสผู้สูงอายุได้รับทั้งความรู้และบริการสร้างเสริมสุขภาพเท่าเทียมกัน การที่ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีการมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างดี ช่วยให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตน มีสุขภาพจิตที่ดี ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นย่อมส่งผลให้มีอายุยืนยาวและแข็งแรง อีกทั้งการมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพดีส่งผลให้มีอายุยืนยาวและแข็งแรงด้วย

สมหมาย วงษ์กระสัน (2543) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าการมีสุขภาพดีเป็นพื้นฐานการดำเนินชีวิต แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นแรงผลักดันให้ปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี การหายป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การทำสมาธิและการงดของที่เป็นโทษ เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมเงิน ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยที่ 0.01

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านมีคะแนนในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนใน

ระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง

สุรินทร์ กลัมพากร (2545) ศึกษาบทบาทของพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ:กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้านที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน มีสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีการทำงานเป็นเวลานานเฉลี่ย วันละ 1-18 ชั่วโมง 6-7 วันต่อสัปดาห์ ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันและไม่มีความรู้เพียงพอที่จะป้องกันตนเองทำให้มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการทำงานและขาดสวัสดิการและการคุ้มครองทางกฎหมาย ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และเกิดปัญหาสุขภาพในเรื่องของการปวดหลัง เอว เข่า นิ้วมือซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการทำงานในลักษณะท่าหนึ่ง การปวดตาหรือความผิดปกติของสายตาจากงานที่ละเอียด แสงสว่างไม่เพียงพอแต่คนส่วนใหญ่คิดว่าเกิดจากการที่อายุมากขึ้น ความเครียดจากสภาพการทำงานที่ไม่มั่นคง และการเจ็บป่วยจากสภาพแวดล้อมจากการทำงาน เช่น การระบายอากาศไม่ดี อุบัติเหตุจากการทำงานละอันตรายที่เกิดจากงานโดยตรงเช่น การได้รับสารเคมี เป็นต้น

บุญพา ฅ นคร (2545) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ไม่มีรายได้ของตนเอง รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย ไม่มีโรคประจำตัว (รายที่พบโรคคือมีอาการปวดข้อร้อยละ 29.3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ โดยด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ด้านกิจกรรมทางร่างกายมีค่าต่ำสุด

สุมิตรา สิ้นศรีศิริมานะ (2546) ศึกษาประสพการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุตระหนักรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจและการเดินทาง แต่เมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้วจะมีความสุขที่ไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นภาระให้บุตรหลาน เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าประสพการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักคือ (1) การเริ่มต้นเป็นผู้มีการสร้างเสริมสุขภาพ (2) การเป็นผู้มีการสร้างเสริมสุขภาพ และ (3) ผลที่ได้จากการสร้างเสริมสุขภาพ

จิราพร มงคลประเสริฐ (2546) ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังในตำบลซึ้ง ตำบลสัน ตำบลไหล่น่าน ตำบลนาเหลือง ตำบลตาลชุม ตำบลน้ำบัว และตำบลปลงสนุก พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาเป็นประจำ โรคที่พบได้แก่ โรคกระดูกและข้อเสื่อม

โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคปอด โดยภาพรวม ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดีปานกลาง มีการเจ็บป่วยบ้างนานๆ ครั้ง เมื่อเวลาเกิดการเจ็บป่วย ก็ได้รับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขและได้รับดูแล เอาใจใส่จากญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด ในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีอารมณ์ที่ดี พักผ่อนเพียงพอ ได้ตรวจสุขภาพประจำปี มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เป็นต้น มีเพียงบางส่วนที่มีภาวะอารมณ์ไม่ปกติ เช่น รู้สึกเหงา กังวลใจ เครียด กอดคน เบื่อจนไม่อยากทำอะไร และรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า การมารวมกลุ่มกันทำให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังมีอารมณ์ที่ดี การได้พบปะพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อนทำให้ไม่รู้สึกเหงา มีความสุข สนุกสนานและไม่เครียด ถึงแม้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพแล้วก็ตามแต่ก็ต้องการได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

ภราดา บุราณสาร (2546) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 300 คน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดย ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทิศทางลบ และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูงก็จะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงด้วย ปัจจัยอื่น พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าถึงสถานบริการในการสร้างเสริมสุขภาพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนจะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูง ปัจจัยเสริมพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ จะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทางที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยอื่นและปัจจัยเสริมสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูได้

บุตชราน นาคลำภา (2546) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศและสถานภาพสมรสมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเพศหญิง และผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ อายุส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ รายรับ การเข้าถึงสถานที่ต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมโดยรวม แต่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ยกเว้นระดับการศึกษาเพียงปัจจัยเดียวที่ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 69 การเห็นคุณค่าของตนเอง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 23.1 อายุ อาชีพ รายได้ แห่่งรายได้ การเห็นคุณค่าของตนเอง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่นัยสำคัญ 0.01 โดยผู้ที่มีอายุมากทำให้บทบาทด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพลดลง ผู้สูงอายุที่โตจะรู้สึกว่าจะไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต อาชีพและรายได้ที่มั่นคงทำให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ดี

ปัทมาวดี บุพลี (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ในเรื่องของการได้รับการสนับสนุนและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ พบว่า ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการมีผลต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อมีอาการเจ็บป่วย คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ เนื่องจากระยะทางใกล้ใช้เวลา น้อย นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับค่อนข้างต่ำ ($r=0.30$, $p<.01$) และบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนน้อยสุดเมื่อเทียบกับเพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว

อนิรุจน์ มะโนธรรม (2548) ทำการศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ต พบว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบร้อยละ 66 มีการรวมกลุ่มกันเพื่อปฏิบัติงานส่วนใหญ่ผลิตผ้าบาติก ร้อยละ 87.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.6 ไม่เคยเจ็บป่วยและได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และกลุ่มแรงงานนอกระบบนี้ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับอันตรายของงานที่ทำ และไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน แรงงานนอกระบบร้อยละ 84.2 มีความรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยร้อยละ 82.08 คิดว่าสาเหตุดังกล่าวมาจากงานที่ทำ

อรชร โททวี (2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพะจังหวัดราชบุรี ที่มีอายุ 60 – 79 ปี จำนวน 378 คน พบว่า (1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากผู้สูงอายุอำเภอบางแพะอยู่ในชนบท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย และยังได้รับการเคารพนับถือจากบุคคลรอบข้าง สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองจากสื่อต่างๆ ได้ดี เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย เป็นต้น

มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.7 มีเพียงอาการไม่สุขสบายเล็กน้อย ซึ่งผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะไปรับบริการที่สถานอนามัยใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลบางแพประจำ (2) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้และความพอเพียงของรายได้ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมที่ต่างกันที่นัยสำคัญ(p -value < 0.05) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้พอแต่ไม่เหลือเก็บ ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากได้รับความรู้ และ คำแนะนำ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน (3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมโดยรวมของผู้สูงอายุที่นัยสำคัญ (p -value < 0.01) (4) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมโดยรวมของผู้สูงอายุ (5) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวทำนายพฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมโดยรวมของผู้สูงอายุที่นัยสำคัญ 0.01 (6) การรับรู้ภาวะสุขภาพทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมโดยรวมของผู้สูงอายุที่นัยสำคัญ 0.01

เกียรติพล พรพิพัฒน์ (2549) ได้ทำการศึกษาการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในแรงงานนอกระบบที่รับเส้นไหมไปทำที่บ้าน พบว่า อวัยวะที่มีการปวดมากที่สุดคือ ไหล่ ซ้าย รองลงมาคือ เอว ไหล่ขวาและหลังส่วนบนตามลำดับ

กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ สำนักงานควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น (2549) กรณีศึกษา กลุ่มผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้ พบว่า สิ่งที่ถูกคามต่อสุขภาพ คือ ฝุ่นไม้ เสียงที่ดัง กลิ่นจากสารตัวทำละลาย สภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม ด้านสุขภาพพบว่าปัญหาสุขภาพจากการทำงานคือ ผื่นคัน วิงเวียน แน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจขัด การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (บริเวณ หลัง ข้อขาและสะโพก ร้อยละ 50) และ ร้อยละ 95 เห็นว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทำให้ลดอัตราความเสียหายหายใจไม่สะดวก

ชลธิชา จันทศิริ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60 – 69 ปี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน การงู้อใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน มีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น ทำให้เกิดความเข้าใจ และยอมรับกับสภาพที่เสื่อมถอยตามวัยได้มากขึ้น และพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

เพ็ญศรี โกมลทัต (2549) ศึกษาถึงรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุจะมีอายุขัยเพิ่มขึ้น ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การทุพพลภาพระยะยาวและจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ภายในปี 2552 ซึ่งวัยแรงงานจะต้องรับภาระการพึ่งพิงจากประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ชุมชน และบุคคลในการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มเข้าวัยผู้สูงอายุตอนต้น จนถึงวัยชราโดยมีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด และเตรียมระบบการดูแลสุขภาพในระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม ให้ครอบคลุมด้านสุขภาพอนามัยแบบองค์รวม ด้านความมั่นคงทางรายได้และการจ้างงานเน้นการส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุให้ทำงานหลากหลาย ด้านที่อยู่อาศัยเน้นให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านตนเองอย่างมีอิสระและมีเครื่องอำนวยความสะดวกเพียงพอ อาจมีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น หน่วยบริการด้านสังคม เป็นต้น ด้านการศึกษาเน้นจัดกิจกรรมการศึกษาในเรื่องการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ สร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการใช้คุณค่าของผู้สูงอายุ

เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแรงงาน สูงอายุชายในสถานประกอบการโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรมีเพียงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความแตกต่างระหว่างบุคคลไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆตามแนวคิดPRECEDE-PROCEED Model ควรนำทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมมาใช้ร่วมกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สมบูรณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงงานผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีปัญหาสุขภาพและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบไม่มีสวัสดิการ ไม่มีค่าตอบแทนที่แน่นอน และการศึกษาผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีอยู่น้อยมาก โดยเฉพาะในมุมมองที่เกี่ยวกับข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมทั้งที่ยังทำงานและไม่ได้ทำงาน และผู้สูงอายุที่ทำงานก็ไม่ได้แบ่งกลุ่มว่าเป็นแรงงานในระบบ หรือ แรงงานนอกระบบ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้การเฝ้าระวัง สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน

การเกิดความเจ็บป่วยหรือความพิการจากการทำงานของผู้สูงอายุพ่วงไป บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทในการให้การดูแลป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังทำงานตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ โดย

1. ระดับปฐมภูมิต้องมีการควบคุมและการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน อีกทั้งควบคุมสิ่งคุกคาม ในส่วนของตัวบุคคลที่ทำงานต้องมีการตรวจประเมินสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ลดพฤติกรรมเสี่ยงและมีการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีผู้ทำงานมีการสัมผัสสิ่งคุกคามต้องมีการตรวจเฝ้าคุมทางชีวภาพ

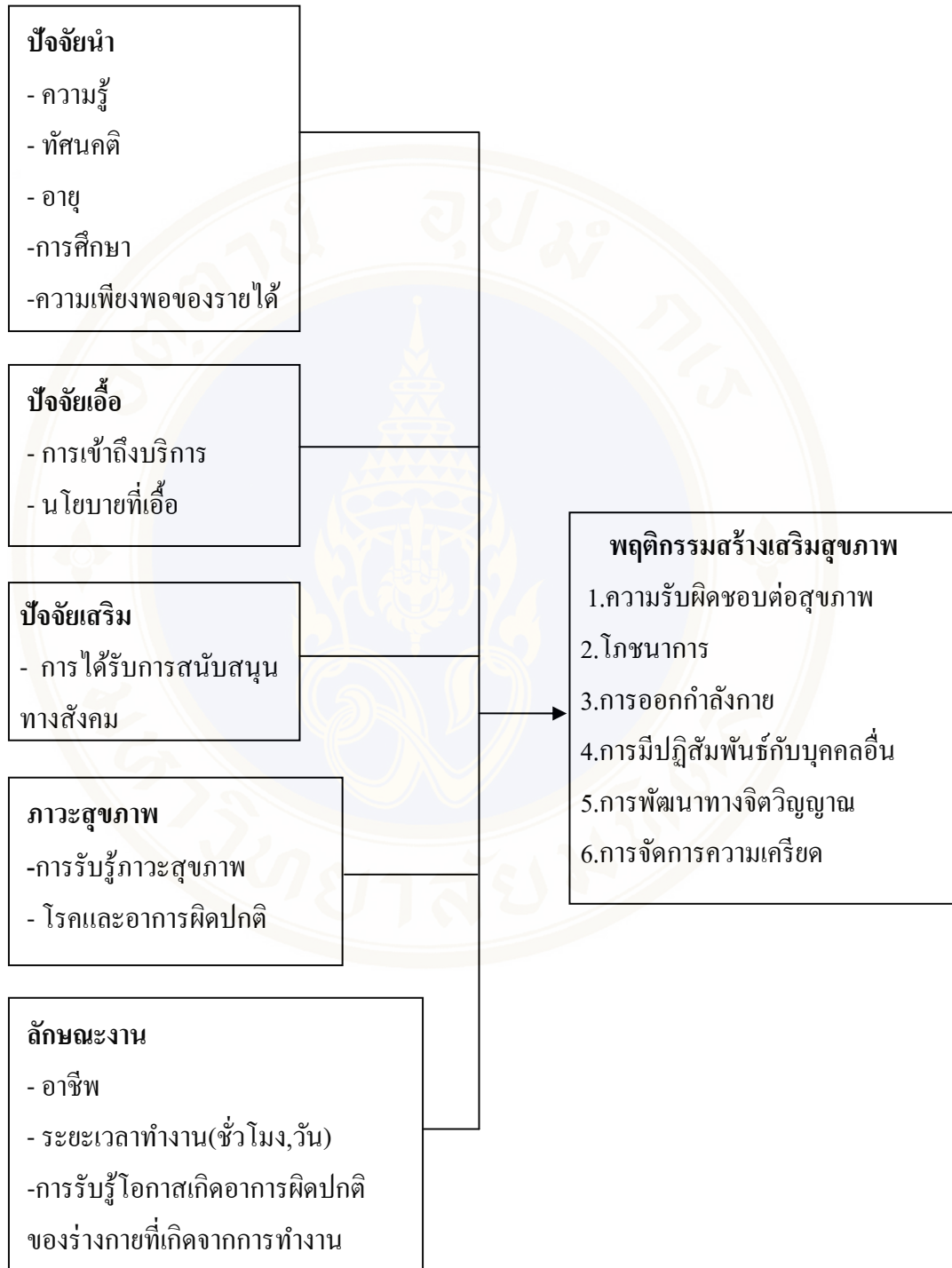
2. ระดับทุติยภูมิ เมื่อพบผู้ป่วยแต่ยังไม่มีอาการ ควรตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงวินิจฉัยแต่แรกเริ่มและส่งผู้ป่วยไปรับการรักษา และหากมีอาการป่วยแล้วควรย้ายผู้ป่วยหรือแนะนำให้ผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรค รวมถึงแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสม

3. ระดับตติยภูมิ ผู้ที่เจ็บป่วยจากการทำงานอาจเสียชีวิตหรือมีความพิการเกิดขึ้น พยาบาลสาธารณสุขต้องช่วยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างทันท่วงทีให้ผู้ป่วยกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด เป็นการลดความสูญเสียทั้งต่อตัวบุคคล ทรัพย์สิน องค์กร

ผู้วิจัยปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสาธารณสุขในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีบทบาทในด้านการป้องกันโรค สร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เห็นว่าการดำเนินการในเรื่องของการป้องกันความเจ็บป่วยหรือโรคจากการประกอบอาชีพยังไม่มี การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม การสนับสนุนด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มที่เป็นแรงงาน และกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขยังไม่เพียงพอ อีกทั้งการศึกษาในส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบยังมีข้อจำกัดทั้งด้านเศรษฐกิจ การคมนาคมและด้านของสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาในเรื่องของปัจจัยต่างๆมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบหรือไม่อย่างไร โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Krueger (1999) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังแผนภาพที่ 4 เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการสนับสนุนให้มีการปรับบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขให้มาสนใจเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ สร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ให้เหมาะสม เป็นการลดภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจากภาวะทุพพลภาพจากการทำงาน ลดต้นทุน และลดภาระงานในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขต่อไป

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 2.4 กรอบแนวคิด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Cross - sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยและประกอบอาชีพอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (นับถึงวันที่สัมภาษณ์) จาก 12 แขวง ใน 6 เขตพื้นที่การปกครอง ซึ่งคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้โดยใช้สูตร Daniel (1995) เพื่อใช้ในการประมาณค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่มีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด ณ $\alpha/2$ ซึ่งเท่ากับ 0.025 คือ 1.96

σ^2 = ความแปรปรวนของค่าคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ซึ่งคำนวณได้จากการทำการศึกษาเบื้องต้น (pilot study) ได้ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มนี้เท่ากับ 11.64 โดยใช้สูตร

$$\sigma^2 = \left[\sum x_i^2 - \left(\frac{\sum x_i}{n} \right)^2 \right] / n - 1$$

จึงได้ความแปรปรวนของค่าคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ เท่ากับ 1.29

d = ค่าความคลาดเคลื่อนในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 2
คะแนน

แทนค่าในสูตร
$$n = (1.96)^2 * 1.29 / (2)^2$$

$$= 123 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ต้องไม่ต่ำกว่า 123 คน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อลดความแปรปรวนที่อาจเกิดจากขั้นตอนการสุ่ม หรือการไม่ได้รับความร่วมมือ ดังนั้นจะทำการเก็บข้อมูลจากประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบจำนวน 144 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวนทั้งหมด 9.2 แสนคน(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) เพื่อให้ประชากรมีโอกาสถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยเท่าเทียมกัน เป็นตัวแทนที่ดี ลดอคติและความคลาดเคลื่อน เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีพื้นที่กว้างและประเภทของแรงงานนอกระบบที่ผู้สูงอายุทำอยู่มีความหลากหลายตามลักษณะของพื้นที่ที่อาศัยอยู่และยังมีข้อจำกัดในการศึกษาถึงรายละเอียดดังกล่าวรวมทั้งเรื่องของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 นำรายชื่อพื้นที่เขตการปกครองที่จะทำการสุ่ม ทั้ง 50 เขต โดยแบ่งเป็น เขตชั้นใน ชั้นกลาง และเขตชั้นนอก ของกรุงเทพมหานคร (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541 และกาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2550) มาสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ให้ได้ชั้นละ 2 เขตการปกครอง จาก 50 เขตการปกครอง ดังนี้

เขตชั้นในมี 21 เขตการปกครอง คือ พระนคร ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ ปทุมวัน บางรัก ยานนาวา สาทร บางคอแหลม ดุสิต บางซื่อ พญาไท ราชเทวี ห้วยขวาง คลองเตย จตุจักร ธนบุรี คลองสาน บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ ดินแดง วัฒนา

เขตชั้นกลางมี 18 เขตการปกครอง คือ พระโขนง ประเวศ บางเขน บางกะปิ ลาดพร้าว บึงกุ่ม บางพลัด ภาษีเจริญ จอมทอง ราษฎร์บูรณะ สวนหลวง บางนา ทุ่งครุ บางแค วังทองหลาง คันนายาว สะพานสูง สายไหม

เขตชั้นนอกมี 11 เขตการปกครอง คือ มีนบุรี ดอนเมือง หนองจอก ลาดกระบัง ตลิ่งชัน หนองแขม บางขุนเทียน หลักสี่ คลองสามวา บางบอน ทวีวัฒนา

ขั้นที่ 2 เมื่อได้เขตชั้นละ 2 เขตการปกครอง ก็ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ให้ได้เขตการปกครองละ 2 แขวง โดยแต่ละแขวงจะสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายให้ได้ แขวงละ 12 บ้าน

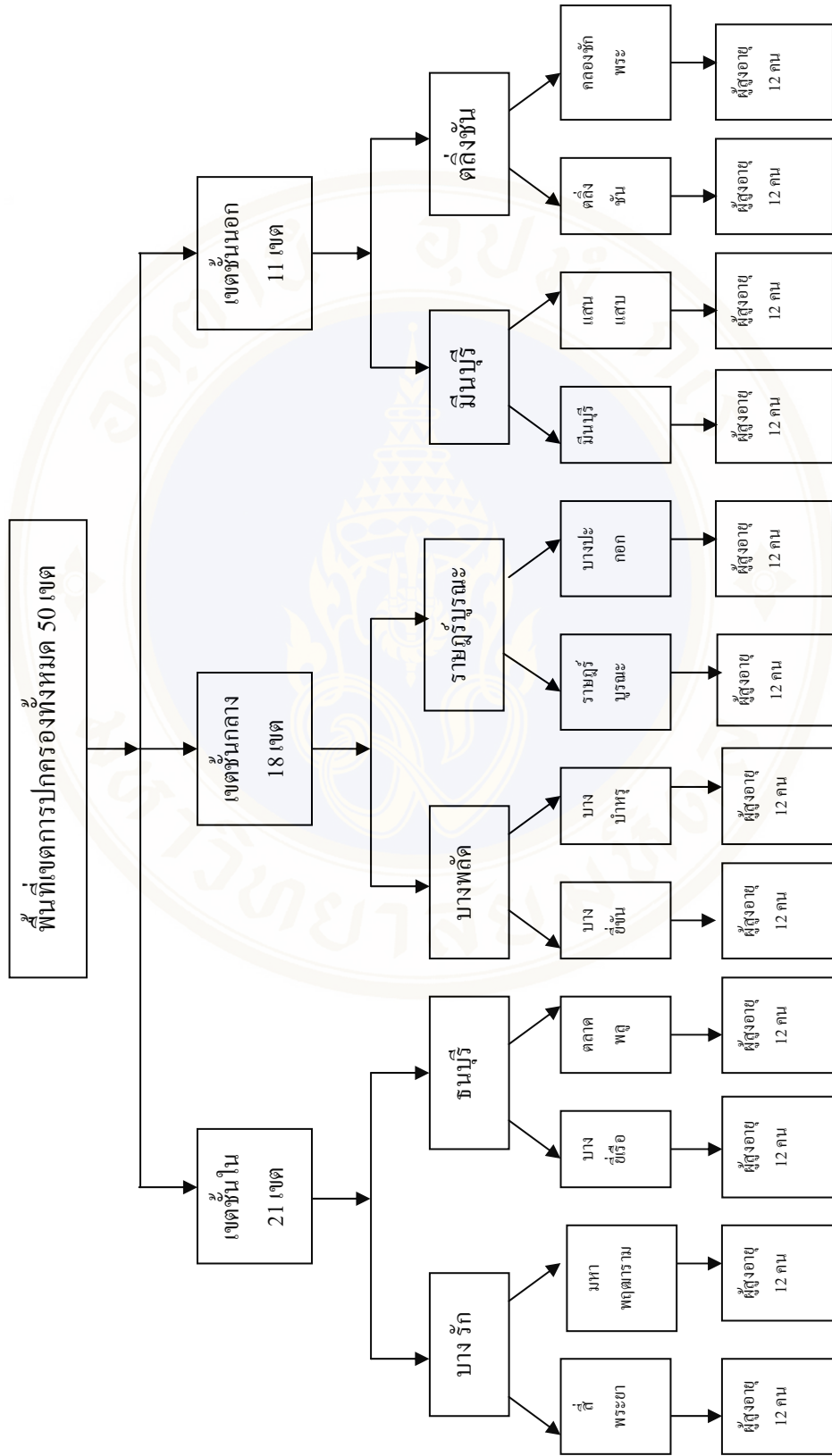
ขั้นที่ 3 นำบ้านเลขที่ที่มีผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในแต่ละแขวงมาทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ให้ได้ แขวงละ 12 บ้าน แต่ละบ้านเลือกผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบบ้านละ 1 คน โดยรายละเอียดผู้สูงอายุที่ได้นี้ได้มาจากการประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่ชุมชนในแขวงนั้นๆ (แผนภาพที่ 4) โดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป นับตามปีปฏิทินทั้งเพศชายและเพศหญิงในวันสัมภาษณ์
- ทำงานและพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน นับถึงวันสัมภาษณ์
- งานที่ทำก่อให้เกิดรายได้
- สื่อสารภาษาไทยได้ดี
- สมัยครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์โดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- ผู้สูงอายุที่ทำงานแต่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพและ ไม่มีรายได้ จากงานที่ทำ
- ผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ เอกชน ที่มีระบบประกันสังคม
- ผู้สูงอายุที่ไม่สมัยครใจเข้าร่วมโครงการ
- ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้



แผนภูมิที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบและเติมข้อความเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ประกอบด้วย อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, อาชีพ, การศึกษา, รายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 14 ข้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพจำนวน 1 ข้อ รวมเป็น 15 ข้อ โดยข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเปรียบเทียบกับระหว่างปีที่ผ่านมากับปัจจุบัน โดยดูจากระดับสุขภาพโดยทั่วไป เมื่อเทียบกับปีที่แล้ว

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายจากการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมาว่าการทำงานก่อให้เกิด อาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท การสัมผัสกับสารเคมี เชื้อโรค ฝุ่นละออง หรือ เกิดอุบัติเหตุ จนกระทั่งก่อให้เกิดความพิการหรือไม่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เกิดอาการผิดปกติสูงมาก หมายถึง งานที่ทำมีโอกาสทำให้เกิดอาการเหล่านี้ สัปดาห์ละ 5 ครั้งขึ้นไป ให้ 3 คะแนน

เกิดอาการผิดปกติสูง หมายถึง งานที่ทำมีโอกาสเกิดทำให้เกิดอาการเหล่านี้ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ให้ 2 คะแนน

เกิดอาการผิดปกติน้อย หมายถึง งานที่ทำมีโอกาสเกิดทำให้เกิดอาการเหล่านี้ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ให้ 1 คะแนน

ไม่เกิดอาการผิดปกติ หมายถึง ตลอดเวลาการทำงาน ไม่มีโอกาสเกิดอาการเหล่านี้เลย ในหนึ่งสัปดาห์ ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้อาการผิดปกติของร่างกายจากการทำงานเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{45 - 0}{3} = 15$$

คะแนน 0 – 15 คะแนน แสดงว่า ลักษณะงานมีความปลอดภัยต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง

คะแนน 16 – 30 คะแนน แสดงว่า ลักษณะงานมีความปลอดภัยต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 31 – 45 คะแนน แสดงว่า ลักษณะงานมีความปลอดภัยต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ใน 6 ด้าน

เป็นคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด โดยลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามการดำเนินชีวิตของวอล์คเกอร์ ชีคริสต และ เพนเดอร์ (Walker, Schrist & Pender, 1988 อ้างใน วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร กลัมพากร และ พิพัฒน์ ลักษณ์จักรกุล, 2548) ที่มีเกณฑ์ให้คะแนนตามความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึงปฏิบัติกิจกรรมสัปดาห์ละ 5 ครั้งขึ้นไป	= 3	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึงปฏิบัติกิจกรรมสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	= 2	คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึงปฏิบัติกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	= 1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลยหมายถึงไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลยในหนึ่งสัปดาห์	= 0	คะแนน

โดยหมวดนี้มีจำนวนคำถาม จำนวน 40 ข้อ การแปลผลของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ โดยแบ่งระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{120 - 0}{3} = 40$$

คะแนน 0 - 40 คะแนน แสดงว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนน 41 - 80 คะแนน แสดงว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพอยู่ในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 81- 120 คะแนน แสดงว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพอยู่ใน

ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัย ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของเฮ็นฤดี แสงเพชร (2550)

2.1 แบบวัดความรู้ ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนา ทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก, ผิด 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูก (ใช่) จะได้คะแนน เท่ากับ 1 ถ้า ตอบผิด (ไม่ใช่) หรือไม่ทราบ จะได้คะแนน เท่ากับ 0

เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ ของบลูม (Bloom 1968, 47-62 อ้างในอำนาจเจริญกุล 2540, 44) เป็น 3 ระดับ

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพระดับสูง

2.2 แบบวัดทัศนคติ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ใช้วัดทัศนคติเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด จำนวน 15 ข้อ โดยข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 6, 11, 12, 13, 14 และ 15 ส่วนข้อความทางลบ ได้แก่ 3, 5, 7, 8, 9 และ 10 ดังนี้

ข้อความที่เป็นบวก	คะแนน	ข้อความที่เป็นลบ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

เกณฑ์การแบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ เลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{60 - 1}{3} = 20$$

คะแนนเฉลี่ย 1-20 แสดงว่าทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 21-40 แสดงว่าทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 41-60 แสดงว่าทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพดี

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และ นโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นแบบการประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยประยุกต์แบบสัมภาษณ์ของ ธิดา ทองวิเชียร (2550) ที่อธิบายถึงการเข้าถึงบริการว่าเป็นแนวคิดที่แสดงความพอดีระหว่างผู้รับบริการและระบบบริการจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกมาก ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึก ให้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ เลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{40 - 10}{3} = 10$$

คะแนน 10 – 20 คะแนน แสดงว่าการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพควรปรับปรุง

คะแนน 21 – 30 คะแนน แสดงว่าการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 31 – 40 คะแนน แสดงว่าการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

5.2 นโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุ ที่ทำงานนอกระบบ มีการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการจัดการและดูแลกิจกรรมสร้างเสริม

สุขภาพให้กับผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและในศูนย์บริการสาธารณสุข ลักษณะคำถามเป็นแบบให้
เลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ถ้าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทราบว่า

“มี” หมายถึง ในชุมชนหรือสถานบริการที่ท่านใช้บริการมีข้อปฏิบัติ ด้าน
จัดบริการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้คะแนนเท่ากับ 1

“ไม่มี” หมายถึง ในชุมชนหรือสถานบริการที่ท่านใช้บริการ ไม่มีข้อ
ปฏิบัติ ด้านการจัด บริการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้คะแนนเท่ากับ 0

“ไม่ทราบ” หมายถึง ท่านไม่ทราบว่าในชุมชนหรือสถานบริการที่ท่านใช้
บริการมี ข้อปฏิบัติ ด้านจัดบริการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ Prachoom Suwattee

การแปลผล คะแนนสูงแปลว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงการดำเนินนโยบายที่
เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพมาก

ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ข้อคำถามเป็นแบบวัด ความถี่ในการรับรู้ถึง การดูแลเอาใจใส่ การกระตุ้นเตือนจาก
แกนนำชุมชน เพื่อน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข ต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการสร้าง
เสริมสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวัด
ความถี่แบบการประมาณค่า 4 ระดับ ให้ตอบ ไม่ได้รับ ได้รับนานๆ ครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับเป็น
ประจำ (ให้คะแนน เป็น 0, 1, 2, 3 ตามลำดับ) ประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์ของ เย็นฤดี แสงเพชร
(2550) โดยมีรายละเอียดดังนี้

สำหรับเพื่อน บุคคลในครอบครัว

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว
สัปดาห์ละ 5 ครั้งขึ้นไป ได้คะแนนเท่ากับ 3

ได้รับบางครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว
สัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง ได้คะแนนเท่ากับ 2

ได้รับนานๆ ครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว
สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ได้คะแนนเท่ากับ 1

ไม่ได้รับ หมายถึง การที่ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเลย
ในเวลาหนึ่งสัปดาห์ ได้คะแนนเท่ากับ 0

สำหรับแกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเดือนละ 4 ครั้งขึ้นไป ได้คะแนนเท่ากับ 3

ได้รับบางครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเดือนละ 3 – 5 ครั้ง ได้คะแนนเท่ากับ 2

ได้รับนานๆ ครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเดือนละ 1 – 2 ครั้ง ได้คะแนนเท่ากับ 1

ไม่ได้รับ หมายถึง การที่ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเลยในเวลานึ่งเดือน ได้คะแนนเท่ากับ 0

การแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ เลวินและรูบิน (Levin & Rubin, 1991) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{24 - 0}{3} = 8$$

คะแนน 0 – 8 คะแนน แสดงว่า คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9 – 17 คะแนน แสดงว่า คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 18 – 24 คะแนน แสดงว่า คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ส่วนไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิน้อยจำนวน 3 ท่าน (Polit & Hungler, 1999: 419) โดยเลือกจากตัวเลือก 4 ระดับกำหนดเกณฑ์ว่าถ้าข้อความใดมีผู้ทรงคุณวุฒิน้อย 2 คนประเมินว่าไม่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องน้อย จะตัดทิ้งหรือปรับแก้ใหม่ หรืออาจกล่าวได้ว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับว่าข้อความมีความตรงคือแต่ละข้อต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 คน (เท่ากับร้อยละ 67) แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษาและเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะเพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อน (error score) และทำให้ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือเพิ่มขึ้น โดยค่า

CVI ที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.80 (Davis, 1992) จากการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ส่วนพบว่าค่า CVI เท่ากับ 0.80, 0.86, 0.80, 0.83, 0.76, 0.75 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไข ภาษาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายในแขวงบุคคลโศก เขตธนบุรี แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ดังนี้

แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.79

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.87

แบบสัมภาษณ์ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.71 และ 0.80

แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ 0.81

แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยส่งโครงการวิจัยเข้าร่วมการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ทั้งจากการบันทึกเทป การสนทนา หรือจากการจดบันทึกได้ถูกเก็บเป็นความลับระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่ได้กระทำในภาพรวมเฉพาะในการเสนอเชิงวิชาการ ใช้ชื่อสมมติ โดยไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างการพูดคุย หากมีคำถามใดที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยก็ได้ และขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และให้เวลานำกลับไปทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน โดยการอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพนักงานชุมชนและ กำลังปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมทั้งอธิบายทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และทดสอบการนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ถูกต้อง และตรงกับผู้วิจัย

2. ดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย โดยยื่นหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยลงพื้นที่เข้าพบกรรมการชุมชน และ/หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวพร้อมอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และในระหว่างดำเนินการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัว ผู้วิจัยยินยอมยุติและให้ถอนตัวจากการวิจัยได้ และยกเลิกการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างรายนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจะนัดหมายวัน เวลา กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 3 เดือน (วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึง วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2553) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด จาก 12 แขวง ใน 6 เขตพื้นที่การปกครองของกรุงเทพมหานคร

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับ

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติของการวิจัยครั้งนี้ ใช้ความเที่ยงตั้งแต่ระดับ 95% ขึ้นไป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้ สถิติไคว์-สแควร์ (Chi-Square)

2.2 สำหรับตัวแปร อายุ รายได้ ลักษณะงาน ความรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงบริการและนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$)

2.3 ทดสอบความสามารถในการทำนายระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ส่วน จะกล่าวรายละเอียดในบทที่ 4 ผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ จำนวน 144 คน ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษานำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ลักษณะงาน ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ลักษณะงาน และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ลักษณะงาน ภาวะสุขภาพ

1.1 ปัจจัยนำ

1.1.1 คุณลักษณะประชากร

การศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศหญิงและเพศชายโดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.6 อายุเฉลี่ย 67 ปี ($\bar{X} = 67.33$, S.D. = 6.073) กลุ่มช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือวัยสูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 67.4) รองมาคือวัยสูงอายุตอนกลางมีอายุระหว่าง 70-79 ปีร้อยละ 29.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 54.2 รองมาเป็นหม้าย/หย่า/แยกร้อยละ 36.8 ประมาณครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 49.3) พักอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 18.8 และร้อยละ 8.3 พักอยู่เพียงลำพัง และรับภาระดูแลสมาชิกในครอบครัวคนละ 2 คน และมีบุตรเฉลี่ยคนละ 3 คน

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาประถมศึกษา และต่ำกว่าร้อยละ 79.9 รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0 - 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 63.2 รายได้ รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาทร้อยละ 29.2 ($\bar{X} = 5,643.59$, S.D. = 5,065.72) ซึ่งได้มาจากการประกอบอาชีพอย่างเดียว ร้อยละ 13.9 และมีหนี้สินร้อยละ 16.7 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69 ปี (วัยสูงอายุตอนต้น)	97	67.4
70-79 ปี (วัยสูงอายุตอนกลาง)	42	29.1
80 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุตอนปลาย)	5	3.5
($\bar{x} = 67.3$, S.D. = 6.07, Min = 60 ปี, Max = 93 ปี)		
เพศ		
หญิง	106	73.6
ชาย	38	26.4
สถานภาพสมรส		
โสด	13	9.0
คู่	78	54.2
หม้าย/หย่า/แยก	53	36.8
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	98	68.1
ไม่เพียงพอ	46	31.9
การเป็นหนี้		
ไม่เป็นหนี้	120	83.3
เป็นหนี้	24	16.7
แหล่งที่มาของรายได้		
การประกอบอาชีพ	20	13.9
อื่นๆ (เบี้ยผู้สูงอายุ, บุตร, ญาติ)	124	86.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	115	79.9
มัธยมศึกษาขึ้นไป	29	20.1
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพมหานคร	75	52.1
อื่นๆ	69	47.9
รายได้ส่วนบุคคล (บาท/เดือน)		
0 – 5,000	91	63.2
5001 – 10,000	42	29.2
10,001- 50,000	11	7.6
$(\bar{X} = 5,643.59, S.D. = 5,065.72, \text{Min} = 700 \text{ บาท}, \text{Max} = 45,200 \text{ บาท})$		
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
เป็น	48	33.3
ไม่เป็น	96	66.7

1.1.2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่

ทำงานนอกระบบ

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 88.9 ($\bar{X} = 13.1, S.D. = 2.31$) แต่เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีระดับความรู้ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณที่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 6.2 และ 4.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ความรู้เกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับ			\bar{X}	S.D.
	สูง n(%)	ปานกลาง n(%)	ต่ำ n(%)		
โดยรวม	128 (88.9)	15 (10.4)	1 (0.7)	13.3	2.3
จำแนกรายด้าน					
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	144 (100)	0 (0)	0 (0)	1.0	0.8
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	138 (95.8)	0 (0)	6 (4.2)	1.0	0.2
การจัดการความเครียด	135 (93.8)	0 (0)	9 (6.3)	0.9	0.2
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	126 (87.5)	11 (7.6)	7 (4.9)	3.5	0.9
การออกกำลังกาย	112 (77.8)	18 (12.5)	14 (9.7)	2.6	0.8
โภชนาการ	93 (64.6)	39 (27.1)	12 (8.3)	4.3	1.1

ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ร้อยละ 88.9 (\bar{X} = 49.08, S.D. = 6.30) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าระดับทัศนคติด้านด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณดีที่สุด (ตารางที่ 4.3) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีทัศนคติด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปีสูงถึงร้อยละ 81.3 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณในเรื่องมีความสุขเมื่อเห็นลูกหลานประสบความสำเร็จ และมีความภูมิใจเมื่อแก้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นที่ขอความช่วยเหลือได้ร้อยละ 67.4 และ 54.9 ส่วนทัศนคติในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบพบว่า การได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทำให้ตนมีสุขภาพดีและมีความสุขร้อยละ 51.4 และ 47.2 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีทัศนคติว่าการออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน

ร้อยละ 34.0 อีกทั้งผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีทัศนคติว่าการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังไม่ได้ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ทัศนคติเกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับ			\bar{X}	S.D.
	สูง n(%)	ปานกลาง n(%)	ต่ำ n(%)		
โดยรวม	128 (88.9)	16 (11.1)	0 (0)	49.1	6.3
จำแนกรายด้าน					
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	143 (99.3)	1 (0.7)	0 (0)	3.0	0.1
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	128 (88.9)	16 (11.1)	0 (0)	2.9	0.3
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	120 (83.3)	24 (16.7)	0 (0)	2.8	0.4
โภชนาการ	115 (79.9)	20 (13.9)	9 (6.3)	2.7	0.6
การออกกำลังกาย	107 (74.3)	37 (25.7)	0 (0)	2.7	0.4
การจัดการความเครียด	79 (54.9)	56 (38.9)	9 (6.3)	2.5	0.6

1.2 ปัจจัยอื่น

1.2.1 การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพได้จำนวนมาก ($\bar{X} = 2.6$, S.D. = 0.5) โดยผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่เท่าเทียม กันมากที่สุด($\bar{X} = 3.4$, S.D. = 0.6) รองลงมาเป็นด้านการเดินทางจากบ้านไปรับบริการ

สุขภาพได้สะดวก ($\bar{X} = 3.4$, S.D. = 0.6) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถูก ($\bar{X} = 3.4$, S.D. = .7) รวมถึงอุปกรณ์ในการออกกำลังกายมีพอควรและไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้ (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

การเข้าถึงบริการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.เดินทางสะดวก	3.4	0.6	มาก
2.ระยะทางไม่ไกล(จากบ้าน)	3.4	0.7	มาก
3.การเดินทางไปรับบริการไม่ลำบาก	3.4	0.7	มาก
4.ค่าใช้จ่ายถูก	3.4	0.7	มาก
5.เวลาและขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	3.3	0.7	มาก
6.ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ	3.4	0.6	มาก
7.พอใจในคุณภาพการบริการ	3.4	0.6	มาก
8.การอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่	3.4	0.6	มาก
9.อุปกรณ์ออกกำลังกายพร้อมใช้	2.9	0.9	ปานกลาง
10.จำนวนอุปกรณ์เพียงพอกับผู้ใช้บริการ	2.8	0.9	ปานกลาง
รวม	2.6	0.5	มาก

1.2.2 นโยบายส่งเสริมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบรับรู้ว่าคุณสมบัติบริการสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพทั้งในชุมชนและในสถานบริการจำนวนใกล้เคียงกันคือผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทราบว่ามีนโยบายที่ดำเนินการในสถานบริการร้อยละ 95.8 และมีนโยบายที่ดำเนินการอยู่ในชุมชนร้อยละ 88.9 จำแนกเป็นนโยบายด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีมากที่สุดร้อยละ 75.7 ทั้งในชุมชนและในสถานบริการ โดยมีผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเพียงร้อยละ 56.9 เท่านั้นที่ทราบว่าในสถานบริการมีนโยบายจัดสถานที่ หรือ ชมรมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 7 และมีผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเพียงร้อยละ 36.1 เท่านั้นที่ทราบว่าในชุมชนมีนโยบายด้านการตรวจสุขภาพประจำปี (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ของนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ
ที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

นโยบาย	นโยบายในสถานบริการ				นโยบายในชุมชน			
	มี		ไม่มี /ไม่ทราบ		มี		ไม่มี/ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดกิจกรรม	109	75.7	35	24.3	109	75.7	35	24.3
มีนโยบาย/ การบริการที่ ต่อเนื่อง	88	61.1	56	38.9	100	69.4	44	30.6
การตรวจสุขภาพ	83	64.6	51	35.4	52	36.1	92	63.9
มีสถานที่/ชมรมที่ เอื้อต่อสุขภาพ	82	56.9	62	43.1	80	55.6	64	44.4
รวมทุกด้าน	138	95.8	6	4.2	128	88.9	16	11.1

1.3 ปัจจัยเสริม

1.3.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแกนนำชุมชน เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และ บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ร้อยละ 76.4 โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวร้อยละ 31.3 ซึ่งมากกว่าจาก แหล่งอื่น(ตารางที่ 4.6) และ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปาน กลางจากบุคลากรสาธารณสุขเรื่องการกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์ พยาบาลและข่าวสารด้านอาหาร

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามแกนนำชุมชน เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลในครอบครัว (n = 144)

แหล่งที่ให้การสนับสนุน	ระดับ			\bar{X} (S.D.)
	สูง n (%)	ปานกลาง n(%)	ต่ำ n (%)	
โดยรวม	0 (0)	34 (23.6)	110 (76.4)	23.1 (11.3)
จำแนกแหล่งสนับสนุน				
ครอบครัว	45 (31.3)	54 (37.5)	45 (31.3)	11.9 (6.8)
บุคลากรสาธารณสุข	2 (1.4)	23 (16.0)	119 (82.6)	4.5 (4.4)
แกนนำชุมชน	1 (0.7)	16 (11.1)	127 (88.2)	2.6 (4.0)
เพื่อน	0 (0)	20 (13.9)	124 (86.1)	4.0 (4.0)

1.4 ภาวะสุขภาพ

1.4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบสุขภาพตนเองขณะปัจจุบันเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพพอๆ กับปีที่ผ่านมาร้อยละ 43.8 แย่กว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 32.6 และ ดีกว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 20.1 ตามลำดับ โดยร้อยละ 32.6 ไม่เคยตรวจสุขภาพเลยเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี และร้อยละ 50 ตรวจสุขภาพทุกปี

1.4.2 โรคและอาการผิดปกติ

ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบร้อยละ 23.6 มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว นอกนั้นมีอาการปวดกระดูกกล้ามเนื้อร้อยละ 69.4 ปวดหลังร้อยละ 56.3

นอนไม่หลับร้อยละ 38.2 และปวด/เวียนศีรษะร้อยละ 37.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.7) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.4 โดยร้อยละ 32.6 มีโรคประจำตัวคนละหนึ่งโรค ร้อยละ 27.8 มีโรคประจำตัว 2 โรค ที่เหลือมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค โดยโรคที่พบส่วนใหญ่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.6 และ 22.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวนปีที่เคยตรวจสุขภาพครั้งสุดท้าย		
0 – 1 ปี	72	50.0
2-10 ปี	25	17.4
ไม่เคยตรวจ(มากกว่า 10 ปี)	47	32.6
การตรวจสุขภาพประจำปี		
เคย	97	67.4
ไม่เคย	47	32.6
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
ดีกว่าปีที่ผ่านมา	29	20.1
แย่กว่าปีที่ผ่านมา	47	32.6
พอกับปีที่ผ่านมา	63	43.8
ไม่ทราบแยกแยะไม่ได้	5	3.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	34	23.6
โรคประจำตัว 1 โรค	47	32.6
โรคประจำตัว 2 โรค	40	27.8
โรคประจำตัวมากกว่า 2โรค	23	16.0

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์		
โรคความดันโลหิตสูง	22	15.3
โรคกระดูกเสื่อม	7	4.9
โรคเบาหวาน	5	3.5
โรคไขมันในเลือด	1	0.7
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือด	15	10.4
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	12	8.3
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่น	42	29.2
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงและอื่น	31	21.5
โรคอื่นๆ	14	9.7

1.5 ลักษณะงาน

1.5.1 ลักษณะงาน จำนวนชั่วโมงต่อวัน เวลาทำงาน (วัน) ต่อสัปดาห์

ลักษณะการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่ก่อให้เกิดรายได้ พบเป็นกลุ่มคนทำงานภาคบริการร้อยละ 38.2 กลุ่มหาบเร่และแผงลอยร้อยละ 22.2 กลุ่มรับงานมาทำที่บ้าน ร้อยละ 13.9 และทำงานสองอาชีพร้อยละ 3.5 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานสัปดาห์ละ 5-7 วัน ร้อยละ 83.3 ($\bar{X} = 5.93$, S.D. = 1.658) และใช้เวลาในการทำงาน 4-11 ชั่วโมง ต่อวันมากที่สุดร้อยละ 61.1 รองลงมาเป็นเวลา 0 - 3 ชั่วโมง ร้อยละ 22.2 (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะงานของ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ลักษณะงาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กลุ่มคนทำงานภาคบริการ	55	38.2
กลุ่มหาบเร่แผงลอย	32	22.2
กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน	20	13.9
กลุ่มคนทำงานบ้าน	15	10.4
กลุ่มแรงงานรับจ้างทั่วไป	12	8.3
กลุ่มคนซื้อขายของเก่า	5	3.5
กลุ่มผู้ขับรถรับจ้าง	4	2.8
กลุ่มแรงงานรับจ้างทางการเกษตร	1	0.7
ระยะเวลาทำงานต่อวัน(ชั่วโมง)		
0 - 3 ชั่วโมง	32	22.2
4 - 11 ชั่วโมง	88	61.1
12 ชั่วโมงขึ้นไป	24	16.7
(\bar{X} = 6.84, S.D. = 3.96, Min = 1 ชม., Max = 17 ชม.)		
ระยะเวลาทำงานต่อสัปดาห์ (วัน)		
0 - 4 วัน	24	16.7
5 - 7 วัน	120	83.3
(\bar{X} = 5.93, S.D. = 1.658, Min = 1 วัน, Max = 7 วัน)		

1.5.2 การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงาน

ในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จากการประกอบอาชีพเมื่อต้องสัมผัสกับสิ่ง กระทบภายนอกและมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ซึ่งอาจเป็นผลให้การดำเนิน งานไม่ประสบความสำเร็จหรือทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติทั้งชั่วคราว และถาวร การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการที่ทำงานที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพระดับสูงร้อยละ 94.4 และมีความปลอดภัยต่อ สุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.6 (\bar{X} = 5.4, S.D. = 5.0) โดยที่อาการผิดปกติส่วนใหญ่ที่พบเกิด ต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 4.2 รองลงมาคือมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 1.4 และมีโอกาส เกิดความผิดปกติจากการสัมผัสสิ่งต่างๆ ทางผิวหนังน้อยที่สุด (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

อาการผิดปกติ	ระดับการรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติ						\bar{X}	S.D.	Min	Max
	น้อย		ปานกลาง		สูง					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
โดยรวม	136	94.4	8	5.6	0	0	5.43	5.04	0	26
จำแนกตามลักษณะการเกิดอาการ										
การติดเชื้อโรค	141	97.9	2	1.4	1	0.7	0.2	0.5	0	3
หู ตา จมูก	138	95.8	5	3.5	1	0.7	0.6	1.0	0	5
การสัมผัสสทางผิวหนัง	137	95.1	7	4.9	0	0	1.1	1.6	0	7
ภาวะเครียด	134	93.1	9	6.3	1	0.7	0.4	0.6	0	3
ทางเดินหายใจ	131	91.0	12	8.3	1	0.7	0.8	1.1	0	5
อุบัติเหตุ	130	90.3	12	8.3	2	1.4	0.7	1.2	0	5
กระดูกและกล้ามเนื้อ	109	75.7	29	20.1	6	4.2	1.7	1.4	0	6
อื่นๆ	136	94.4	5	3.5	3	2.1	0.2	0.6	0	3

1.6 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 60.4 รองลงมา มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 39.6 ($\bar{X} = 69.9$, S.D. = 16.0) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงที่สุดร้อยละ 70.1 ตามด้วยการพัฒนาทางจิตวิญญาณร้อยละ 59.0 ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 81.9, 56.3 ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 43.8 และ 41.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			\bar{X}	S.D.
	สูง	ปานกลาง	น้อย		
	n (%)	n (%)	n (%)		
โดยรวม	87 (60.4)	57 (39.6)	0 (0)	69.9	16.0
จำแนกรายด้าน					
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	101 (70.1)	36 (25.0)	7 (4.9)	15.9	4.1
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	85 (59.0)	54 (37.5)	5 (3.5)	9.5	2.5
การจัดการความเครียด	51.0 (35.4)	81 (56.3)	12 (8.3)	11.0	3.5
การออกกำลังกาย	42 (29.2)	43 (29.9)	59 (41.0)	11.9	6.7
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	37 (25.7)	44 (30.6)	63 (43.8)	8.5	5.1
โภชนาการ	7 (4.9)	118 (81.9)	19 (13.2)	13.0	3.4

เมื่อจำแนกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเรื่องของการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว และมีการแสดงความรัก ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่คนในครอบครัว เพื่อนและคนใกล้ชิดร้อยละ 66.7 และ 63.2 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมามากที่สุดร้อยละ 54.2 และ มองโลกในแง่ดีเมื่อมีปัญหาอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 53.5 รองลงมาผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบรู้สึกภูมิใจที่ทำงานได้ผลตามที่ตั้งใจร้อยละ 50.7 ขอมรับและกล้าเผชิญ กับสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 49.3 ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุดเป็นพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายเนื่องจากกลัวเสียเวลาในการทำงาน โดยที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่ไม่เคยฟังบรรยายความรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 47.2 ไม่ได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำร้อยละ 28.5 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายร้อยละ 58.3 (ตารางที่ 4.10)

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนความเพียงพอของรายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ในระดับปานกลางร้อยละ 65.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 4.10)

อายุและการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.17$ และ $r = 0.25$, $p\text{-value} < 0.05$)

ลักษณะงานพบว่า จำนวนวันที่ทำงานในหนึ่งสัปดาห์ และ จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อหนึ่งวัน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33$, $r = -0.37$, $p\text{-value} < 0.01$)

ทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46$, 0.31 , $p\text{-value} < 0.01$) ตามลำดับ

การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36$, $p\text{-value} < 0.01$) และนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18$, $p\text{-value} < 0.05$)

การได้รับการสนับสนุนและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.28$, $p\text{-value} < 0.01$) (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาชีพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (N = 144)

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ						χ^2	df	p- value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ				
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
การศึกษา							7.607	2	0.022
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	18	12.5	76	52.8	21	14.6			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	10	6.9	18	12.5	1	0.7			
ความเพียงพอของรายได้							8.841	2	0.012
เพียงพอ	20	13.8	69	47.9	9	6.3			
ไม่เพียงพอ	8	5.6	25	17.4	13	9.0			
การรับรู้ภาวะสุขภาพ							13.646	4	0.009
ปีนี้พอกับปีก่อน	11	7.6	44	30.6	13	9.0			
ปีนี้ดีกว่าปีก่อน	12	8.3	16	11.1	1	0.7			
ปีนี้แย่กว่าปีก่อน	5	3.5	34	23.6	8	5.6			
อาชีพ							14.560	4	0.006
รับจ้าง	17	11.8	25	17.4	6	4.2			
ภาคบริการ	8	5.6	44	30.5	7	4.8			
หาบเร่, ซื่อของเก่า	3	2.1	25	17.4	9	6.3			

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ทักษะคิด การเข้าถึงบริการ ความรู้ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน อายุ จำนวนวันในหนึ่งสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงในหนึ่งวัน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (N = 144)

ปัจจัย	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p-value
ทัศนคติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	0.46	< 0.01
การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ	0.36	< 0.01
ความรู้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	0.31	< 0.01
การศึกษา	0.25	< 0.05
การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	0.28	< 0.01
นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	0.18	< 0.05
อายุ	0.17	< 0.05
จำนวนวันทำงานในหนึ่งสัปดาห์	- 0.33	< 0.01
จำนวนชั่วโมงที่ทำงานในหนึ่งวัน	- 0.37	< 0.01

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

การวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครกับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ลักษณะงาน นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) แต่เนื่องจากตัวแปรการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส มีลักษณะเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ซึ่งต้องแก้ไขตัวแปรระดับนามบัญญัติด้วยวิธีการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy-Coding Variables) (ภาคผนวก) ก่อนนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน และต้องตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระไม่ให้มีความสัมพันธ์กันเองสูงกว่าหรือเท่ากับ 0.80 เพื่อป้องกันการเกิด Multicollinearity (r มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80)(ภาคผนวก) ซึ่งไม่พบว่าตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กันเองเกิน 0.80

ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	Unstandardized		t	p-value
	B	Std. Error		
ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	1.168	.189	6.170	< 0.001
การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	1.077	.257	4.190	< 0.001
การศึกษา(ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป)	8.840	2.727	3.242	< 0.01
จำนวนวันที่ทำงาน	-2.116	0.668	-3.168	< 0.01
อาชีพหาบเร่และซื้อขายของเก่า	-5.605	2.228	-2.516	< 0.05
การรับรู้ภาวะสุขภาพปีนี้ดีกว่าปีที่ผ่านมา	-6.379	2.706	-2.357	< 0.05
อาชีพภาคบริการ	5.685	2.625	2.166	< 0.05

$R^2 = 0.460$

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่ามีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การศึกษาและจำนวนวันที่ทำงานมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า อาชีพภาคบริการ และการรับรู้ภาวะสุขภาพปีนี้ดีกว่าปีที่ผ่านมา มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 7 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 46 ($R^2 = 0.460, p = <0.05$) เมื่อพิจารณาทิศทางและน้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ พบว่า มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เป็นบวกคือ ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา อาชีพภาคบริการ ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เป็นลบคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนวันที่ทำงาน รวมถึงอาชีพหาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า (ตารางที่ 4.13) โดยมีสมการดังนี้

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
=24.674 + 1.168 (ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ) +1.077 (การสนับสนุนจากบุคลากร
สาธารณสุข) + 8.840 (การศึกษา) – 2.116 (จำนวนวันที่ทำงาน) -5.605 (อาชีพหาบเร่และซื้อขายของ
เก่า) - 6.379 (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) + 5.685 (อาชีพภาคบริการ)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์เชิง
บวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ส่วนการ
รับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอก
ระบบในกรุงเทพมหานคร และลักษณะงาน(อาชีพ จำนวนวันทำงาน) มีความสัมพันธ์ทั้งเชิงบวก
และเชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ซึ่ง
จะกล่าวรายละเอียดในบทที่ 5 อภิปรายผล ต่อไป

บทที่ 5

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 144 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบบหลายขั้นตอน จาก 6 พื้นที่เขตการปกครองผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่าระดับการศึกษาและความเพียงพอของรายได้ อาชีพและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าจำนวนวันที่ทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ($r = -0.33$) และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน (-0.37) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ($p\text{-value} < 0.01$) ทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.46$) การเข้าถึงบริการ ($r = 0.36$) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.31$) การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ($r = 0.28$) และนโยบายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ($r = 0.18$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{ value} < 0.05$) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ถดถอยแบบพหุขั้นตอนพบว่า ทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข ระดับการศึกษา จำนวนวันที่ทำงานการรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาชีพสามารถอธิบายความแปรปรวน ได้ร้อยละ 46 ($R^2 = 0.460$) ซึ่งในบทนี้ นำเสนอการอภิปรายผลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะประชากร
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามสมมติฐาน
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะประชากร

จากการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.6 พบมากที่สุดอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 60-69ปี ร้อยละ 67.9 โดยอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.33 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและ การเคหะแห่งชาติ ที่พบว่าประชากรสูงอายุส่วนใหญ่ในปี พ.ศ. 2553 เป็นผู้ที่มียุระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 86.7และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาแรงงานสูงอายุไทยของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน (2550) ที่พบว่าร้อยละ 46.81 – 58.2 เป็นเพศชายที่อายุระหว่าง 60 – 64 ปี ผลการวิจัยยังพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.2 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 49.3 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 79.9 สอดคล้องกับการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยที่พบว่าอาชีพส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 65.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 76.4

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ร้อยละ 43.8 ระบุว่าปัจจุบันตนเองมีสุขภาพพอๆกับปีที่ผ่านมารองลงมารับรู้ว่าการะสุขภาพแย่กว่าปีที่ผ่านมามากน้อย ร้อยละ 29.9 และพบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.6 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.9 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 75.7 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ศึกษาผู้สูงอายุทั่วประเทศแล้วพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี รองลงมาสุขภาพปานกลาง และสุดท้ายประเมินว่าสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 43.0, 28.9 และ 2.8 ตามลำดับ โดยพบโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่าผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมที่สวนลุมพินีมีโรคประจำตัว มากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 13.2 โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 20.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.8 และโรคหัวใจร้อยละ 5.0 และจิราพร มงคลประเสริฐ (2546) พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาเป็นประจำ ได้แก่ โรคกระดูกและข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคปอด แต่สอดคล้องกับการศึกษาของนัตริชัย เอกปัญญาสกุล (2550) และสำนักสารนิเทศกระทรวงสาธารณสุข (2551) ที่ว่าการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุก็เป็นส่วนหนึ่งในการก่อหรือส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยและการทุพพลภาพ เนื่องจากมีภาวะคุกคามเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคนนี่ ยาร์ดเลย์ มาตินัวร์และ เจย์ (Kenny, Yardley , Martineau & Jay, 2008) ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานของร่างกายและความเสี่ยงในการเกิดการ

บาดเจ็บจากการทำงานนั้นคือ อายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในการทำงานลดลง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ร้อยละ 43.8 โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.9

การทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่ก่อให้เกิดรายได้ พบเป็นกลุ่มคนทำงานภาคบริการร้อยละ 38.2 กลุ่มหาบเร่และแผงลอยร้อยละ 22.2 กลุ่มรับงานมาทำที่บ้านร้อยละ 13.9 และทำงานสองอาชีพร้อยละ 3.5 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานสัปดาห์ละ 7 วัน ร้อยละ 60 และใช้เวลาในการทำงาน 4-11 ชั่วโมงต่อวันมากที่สุดร้อยละ 61.1 รองลงมาเป็นเวลา 0-3 ชั่วโมง ส่วนการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) พบว่า อาชีพที่ทำส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 65.2 ภาคเหนือเป็นภาคที่มีแรงงานสูงอายุมากที่สุดร้อยละ 29.1 ที่มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยถึง 59.2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด (48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ทั้งนี้เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นชุมชนเมือง ทำให้แรงงานสูงอายุได้รับการเกื้อกูลจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชนน้อยมาก เนื่องจากสังคมเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ แต่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนแรงงานสูงอายุมากที่สุดร้อยละ 8.74 รายได้จากการทำงานต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำเฉลี่ย (4,607.70 บาทต่อเดือน) และมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 41.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ความต้องการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการจากโรงพยาบาลของรัฐและศูนย์อนามัยในชุมชนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพราะใช้สิทธิจากบัตรทอง และมีความพึงพอใจในสวัสดิการที่จัดให้ แต่ต้องใช้เวลาในการรอคิวการรักษาาน ยกเว้นภาคเหนือ ความต้องการด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในเรื่องสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรทอง แต่ไม่สะดวกในด้านการเดินทาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังต้องทำงาน

รายได้ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมาจากการประกอบอาชีพเพียงอย่างเดียวร้อยละ 13.9 ทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 42 ชั่วโมง รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ย 5,643 บาทต่อเดือน ซึ่งสูงกว่าค่าแรงขั้นต่ำเฉลี่ย 5,356 บาทต่อเดือนหรือวันละ 206 บาทต่อวัน (สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน สำนักเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานคณะ กรรมการค่าจ้าง กระทรวงแรงงาน, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน (2550) ที่ว่าแรงงานสูงอายุกรุงเทพมหานครได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าอัตราค่าจ้างเฉลี่ยขั้นต่ำ และมีการทำงานเฉลี่ย 50.1 ถึง 52.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบยังมีหนี้สินร้อยละ 16.7 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศบังกลาเทศ (Kabir, Md. Humayun, 1995 อ้างถึงใน วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550) และมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ยังต้องการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่อไปร้อยละ 40 และมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองและชนบทจึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวร้อยละ 54.2 นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการรับรู้ว่างานที่ทำมีความปลอดภัยต่อสุขภาพระดับสูงร้อยละ 94.4 ($\bar{X} = 5.4$, $SD = 5.0$) โดยที่อาการผิดปกติส่วนใหญ่เกิดต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 4.2

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 60.4 รองลงมาคือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 39.6 ($\bar{X} = 69.9, S.D. = 16.0$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงที่สุดร้อยละ 70.1 ตามด้วยการพัฒนาทางจิตวิญญาณร้อยละ 59.0 เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนกรุงเทพมหานคร และทำงานในชุมชน จึงรู้จักกันและมีความเป็นกันเองระหว่างบุคคลสูง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 81.9, 56.3 ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 43.8 และ 41.0 เนื่องจากผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีความเห็นว่าการไปตรวจสุขภาพหรือการออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าพบว่ายอมรับสมมติฐานด้านปัจจัยนำ ในเรื่องของ ความรู้ทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อายุ การศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31, p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของบุตษรา นาคลำภา (2546) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และเย็นฤดี แสงเพชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการ โลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อแยกศึกษาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนความรู้ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียดต่ำกว่าด้านอื่นๆ อธิบายได้ว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุและแรงงานชายสูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและถูกต้อง และความรู้ตามแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ที่ระบุว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

1.2 ทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46$, $p - \text{value} < 0.01$) โดยเมื่อแยกรายด้านพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีทักษะคิดที่ดีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่ไม่ยอมปฏิบัติโดยเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพประจำปี มีผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบตรวจสุขภาพทุกปีเพียงร้อยละ 50 และไม่ออกกำลังกายร้อยละ 58.3 เนื่องจากกลัวเสียเวลา เสียรายได้จากการประกอบอาชีพสอดคล้องกับการศึกษาของบุตรานาคลำภา (2546) และ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและแรงงานสูงอายุชาย ที่พบว่าทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่าถ้าผู้สูงอายุหรือแรงงานสูงอายุมีทักษะคิดเชิงบวกเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม ซึ่งกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) กล่าวว่าทักษะคิดเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ที่มีทั้งผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.3 อายุ การศึกษา และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อายุและการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.17$ และ $r = 0.25$, $p - \text{value} < 0.05$) ส่วนความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 79.9 อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายต้องทำงานเพื่อเลี้ยงบุคคลในครอบครัว แต่ระดับการศึกษาต่ำและความสูงวัย ทางเลือกของการประกอบอาชีพน้อย รายได้จึงต่ำ ทำให้มีภาระหนี้สิน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรินทร กลัมพากร (2545) ที่ศึกษาบทบาทของพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ พบว่าแรงงานนอกระบบที่ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะป้องกันตนเองทำให้มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการทำงานและขาดสวัสดิการและการคุ้มครองทางกฎหมาย ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และเกิดปัญหาสุขภาพในเรื่องของการปวดหลัง เอว เข่า นิ้วมือ และออร์ซ วาทวี (2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า รายได้และความพอเพียงของรายได้ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมที่ต่างกันที่นัยสำคัญ ($p - \text{value} < 0.05$) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นขึ้น

ไป มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้พอแต่ไม่เหลือเก็บ ซึ่งต่างจากการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยอื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้ายอมรับสมมติฐานด้านปัจจัยอื่น ในเรื่องของการเข้าถึงบริการและนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

2.1 การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36$, $p\text{-value} < 0.01$) เนื่องจากการให้บริการ โดยโครงการหลักประกันสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับบริการใกล้บ้านได้และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและไม่เสียค่าเดินทาง พอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เพราะหน่วยบริการมีการปรับปรุงคุณภาพให้ได้มาตรฐานสากลเท่าเทียมกัน ซึ่งการศึกษาของบุตษรา นาคลำภา (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในเชิงบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการออกกำลังกาย เมื่อมีการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ (ลานกีฬา อุปกรณ์) ที่สะดวกสบายมากขึ้นและเพียงพอแก่ความต้องการ ส่วนการศึกษาของเย็นฤดี แสงเพชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแรงงาน สูงอายุชาย ในสถานประกอบการ โลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าความสะดวกในการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากในสถานประกอบการมีห้องพยาบาล สำหรับให้บริการแก่แรงงานชายสูงอายุตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) เกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่ว่าการที่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 นโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาค้นคว้า นโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์บริการ

สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18$, $p\text{-value} < 0.05$) โดยเฉพาะนโยบายในชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 52.1 ประกอบกับยังประกอบอาชีพอยู่ในชุมชนที่ตนเองคุ้นเคย การรักษาพยาบาลก็เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร อีกทั้งนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นส่วนหนึ่งที่เอื้อให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเข้าถึงนโยบายสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 50 และ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทราบว่ามีนโยบายที่เอื้อต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในสถานบริการร้อยละ 95.8 โดยเฉพาะด้านการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 64.6 รวมทั้งทราบว่ามีนโยบายที่เอื้อต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 88.9 โดยเฉพาะด้านการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 75.7 แบ่งเป็นการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์ วันปีใหม่ ร้อยละ 65.3 รองลงมาเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพทั้งในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ร้อยละ 38.9 ตามลำดับ อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทราบว่ามีส่วนร่วมผู้สูงอายุตั้งอยู่ในชุมชนและในสถานบริการ ทำให้การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพได้สะดวกมากขึ้นและต่อเนื่องเพราะมีการติดต่อสื่อสารและจัดกิจกรรมร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรชร โททวี (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพะจังหวัดราชบุรี ที่มีอายุ 60 – 79 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนเป็นประจำมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของเย็นฤดี แสงเพชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการไม่มีความสัมพันธ์กับนโยบายสร้างเสริมสุขภาพทั้งนี้เนื่องจากแรงงานสูงอายุไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในสถานประกอบการ ($p\text{-value} = 0.108$) ซึ่งอาจแตกต่างกันได้เพราะโรงงานมีการบริหารจัดการ

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาพบว่ายอมรับสมมติฐานด้านปัจจัยเสริมบางส่วน โดยยอมรับสมมติฐานในเรื่องของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และ แกนนำสาธารณสุข ปฏิเสธสมมติฐาน ดังนี้

3.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร (p -value < 0.05) เนื่องจากงานที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำเป็นงานที่ทำคนเดียว เช่น ค้าขาย รับงานมาทำที่บ้าน รับจ้างทำดอกไม้จันทน์ ทำไม้แขวนเสื้อ รับจ้างทำงานบ้าน และมีการกำหนดส่งงานตามเวลาทำให้ต้องรีบเร่งทำงานเป็นเหตุให้ไม่มีเวลาไปพูดคุยหรือช่วยเหลือเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

3.2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) เนื่องจากบุคคลในครอบครัวต่างมีภาระงานของตนเองที่ต้องรับผิดชอบ และส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านและไม่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุและบางครั้งยังนำภาระเช่น บุตรหลานเล็กๆ มาให้ผู้สูงอายุดูแล อีกทั้งไม่ให้การสนับสนุนด้านการเงิน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องทำงานหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของบุตษรา นาคลำภา (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโดนด อำเภอนอนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุส่งผลทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ปัทมาวดี บุพลีรี (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่าผู้สูงอายุได้รับข่าวสารพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด อรชร โวทวี (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพจังหวัดราชบุรี ที่มีอายุ 60-79 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และ การศึกษาของเย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

3.3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแกนนำชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร (p -value < 0.05) เพราะแกนนำชุมชนมีภาระงานที่รับมาจากสำนักงานเขตในการดูแลสิ่งแวดล้อม

ในชุมชน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขจะเข้าพบผู้สูงอายุต่อเมื่อมีการสำรวจข้อมูลชุมชนหรือกรณีมีการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแล และส่วนมากปฏิบัติงานในหลายสาขา เช่น เป็นพนักงานคุมประพฤติ ช่วยงานป้องกันและควบคุมโรคที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน อีกทั้งชุมชนในกรุงเทพมหานครเป็นชุมชนย้ายถิ่น และสังคมเป็นสังคมเมืองประชาชนไม่ได้อยู่กับแบบที่นิ่งเหมือนต่างจังหวัด ทำให้ไม่ทราบว่แกนนำชุมชนเป็นใครมีหน้าที่อะไร เป็นเหตุให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จาก แกนนำชุมชนด้อยลง

3.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ($r = 0.28, p\text{-value} < 0.01$) เนื่องจากนโยบายของศูนย์บริการสาธารณสุข และนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ส่วนมากเป็นนโยบายเชิงรุกทำให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าชุมชนเพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับบุคคลทุกวัย และวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพหลากหลายต้องการความช่วยเหลือทั้งทางกาย และจิตใจ และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้มีการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชัยนาท พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่าในกลุ่มเดียวกัน อรชร โวทวี (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพจังหวัดราชบุรี ที่มีอายุ 60 – 79 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการศึกษาของเย็นฤดี แสงเพ็ชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแรงงาน สูงอายุชายในสถานประกอบการ โลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สมมติฐานข้อที่ 4 ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษายอมรับสมมติฐาน โดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพพอๆกับปีที่ผ่านมาร้อยละ 43.8 แยกกว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 32.6 มี

พฤติกรรมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่รู้ว่าภาวะสุขภาพดีกว่าปีก่อน เนื่องจากผู้สูงอายุมีภารกิจในชีวิตประจำวันหลายด้านและ การเปลี่ยนแปลงตามวัยทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะต่างๆเพิ่มขึ้น ไม่มีเวลา รายได้น้อย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาหารและเลือกอาหารที่มีคุณประโยชน์ให้ตนเองและบุคคลในครอบครัวได้ต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปประทาน ผู้สูงอายุจึงมีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ 1 โรค และมักเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นการประกอบอาชีพอาจเป็นสาเหตุหนึ่งด้วยและเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบต้องดูแลสุขภาพตนในด้านอื่นๆเพิ่มขึ้นเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชัยนาท จังหวัดละ 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองสูงสามารถดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ระดับภาวะสุขภาพต่ำ จิราพร มงคลประเสริฐ (2546) ศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีปานกลาง มีการเจ็บป่วยบ้างนานๆครั้ง เมื่อเวลาเกิดการเจ็บป่วย ก็ได้รับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขและได้รับดูแล เอาใจใส่จากญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด ในด้านการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ภิราดา บุราณสาร (2546) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูงก็จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงด้วย และชลธิชา จันทศิริ (2549) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐานข้อที่ 5 ลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาพบว่ายอมรับสมมติฐานลักษณะงานบางส่วน โดยยอมรับสมมติฐานในเรื่องของอาชีพ จำนวนชั่วโมงและจำนวนวันในการทำงาน แต่การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติที่เกิดจากการทำงานปฏิเสธสมมติฐาน ดังนี้

5.1 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.01$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่ทำการศึกษาลำดับใหญ่ทำงานภาคบริการและรับจ้างทั่วไป มีพฤติกรรมสร้างเสริม

อันดับสองรองจากการบาดเจ็บของโรคที่สัมพันธ์กับงาน ส่วนการศึกษาของคาร์บอน (Carbone, et.al, 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาชีพและโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายในแรงงานสูงอายุ ประเทศอิตาลี พบว่า การเกิดโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายพบมากในคนงานที่ใช้แรงงาน คนงานท่าเรือ คนขับรถ อนิรุจน์ มะโนธรรม (2548) ทำการศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ตพบว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบมีความรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 82.08 ซึ่งมีสาเหตุมาจากงานที่ทำ ส่วนความถี่ของความรู้สึกปวดเมื่อย แต่คนนี้ ยาร์ดเลย์ มาตินัวร์และ เจย์ (Kenny, Yardley, Martineau & Jay, 2008) ศึกษาถึงความสามารถในการทำงานของแรงงานสูงอายุ พบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานของร่างกาย และ ความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน แต่สามารถป้องกันได้หรือให้เกิดขึ้นที่สุดโดยฝึกเรื่องท่าทางการทำงานและแรงงานสูงอายุจะสามารถทำงาน ได้ถ้าเขาดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม ภาวะสุขภาพ และ ลักษณะงานมีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ (ทัศนคติและการศึกษา) และ ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข) มีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา (ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป) มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพโดยการสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงสามารถต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บได้ และเป็นพฤติกรรมที่ลงทุนน้อยเพียงแต่มีความเชื่อและลงมือทำอย่างจริงจังเท่านั้น หากขาดสื่อหรืออุปกรณ์ใดก็สามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ โดยเฉพาะจากหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุขเพราะผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการรับรู้ว่ามีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพทั้งในชุมชนและในสถานบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลสาธารณสุขในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในสถานบริการและในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ขั้นตอนที่ 4 ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ที่ว่า ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมเป็นปัจจัย พื้นฐานและเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลหรือ

ชุมชน อีกทั้งเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมและสามารถใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ จะทำให้เกิดการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้ง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของเย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในแรงงาน สูงอายุชายในสถานประกอบการ โลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าทัศนคติและนโยบายสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานชายสูงอายุในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรปราการสูงสุด ($p\text{-value} < 0.001$)

ภาวะสุขภาพ(การรับรู้ภาวะสุขภาพปีที่ดีกว่าปีที่ผ่านมา) มีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร โดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสามารถในการทำนายแบบผกผันกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบรับรู้ว่าตนมีสุขภาพดี แข็งแรงก็ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพเพราะทำให้เสียเวลา เสียรายได้

ลักษณะงาน (จำนวนวันที่ทำงาน อาชีพภาคบริการ อาชีพหาบเร่และซื้อขายของเก่า) มีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร โดยพบว่ามีจำนวนวันที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบต้องทำงานในหนึ่งสัปดาห์มีความสามารถในการทำนายแบบผกผันกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ประกอบกับภาระในการหาเลี้ยงตนเองและบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบต้องเพิ่มวันและเวลาในการทำงานที่มากขึ้น เวลาในการดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจึงลดน้อยลง และผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบบางรายมีความคิดว่าการออกกำลังกายหรือปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นการเสียเวลาในการทำงานร้อยละ 29.8

อาชีพภาคบริการ อาชีพหาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยลักษณะของอาชีพหาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า มีความสามารถในการทำนายแบบผกผันกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากเป็นอาชีพที่ต้องทำทุกวันจึงมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ เป็นงานที่ต้องใช้แรงและเวลาในการทำงานมาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จึงมักเกิดการเจ็บป่วยตามมาโดยส่วนมากมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบอาชีพภาคบริการที่มีการทำนายว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามกันเมื่อการทำงานมากขึ้นเนื่องจากอาชีพให้บริการ(ได้แก่ ค้าขาย นวดแผนโบราณ ตัดผม)ต้องอาศัยภาพลักษณ์ในการนำเสนอ หากตนเองมีสุขภาพไม่ดี ป่วยบ่อย

หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ไม่สามารถประกอบอาชีพนี้ได้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ขั้นตอนที่ 4 และ 5 ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ที่ว่าความรู้ การรับรู้ และองค์ประกอบในการให้สุขศึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลหรือชุมชน นอกจากนี้ความแตกต่างของบุคคลยังมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลด้วย

อย่างไรก็ตามพบว่า การเข้าถึงบริการและนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากการกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมืองเป็นชุมชนย้ายถิ่น ทำให้ผู้ที่อยู่และประกอบอาชีพในกรุงเทพมหานครมีชีวิตที่เร่งรีบ ต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อหารายได้ให้เพียงพอกับการเลี้ยงชีพ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนมากเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา การเห็นคุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพจึงน้อยกว่าการหารายได้ให้เพียงพอต่อการยังชีพ ถึงแม้ว่าการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพจะสามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และไม่ต้องเดินทางไกล ก็ยังมีผู้ให้ความสนใจในการใช้บริการน้อย จะมาใช้บริการต่อเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเท่านั้น

จากรายละเอียดข้างต้นพบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษา (ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนและข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนภาวะสุขภาพ (การรับรู้ภาวะสุขภาพปีนี้ดีกว่าปีที่ผ่านมา) และลักษณะงาน (จำนวนวันที่ทำงาน อาชีพภาคบริการ อาชีพหาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า) มีความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับทฤษฎีข้อสังเกตว่า ที่ว่าการให้การศึกษาเป็นกลยุทธ์พื้นฐานของงานสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งการมีสุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาบุคคล สังคมและเศรษฐกิจรวมถึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังเป็นไปตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ที่ว่าปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ส่วนปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือชักชวนให้บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆต่อไป ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในบทที่ 6 ซึ่งเป็นบทสรุป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross - sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงาน ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสาร กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ในกรุงเทพมหานคร ตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 144 คน สุ่มตัวแบบหลายขั้นตอนโดยสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้ 6 เขตพื้นที่การปกครอง จาก 50 เขตพื้นที่การปกครองของกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระหว่าง พฤศจิกายน 2552 – มกราคม 2553 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ไคว์-สแควร์ (Chi-Square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) โดยอายุเฉลี่ย 67 ปี ($\bar{X} = 67.3$, S.D. = 6.1) สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับบุตร มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มีภูมิลำเนาเดิมอยู่กรุงเทพมหานคร และมีรายได้อยู่ระหว่าง 0- 5,000 บาทต่อเดือน และมีหนี้สินร้อยละ 16.7 รายได้ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมาจากการประกอบอาชีพร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 60.4 ($\bar{X} = 69.9$, S.D. = 16.0) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการรับรู้ว่าเป็นปัจจุบันตนเองมีสุขภาพพอๆกับปีที่ผ่านมาร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ร้อยละ 43.8 โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.9 และผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบร้อยละ 23.6 ทราบว่าตนเองมีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว

ลักษณะงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 42 ชั่วโมง ซึ่งเป็นทำงานภาคบริการ ร้อยละ 38.2 ทำงานสัปดาห์ละ 7 วัน วันละ 4-11 ชั่วโมง มีการรับรู้ว่างานที่ทำมีความปลอดภัยต่อสุขภาพระดับสูงร้อยละ 94.4 โดยที่อาการผิดปกติส่วนใหญ่เกิดต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 4.2)

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 4.0) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับสูงสุด ($\bar{X} = 11.9$, S.D. = 6.8) ส่วนในด้านการกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์ พยาบาล การออกกำลังกาย การเงิน กำลังใจในการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือด้านอาชีพ และการช่วยเหลือด้านแหล่งประโยชน์ต่างๆ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบได้รับจากบุคคลในครอบครัว

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพได้สะดวก โดยเฉพาะการเดินทางและบริการที่สะดวกรวดเร็ว ส่วนด้านอุปสรรคเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเข้าถึงบริการได้ยากกว่า ในเรื่องของนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทราบว่ามียุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพทั้งในชุมชนและในสถานบริการจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทราบว่ามียุทธศาสตร์ที่ดำเนินการในสถานบริการร้อยละ 95.8 และมีนโยบายที่ดำเนินการอยู่ในชุมชนร้อยละ 88.9 แต่มีผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเพียงร้อยละ 56.9 เท่านั้นที่ทราบว่าในสถานบริการมีนโยบายจัดสถานที่ หรือ ชมรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคว์-สแควร์ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพและอาชีพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.01$) ส่วนความเพียงพอของรายได้และการศึกษาของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.17$, $p - value < 0.05$) ทักษะคิด ($r = 0.46$) และ

ความรู้ ($r = 0.31$) เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ตามลำดับ การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.36$) และนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ($r = 0.18$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) การได้รับการสนับสนุนและข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.28$, p -value < 0.01) จำนวนวันทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ($r = -0.33$) และ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานในหนึ่งวัน ($r = -0.37$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษา การได้รับการสนับสนุนและข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข กับจำนวนวันที่ทำงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาชีพ (ภาคบริการ อาชีพหาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า) สามารถร่วมกันทำนาย และ อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 46 ($R^2 = 0.46$, p -value < 0.05)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ด้านบริหาร

1.1 ควรมีนโยบายการจัดระบบสวัสดิการเพื่อดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยประสานงานกับเพื่อน แกนนำชุมชน บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุข ในลักษณะการสื่อสารสองทาง เพื่อสัมพันธ์ภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.2 มีการกำหนดนโยบายเชิงรุกในชุมชน โดยการสำรวจกลุ่มอาชีพ จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพให้เหมาะสมกับอาชีพ และ ความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้สูงอายุ รวมถึงมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากไม่เคยมีนโยบายการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพในชุมชน

1.3 ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งที่ทำงานนอกระบบและไม่ได้ทำงานได้รับการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเท่าเทียมและต่อเนื่อง

1.4 กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพเกี่ยวกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่

2. ด้านบริการ

2.1 ด้านการส่งเสริม ฟิ้นฟู

2.1.1 จัดบุคลากรในการตรวจสอบดูแลและบำรุงรักษาอุปกรณ์ให้มีสภาพพร้อมใช้ มีความมั่นคงแข็งแรง และมีจำนวนอุปกรณ์เพียงพอกับผู้ใช้บริการ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.1.2 จัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมให้ความรู้เกี่ยวกับการสอนสาธิตให้แก่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่บ้านอย่างต่อเนื่องและมีการส่งต่อ ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน อันก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต โดยเฉพาะในรายที่ทำงานเกิน 8 ชั่วโมง และไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน (กรณีการทำงานมีโอกาสเกิดความผิดปกติต่อร่างกาย)

2.2 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.2.1 หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ควรมีแนวทางการดำเนินการตามนโยบายสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน เป็นไปในทางเดียวกัน และควรอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุก่อน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการถดถอย การปฏิบัติตนตามนโยบายสร้างเสริมสุขภาพอาจมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติไม่เท่ากับวัยอื่นๆ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีภาระเรื่องหนี้สิน และยังคงทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว

2.2.2 มีการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้บริการตรวจรักษา และให้คำแนะนำด้านอาชีวอนามัย ตลอดถึงการส่งต่อในรายที่มีความผิดปกติจนอาจเกิดความพิการ

2.2.3 การประสานงานกับหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชน ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย โดยเฉพาะด้านการเงิน การตลาด การสื่อสาร และอุปกรณ์ต่างๆ

2.3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.3.1 ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขและชุมชนควรมีการนำโปรแกรมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในประชากรกลุ่มต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ

2.3.2 มีการพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารและภาคีเครือข่ายในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ เพื่อกระตุ้นให้แรงงานนอกระบบมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. ด้านวิชาการ

3.1 ศูนย์บริการสาธารณสุขควรประสานงานกับงานอาชีวอนามัยเขตพื้นที่การปกครองหรือหน่วยงานอาชีวเวชกรรม ในการจัดการอบรมให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ได้มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงการสร้างทัศนคติเชิงบวกในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติภายหลังการอบรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

2. ควรนำผลการศึกษาวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร รวมถึงสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบด้วย ดังนั้นควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีความตระหนักรู้และมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบใน กรุงเทพมหานคร

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG INFORMAL AGING WORKERS IN BANGKOK

ณัฐฐิติณี สุขสมัย 5037009 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื้อ, Ph.D. (NURSING),
พัชรพร เกิดมงคล, Ph.D. (NURSING), วันเพ็ญ แก้วปาน, ส.ด. (บริหารสาธารณสุข),
นิตยา วัจนะภูมิ, Ph.D. (EPIDEMIOLOGY)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ในปี พ.ศ. 2545 โดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 5.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) และจะเพิ่มเป็น 14.5 ล้านคนในปีพ.ศ. 2568 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) อีกทั้งสัดส่วนการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากในอีก 18 ปีข้างหน้า ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2568 – 2576 (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2550) และเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุ และ จำนวนประชากรผู้สูงอายุนี้เองนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (สมโภชน์ อเนกสุข และ กชกร สังขชาติ, 2548)

การที่ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ความต้องการทางเศรษฐกิจและสังคมก็เพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่พบส่วนมากเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) จากผลสำรวจในรอบ 12 ปีก่อน พบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะสุขภาพดีมากถึงร้อยละ 28 แต่การสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบเพียงร้อยละ 13 หรือประมาณ 910,000 คนที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 87.0 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 7.4 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี และ ร้อยละ 2.9 อยู่คนเดียวและทุพพลภาพ โดยมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ

1 ใน 4 ประสบปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี จากการสัมมนาวิชาการปี พ.ศ. 2550 พบว่า แรงงานของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 5.7 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2549 (พิริยะ ผลพิรุฬห์, 2550) และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550) ในปี พ.ศ. 2552 จำนวนแรงงานที่เป็นผู้สูงอายุ มีถึง 3.1 ล้านคน หรือ ร้อยละ 8 ของผู้มีงานทำทั้งหมด และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร จำนวน 9.2 แสนคน จากแรงงานสูงอายุ นอกระบบทั่วประเทศทั้งหมด 8.0 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) อีกทั้งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) ส่วนใหญ่ต้องทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 50.1 ชั่วโมง (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2550) และต้องเผชิญสิ่งก่อโรคจากการทำงานซึ่งจะส่งเสริมให้ความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเพิ่มขึ้นจำนวน 8 หมื่นคน จากปีพ.ศ. 2548 ถึงปีพ.ศ.2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขใช้งบประมาณในด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 จำนวน 20,500 ล้านบาท และคาดว่าในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็น 35,549 ล้านบาท (ชื่นฤทัย กาญจนจิตราและคณะ, 2550)

เพนเดอร์, เมอร์ดอชและ พาร์สัน(Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคล กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของตนเองให้ดีขึ้น และ บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดี โดยปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้านอย่างต่อเนื่อง คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณและการจัดการความเครียด การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตที่ไม่สม่ำเสมอ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง (บรรลุศิริพานิช และคณะ, 2531 และ Palank, 1991) การสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่เพียงพอ และการมีกิจกรรมเพื่อลดความเครียดซึ่งเป็นพฤติกรรมเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well-being)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาประชากรสูงอายุและแรงงานนอกระบบได้กระทำแยกกัน โดยไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่สูงอายุ ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองจากระบบสังคมและสวัสดิการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ในการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เพื่อแนะนำบริการ

ด้านสุขภาพและสวัสดิการในการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแรงงานสูงอายุที่ทำงานนอกระบบเพื่อชะลอกระบวนการชราและเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ภาวะสุขภาพ และลักษณะงาน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสามารถของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ภาวะสุขภาพ และลักษณะงานในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
2. ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
3. ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
4. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
5. ลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร
6. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ภาวะสุขภาพ และ ลักษณะงาน มีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Cross - sectional Descriptive Research)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยและประกอบอาชีพอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่น้อยกว่า 6 เดือน (นับถึงวันที่สัมภาษณ์) และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 144 คน จาก 12 แขวง จาก 6 เขตพื้นที่การปกครองได้แก่ เขตบางรัก เขตธนบุรี เขตราชบุรีบูรณะ เขตบางพลัด เขตมีนบุรี และเขตคลองสาน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2552 ถึง 30 มกราคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนแรก ข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสการเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ(Rating scale) 4 ตัวเลือก (ความเที่ยงเท่ากับ 0.7)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามการดำเนินชีวิตของวอล์คเกอร์ ซีคริส และ เพนเดอร์ (Walker, Schrist & Pender, 1988 อ้างใน วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร กลัมพากร และ พิพัฒน์ ลักษณ์จิรกุล, 2548) จำนวน 40 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ(Rating scale) 4 ตัวเลือก (ความเที่ยงเท่ากับ 0.8)

ส่วนที่ 4 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของเอ็นฤดี แสงเพชร (2550) ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก, ผิด ด้านละจำนวน 15 ข้อ (ความเที่ยงเท่ากับ 0.7 และ 0.8 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านละจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบการประมาณค่า(Rating scale) 4 ระดับ โดยประยุกต์แบบสัมภาษณ์ของ ธิดา ทองวิเชียร (2550) (ความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ 0.81 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์ของ เอ็นฤดี แสงเพชร (2550) ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 4 ตัวเลือก (ความ

เที่ยงเท่ากับ 0.7) ซึ่งวัดโดยใช้ความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจาก บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนำชุมชน และ บุคลากรสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับกรรมการชุมชน และ/หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 144 คน โดยผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึง วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2553

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for Windows) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะ ประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

- 2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติไคว์ – สแควร์ (Chi - Square) ส่วน อายุ ลักษณะงาน ความรู้ทัศนคติ การเข้าถึงบริการและนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (p - value < 0.05)

- 2.2 ทดสอบความสามารถในการทำนายระหว่างกลุ่มปัจจัยแต่ละกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ปัจจัยนำและลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) ร้อยละ 67.4 โดยอายุเฉลี่ย 67 ปี ($\bar{X} = 67.3$, S.D. = 6.1) มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 79.9 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 54.2 พักอาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 49.3 และร้อยละ 38.9 มีรายได้ 2,000 – 4,000 บาทต่อเดือน การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ พบว่าปัจจุบันตนเองมีสุขภาพพอๆกับปีที่ผ่านมาร้อยละ 43.8 ร้อยละ 32.6 รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแย่กว่าปีที่ผ่านมา และร้อยละ 76.4 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.9 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 23.6 และ ร้อยละ 22.2 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยที่อาการผิดปกติส่วนใหญ่เกิดต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 69.4 และ ปวดหลังร้อยละ 56.3

การทำงานของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาคบริการ ร้อยละ 38.2 กลุ่มหาบเร่และแผงลอย ร้อยละ 22.2 กลุ่มรับงานมาทำที่บ้านร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานสัปดาห์ละ 7 วัน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบอยู่ในระดับสูงร้อยละ 60.4 ($\bar{X} = 69.9$, S.D. = 16.0) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีพฤติกรรมด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ในระดับสูง ร้อยละ 70.1 ($\bar{X} = 15.9$, SD = 4.1) และ ร้อยละ 59.0 ($\bar{X} = 9.5$, SD = 2.5) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.8 ($\bar{X} = 8.5$, SD = 5.1) และ ร้อยละ 41.0 ($\bar{X} = 11.9$, SD = 6.7) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเกือบทั้งหมดสามารถเข้าถึงนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในชุมชน ร้อยละ 88.9 และในสถานบริการร้อยละ 95.8 ขณะที่ร้อยละ 56.9 เท่านั้นที่ทราบว่าในสถานบริการมีนโยบายจัดสถานที่ หรือ ชมรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และร้อยละ 36.1 ทราบว่า มีการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพในด้านคุณภาพและความเท่าเทียมในการบริการจำนวนเท่าๆกัน ($\bar{X} = 3.4$, SD = 0.6) แต่มีอุปสรรคในการเข้าถึงอุปกรณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 2.8$, SD = 0.9)

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อยที่สุด รองลงมาเป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแกนนำชุมชน ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 4.0 และ ($\bar{X} = 2.6$, S.D. = 4.0) ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.9$, S.D. = 6.8) ซึ่งเป็นการได้รับการสนับสนุนด้านโภชนาการ ส่วนความรู้ในเรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 88.9 โดยเฉพาะในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 49.1$, $SD = 6.3$) โดยมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการพัฒนาจิตวิญญาณ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ และการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ตามลำดับ

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคว-สแควร์ พบว่าระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพและ อาชีพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.46$) การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.36$) และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.31$) และ การได้รับการสนับสนุนและข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข ($r = 0.28$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.01$) ส่วนการศึกษา ($r = 0.25$) นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ($r = 0.18$) และอายุ ($r = 0.17$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) จำนวนวันที่ทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ($r = -0.33$) และ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานในหนึ่งวัน ($r = -0.37$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.01$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนและข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา กับจำนวนวันที่ทำงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาชีพ (ภาคบริการ) สามารถร่วมกันทำนาย และ อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 46 ($R^2 = 0.46$, $p - value < 0.05$)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	Unstandardized		t	p-value
	B	Std. Error		
ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	1.168	.189	6.170	< 0.001
การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	1.077	.257	4.190	< 0.001
การศึกษา(ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป)	8.840	2.727	3.242	< 0.01
จำนวนวันที่ทำงาน	-2.116	0.668	-3.168	< 0.01
อาชีพหาบเร่และซื้อขายของเก่า	-5.605	2.228	-2.516	< 0.05
การรับรู้ภาวะสุขภาพปีนี้ดีกว่าปีที่ผ่านมา	-6.379	2.706	-2.357	< 0.05
อาชีพภาคบริการ	5.685	2.625	2.166	< 0.05

$R^2 = 0.460$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.6 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.4 โดยอายุเฉลี่ย 67.3 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และการสำรวจของการเคหะแห่งชาติปีพ.ศ. 2553 พบว่าร้อยละ 86.7 เป็นเพศหญิง อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบร้อยละ 38.2 อยู่ในภาคบริการ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 79.9 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยที่พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.2 อยู่ในภาคเกษตรกรรม สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.9 การศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 76.4

รายได้มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 13.9 และกฎหมายอนุญาตให้ผู้สูงอายุทำงานได้เฉลี่ย 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีรายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ย 5,643 บาทต่อเดือน ซึ่งสูงกว่ารายได้ขั้นต่ำเฉลี่ย 5,356 บาทต่อเดือน หรือ 206 บาทต่อวัน (สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน สำนักงานเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานคณะกรรมการค่าจ้าง กระทรวงแรงงาน, 2552) และสูงกว่าค่าจ้างขั้นต่ำต่อเดือนของกรมคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน พ.ศ. 2552 ร้อยละ 94.4 ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบรับรู้ว่าการทำงานมีความปลอดภัยในระดับสูง ทำงานเฉลี่ย 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความพึงพอใจของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 70.8 และ ร้อยละ 43.8 มีภาวะสุขภาพพอกับปีที่ผ่านมา ตามด้วยรับรู้ว่ามีสุขภาพแย่กว่าปีที่ผ่านมา และมีภาวะสุขภาพดีกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ

32.6 และ 20.1 ตามลำดับ ขณะที่ร้อยละ 56.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.6 มีภาวะไขมันในเลือดสูง และร้อยละ 22.2 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิต ร่องลงมาเป็นปานกลางและมีภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 43.0, 28.9 และ ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 เบาหวานร้อยละ 13.3 และร้อยละ 7.0 เป็นโรคหัวใจ และการศึกษาของ จิราพร มงคลประเสริฐ (2546) พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่เป็นโรคกระดูกและข้อเสื่อม ความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคปอด สอดคล้องกับการ ศึกษาของฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2550) และสำนักงานสารนิเทศกระทรวงสาธารณสุข (2551) ที่ว่าอาชีพของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุให้เกิดโรคและความพิการ

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบร้อยละ 60.4 ($\bar{X} = 69.9$, $SD = 16.0$) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูง โดยพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีร้อยละ 88.9 ($\bar{X} = 49.1$, $SD = 6.3$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 88.9 ($\bar{X} = 13.3$, $SD = 2.3$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทราบว่ามีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และ ในสถานบริการ ร้อยละ 88.9 และ 95.8 ตามลำดับ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนน้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.0$, $SD = 4.0$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวได้รับมากที่สุดร้อยละ 31.3 ($\bar{X} = 11.9$, $SD = 6.8$)

จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล และหนี้สินของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร สามารถเป็นตัวแทนผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบได้ แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นเมืองหลวงที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร อีกทั้งมีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งอธิบายว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครร้อยละ 43.8 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพพอๆกับปีก่อน ภาวะสุขภาพแย่กว่าปีก่อน ร้อยละ 32.6 และภาวะสุขภาพดีกว่าปีก่อนร้อยละ 20.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 400 คน จากกรุงเทพมหานครและชัชวาลทิพากร พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดี

ลักษณะงานในแง่ของจำนวนชั่วโมงทำงานและจำนวนวันที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 สำหรับการรับรู้อาการผิดปกติจากการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอธิบายได้ว่าการเพิ่มจำนวนชั่วโมงทำงานและจำนวนวันที่ทำงานจะลดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร กลัมพากร (2545) ที่ ศึกษาบทบาทของพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบในกลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้านที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน มีสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีการทำงานเป็นเวลานานเฉลี่ย วันละ 1-18 ชั่วโมง 6-7 วันต่อสัปดาห์ ไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันและไม่มีความรู้เพียงพอที่จะป้องกันตนเองทำให้มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการทำงานและขาดสวัสดิการและการคุ้มครองตามกฎหมายส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31$, p -value < 0.01) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความแตกต่างระหว่างบุคคลไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆตามแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter 1999) ที่ว่าความรู้เป็นปัจจัยนำในการทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ทัศนคติต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46$, p -value < 0.01) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 4 สอดคล้องกับการศึกษาของบุตยรา นาคลำภา (2546) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรม ในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า แรงงานสูงอายุชายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลงเช่นเดียวกับ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter 1999) ว่า ทัศนคติเป็นเรื่องของความเชื่อและความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเรื่องต่างๆ อาจจะมีทั้งผลดีและผลเสียต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเข้าถึงบริการพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36$ p -value < 0.01) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 5 ตามแนวคิด PROCEED Model ของกรีนและ

กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) เรื่องปัจจัยเอื้อที่ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุตยรา นาคลำภา (2546) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการออกกำลังกาย การมีสุขภาพที่ดีกว่าเนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย (สนามกีฬา อุปกรณ์)

นโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18, p\text{-value} < 0.05$) ขอมรับสมมติฐานที่ 6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ โททวี (2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 - 79 ปี จำนวน 378 คน ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและนโยบาย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะแรงงานสูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายของสถานประกอบการ ($p\text{-value} = 0.108$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลจากเพื่อนไม่ได้สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุคนงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 7 และการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อายุของคนงานชายในสถานประกอบการที่ผลิตโลหะหนัก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลจากเพื่อนร่วมงานเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 7 และการศึกษาของบุตยรา นาคลำภา (2546) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบโดยรวมเชิงบวกในแต่ละด้านของการสร้างเสริมสุขภาพ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลจากเพื่อนำชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 7 ส่วนหนึ่งเป็นเพราะชุมชนกรุงเทพมหานคร

เป็นชุมชนย้ายถิ่นและสังคมเมืองลุ่มเหลว ผู้ที่มีที่อยู่อาศัยในชุมชนต่างเป็นที่นั่งกันดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากในการหาผู้นำหลักในการประสานงานข้อมูลข่าวสารและติดต่อทางสังคมของชุมชน

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.28, p - \text{value} < 0.01$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 7 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชัยนาท พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและเจ้าหน้าที่ภาคเอกชนจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน

ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา จำนวนวันที่ทำงาน อาชีพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานครได้ ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรอตตาวาที่ว่าการวางแผนการศึกษาเป็นกลยุทธ์พื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้การมีสุขภาพที่ดีของบุคคลจะเป็นสิ่งคัญ ในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมอีกทั้งยังช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ปัจจัยนำถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการกระตุ้นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ด้านบริหาร

1.1 นโยบายเชิงรุกในชุมชนโดยการสำรวจกลุ่มอาชีพและจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพที่เหมาะสมกับอาชีพและความเสี่ยงของผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละครั้ง

1.2 ควรมีการสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในครอบครัวและสภาพแวดล้อมของชุมชน เช่น มีสถานที่แยกต่างหากสำหรับการออกกำลังกาย และกิจกรรมสุขภาพจิต

1.3 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเท่าเทียมและต่อเนื่อง

1.4 กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพเกี่ยวกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ยังต้องทำงานอยู่

2. ด้านบริการ

2.1 บุคลากรสาธารณสุขควรมีระบบเตือนผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในการพบแพทย์ตามนัด ผ่านกลุ่มเพื่อนหรือภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพประจำปีตามความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย

2.2 การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพควรมีการสอนสาธิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับลักษณะงาน

2.3 การสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรสาธารณสุขควรมีการประสานงานกับผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบแบบการสื่อสารสองทางเพื่อให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนในเรื่อง การดำรงชีวิต กิจวัตรประจำวัน การตรวจสุขภาพและการหาแหล่งประโยชน์

3. ด้านวิชาการ

3.1 ศูนย์บริการสาธารณสุขควรประสานงานกับหน่วยงานอาชีวอนามัยหรืออาชีวเวชกรรมในการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการสร้างทัศนคติเชิงบวกในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

2. ควรนำผลการศึกษาวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร รวมถึงสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบด้วย ดังนั้นควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีความตระหนักรู้และมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

**FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG
INFORMAL AGING WORKERS IN BANGKOK**

NUTSINEE SUKSAMAI 5037009 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KWANJAI AMNATSATSUE, Ph.D.
(NURSING), WONPEN KAEWPAN, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH
ADMINISTRATION), PATCHARAPORN KERDMONGKOL, Ph.D.
(NURSING), NITAYA VAJANAPOOM, Ph.D. (EPIDEMIOLOGY)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the problem**

Thailand population has been changed since the year 2002, leading the country into Aging Society. In the year 2002, Thailand showed numbers of aging population 5.5 million (The National Statistic Office, 2004) with the increasing tendency to 14.5 million aging in the year 2025 (The National Statistic Office, 2007). Somehow, numbers of Thai aging tend to increase rapidly in the next 18 years, from 2025 to 2043 (Thailand Development Research Institute, 2006) increasing population ages and numbers create risk and health problems, particularly chronic diseases (Sompoch Aneksuk and Kodchakorn Sangkachat, 2005).

As people lived longer, economic and social need has become larger. Previous studies indicated that most aging encountered health and financial problems (Thailand Development Research Institute Development, 2006). The research findings 12 years earlier indicated that Thai aging as much as 28% had maintained good health; on the contrary, the survey in 2004 found only 13% or estimated 910,000 aging had good health without chronic diseases while the remaining 87.0% developed more than 1 disease (Panit Incharoensak, 1998). Furthermore, 7.4% of aging assess own health

as poor and 2.9 lived alone and disabled without sufficient incomes whereas 1 out of 4 was ill or disabled with incomes lower than 10,000 baht per year. The academic seminar in 2007 indicated that the proportion of Thai aging workers (over 60 years) has increased continuously from 5.7% 1998 to 7.3% in 2006 (Piriya Polvirut, 2007) and over half aged from 60 - 64 years (Department of Labour Protection , Ministry of Labour, 2007). In the year 2009, numbers of aging workers were as high as 3.1 million or 8 million of total workers (The National Statistic Office and Welfare, 2009). Moreover, income is not enough. for life. (The National Statistic Office and Welfare, 2008). Majorities worked average 50.1 hours weekly (Department of Labour Protection, Ministry of Public Health 2007) and facing numerous causes of illness which added to severe physical degenerated. Findings informal aging workers had accident while working increased 80,000 persons from 2005- 2007 (The National Statistic Office and Welfare, 2007) which resulted in higher medical cost for aging. Ministry of Public Health budgeted medical cost for aging in 2005 as high as 20,500 million baht and expected the increase of 35,549 million baht in 2011 (Sukanya Niungkul and Nongnuch Soonthornchavakarn cited Chunruethat Karnjittra et., al. 2007).

According to Pender, health promotion behavior refers to individual's action to improve and achieve good health by extensive practicing in 6 aspects: health responsibility, nutrition, physical activity, interpersonal relation, spiritual development, and stress management (Pender, Murdaugh and Parsons, 2002). Having irregular health promotion behavior or poor lifestyles made older adults unhealthy (Banlu Siripanich et., al. 1988 and Palank, 1991). Therefore, health promotion behavior is necessary to improve individual health, including physical activity, good nutrition and stress reduction, leading to increasing well-being level

Literatures review on health promotion behavior and related factors indicated that the study on aging population and informal labor were done separately without information on health promotional behavior among the informal aging workers who had not received protection from social and welfare system. Therefore, the researcher was interested in examining factors related to health promotion behavior in informal aging workers, who lived in Bangkok. Model of Green & Kreuter, (1999) was used as a conceptual framework to identify factors related to

health promotion behavior among informal aging workers. The findings can be used to suggest health and welfare services to promote health promotion behavior for informal aging workers to slow down aging process and to prolong their healthy lives.

Research Objectives

1. To describe health promoting behaviors of informal aging workers, living in Bangkok.
2. To assess relationships between predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, health status, job characteristics and health promoting behaviors of informal aging workers, living in Bangkok.
3. To determine predictive power of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, health status and job characteristics on health promoting behaviors of informal aging workers, living in Bangkok.

Research Hypothesis

1. Were predisposing factors related to health promoting behaviors of informal aging workers, who lived in Bangkok?
2. Were enabling factors related to health promoting behaviors of informal aging workers, who lived in Bangkok?
3. Were reinforcing factors related to health promoting behaviors of informal aging workers, who lived in Bangkok?
4. Was health status related to health promoting behaviors of informal aging workers, who lived in Bangkok?
5. Were job characteristics related to health promoting behaviors of informal aging workers, who lived in Bangkok?
6. Can predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, health status, and job characteristics jointly predict health promoting behaviors of informal aging workers, who lived in Bangkok?

Research Methodology

This study was a cross-sectional design.

Population and Samples

Populations in this study were males and females, aged 60 years old and over, who had been working and living in Bangkok for at least 6 months at the time of interview date. Multi-stage random sampling was used to recruit a total number of 144 older adults from 12 Kwaeng and 6 Administrative Districts, including Bangrak, Thonburi, Rat Burana, Bang Plad, Minburi and Taling Chan. Data were collected during November 1, 2009 to January 30, 2010.

Research instrument

A 6-part questionnaire was used for interviewing older adults:

Part 1 comprised of 15 statements on general characteristics and perceived health status of population.

Part 2 comprised of 15 statements on perceived health problems or abnormal symptoms during the past month.

Part 3 comprised of 40 statements on health promoting behaviors with 4 rating response, adapted from lifestyles questionnaire constructed by Walker, Schrist & Pender (1988) (cited Wonpen Kaewpan, Surinthorn Kalumpakorn and Pipat Luksameejarunkul, 2005). (Cronbach's alpha = 0.8)

Part 4 comprised of 15 statements on knowledge and attitudes towards health promoting behaviors, using true and false questions, adapted from Yenruedee Sangpetch (2007). (Cronbach's alpha = 0.7 and 0.8, respectively)

Part 5 comprised of 11 statements on health service accessibility using 4-rating response, adapted from Thida Thongwichian (2007). (Cronbach's alpha = 0.89 and 0.81, respectively)

Part 6 comprised of 8 statements on social support, with 4 rating scale that adapted from Yenruedee Sangpetch (2007). (Cronbach's alpha = 0.7). It was used to measure frequency of support received from family, friends, community, and public health personnel.

Data Collection

After human ethics approval from Faculty of Public Health, Mahidol University, the researcher made a contract with the community committee, village health volunteers, and subjects to inform about research objectives. Data were collected from 144 older adults, who met inclusion criteria, at their home. It took about 30 to 45 minutes to complete an interview. Data were collected from November 1, 2009 to January 30, 2010.

Data Analysis

Data Analysis was done using computerized program (SPSS for Windows) by divided in 2 parts as follows:

1. Descriptive Statistics was used to analyze data on population characteristics, predisposing and enabling factors and reinforcing factors, including frequency Distribution, Percentage, mean and Standard Deviation.

2. Analytical Statistics

- 2.1 Relationships between marriage statuses, educational, sufficient incomes, perceived health status and health promoting behaviors of informal aging workers was assessed by Chi – Square. Whereas, relationships between age, job characteristics, knowledge, attitudes, accessibility of health resources and policies, social support and health promoting behaviors of informal aging workers was assessed by Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient at p- value < 0.05

- 2.2 Predictive factors of health promoting behaviors of informal aging workers were assessed by Stepwise Multiple Regression Analysis.

Research findings

Most subjects were female (74 percent), aged in early old age group (60-69 years) (67.4%) with mean age of 67.3 years (SD = 6.1), and completed less than primary school education (79.9%). About a half of them were married (54.2%), living with their children (49.3 %), and 38.9 % had monthly income 2,000-4,000 baht. About 43.8% perceived their health as healthy as previous year and 32.6 % perceived poorer health. About 76.4% reported having at least one chronic disease.

The most common disease was hypertension (56.9%), hyper-lipidemia (23.6%), and Diabetes mellitus (22.2%). Most common symptom reported by the older aging workers were musculo-skeletal disorder (69.4%) and backache (56.3%).

Job characteristics were classified as service sector (38.2%), venter group (22.2%), and domestic job (13.9%). Most of them worked seven days relation and spiritual development. Health promotion behavior among informal aging workers were high level at 60.4 % ($\bar{X} = 69.9$, $SD = 16.0$). Considering each aspect, findings indicate that the aging had interacted with each other and the spiritual development was also high at 70.1% ($\bar{X} = 15.9$, $SD = 4.1$) and 59.0% ($\bar{X} = 9.5$, $SD = 2.5$). Health responsibility and exercising were at low level 43.8% ($\bar{X} = 8.5$, $SD = 5.1$) and 41.0% ($\bar{X} = 11.9$, $SD = 6.7$), respectively.

Overall, informal aging workers recognized availability of health promotion policies in both community (88.9%) and public health center (95.8 %). Meanwhile, 56.9% of informal aging workers knew about health promotion policy in the club and 36.1% knew about annual health check-up. Most informal aging workers were able to access to health promotion even quality and equality of services ($\bar{X} = 3.4$, $SD = 0.6$) whereas most informal aging workers reported being difficult to access to equipment for health promoting practice ($\bar{X} = 2.8$, $SD = 0.9$).

Most informal aging workers received the lowest social support from friends and community leaders in low ($\bar{X} = 4.0$, $SD = 4.0$ and $\bar{X} = 2.6$, $SD = 4.0$) whereas received moderate social support from family members ($\bar{X} = 11.9$, $SD = 6.8$). Informal aging workers received regular nutritional information from public health personnel. Most of the informal aging workers reported good level of knowledge about health promoting with the highest scores about 88.9 % in interpersonal relationship and spirituality. Concerning about attitude, they had positive attitude towards health promoting behavior ($\bar{X} = 49.1$, $SD = 6.3$), with the better attitude about spirituality, interpersonal relationship, health responsibility, nutrition, exercise and stress management, respectively.

Factors related to health promotion behaviors of informal aging workers

Findings from Chi-square indicated that educational level, sufficient incomes, perceived health status, and occupation were related to health promotion behavior of informal aging workers who lived in Bangkok with the statistical significance (p-value < 0.05).

According to Pearson's moment correlation, attitude ($r = 0.46$), access to health promotion services ($r = 0.36$), knowledge ($r = 0.31$) and social support and information from health personnel ($r = 0.28$) were positively correlated with health promoting behaviors of the informal aging workers in Bangkok with statistically significant (p - value < 0.01). Education ($r = 0.25$), health promotion policy in community ($r = 0.18$) and age ($r = 0.17$) were positively correlated with health promoting behaviors of the informal aging workers in Bangkok with statistically significant (p - value < 0.05). Whereas number of working days per week ($r = - 0.33$) and number of working hour ($r = - 0.37$) were correlated negatively with health promoting behaviors of informal aging workers in Bangkok, with statistical significance (p - value < 0.01).

According to stepwise multiple regression analysis, only attitudes about health promoting behavior, education, social support and information support from health personnel, number of working days, perceived health status, occupation (the service sector could be able to predict and explain 46 % of the variation in health promoting behaviors of informal aging workers in Bangkok ($R^2 = 0.46$, p - value < 0.05).

Table 1 Standardized coefficients from stepwise multiple regression between predictors and health promotion behavior of informal aging workers who lived in Bangkok

variables	Unstandardized		t	p-value
	B	Std. Error		
Attitudes towards health promotion	1.168	.189	6.170	< 0.001
Social support from health personnel	1.077	.257	4.190	< 0.001
Education(Over high school)	8.840	2.727	3.242	< 0.01
number of working days per week	-2.116	0.668	-3.168	< 0.01
Vender occupation	-5.605	2.228	-2.516	< 0.05
Perceived health status	-6.379	2.706	-2.357	< 0.05
Services sector occupation	5.685	2.625	2.166	< 0.05

$$R^2 = 0.460$$

Results Discussion

Similar to the characteristics of Thai older adults, most of the subjects were females (73.6%), aged between 60-69 years (67.4%), with the average age of 67.3 years. This finding was coincided with the study of The Faculty of Population Studies, Chulalongkorn University and The Nation Housing Project revealed the most aging population in 2010 for 86.7 % with females 60 – 64 years old 53.6%. Informal aging workers in service sector were 38.2% whereas 79.8% completed primary education or lower which disagreed with the study of Thailand Development Research Institute revealed majorities or 65.2% worked in agricultural sector, 65.9% of marriage couples with primary education or lower 76.4%.

Sources of their incomes were from working (13.9%) and government aging allowance with average working 42 hours weekly whereas individual incomes average 5,643 monthly which was higher than the minimum mandatory wages 5,356 baht per month or 206 baht daily (Economic Labour Office, Office of Wages, Ministry of Labour, 2009), which was greater than a minimum wage agreed by the Department of Labour protection, Ministry of Labour (2008) on higher monthly.

Informal aging workers 94.4% perceived work safety at high level. The average working hours was 42 hours weekly. Most irregular symptoms occurred at the bones and muscles 70.8% and 43.8% were in the same health conditions as previous year came from working followed by slightly in worse health and slightly better health than the previous year, 32.6%, and 20.1%, respectively. While 56.9% was hypertension, 23.6% with high lipidemia, and 22.2% had diabetes which different from the findings of National Statistics Organization (NSO).2007 that revealed most aging assess themselves in good health, followed by medium health and lastly poor health 43.0%, 28.9% and 2.8 %, respectively. Total 31.7% developed hypertension, 13.3% diabetes and 7.0% heart diseases. The study of Jiraporn Mongkolprasert (2003) indicated that aging and chronic diseases patients received regular treatment for bone diseases and degenerating joints, hypertension, diabetes and lung diseases which agreed with the study of Chatchai Eakpunyakul (2007) and Information Office, Ministry of Public Health (2008) on aging occupation as being the cause of disease and disability.

Informal aging workers 60.4% ($\bar{X} = 69.9$, $SD = 16.0$) had health promotion behavior at high level. Findings indicated that in each aspect, informal aging workers had high level of interpersonal relation and spiritual development. Overall attitudes on health promotion behavior were high (positive) 88.9% ($\bar{X} = 49.1$, $SD = 6.3$), particularly on spiritual development. Meanwhile, overall knowledge on health promotion were at high level 88.9 ($\bar{X} = 13.3$, $SD = 2.3$) which indicated the highest interaction between individuals. And they knew about policy in health promotion behavior of the community and the Health Service Center (88.9 % and 95.8%, respectively). Most informal aging workers received social support and information from friends at the lowest level ($\bar{X} = 4.0$, $SD = 4.0$) whereas social support and information from the family members were at the highest level 31.3 ($\bar{X} = 11.9$, $SD = 6.8$).

From the previous mentioned reasons, it can be concluded that gender, age, marriage status, educational level, personal income, and debts of informal aging workers in Bangkok. This research represented a group of informal aging workers because Bangkok is the capital with technological progress, communication and

transportation as well as being the major city so the livelihoods of Bangkok residents are quite different from other regions

Perceived health status related to health promotion behavior in informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($p - \text{value} < 0.05$) and agreed with the hypothesis 1 which explained that most informal aging workers in Bangkok 43.8% perceived health status same as prior year, worse than prior year 32.6% and better than prior year 20.1%. This finding was coincided with the study of Vannee Chatchavalthipakorn et al., (2000) on health promotion behavior among 400 elderly selected from Bangkok and Chainat. It was found that elderly with high level of health perception it was better than those with low health perception.

Work characteristics, in terms of numbers of working hours and days, were related to health promotion behavior among informal aging workers, who lived in Bangkok with statistical significance ($p - \text{value} < 0.05$), supporting the hypothesis 2. As for perceived irregular symptoms from working had not related to informal aging workers in Bangkok which explained that increasing numbers of working hours and days would decrease health promotion behavior which coincided with the study of Surinthorn Kalumpakorn (2002) who studied nurses' roles towards health care services for informal aging workers. It was found that those who had done piece work at home worked in unsuited location and environment with average working hours 1-18 daily and 6-7 days weekly without the protection gears and insufficient knowledge in self-protection which also created health risk and lacked legal welfare, leading to inferior health promotion behavior.

Knowledge on health promotion behavior related to health promotion behavior in informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($r = 0.31$, $p - \text{value} < 0.01$) and agreed with the hypothesis 3 and the study of Yenruedee Saengpet (2007) on factors effecting health promotion behavior in the factory among males aging workers in Heavy Metal Manufacturing Company, Samutprakarn Province. Findings indicated accurate and improving health promotion behavior. According to the concept of Green & Kreuter, 1999, knowledge is the predisposing factor to motivate health behavior.

Attitude on health promotion behavior related to health promotion behavior in informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($r = 0.46$, $p - \text{value} < 0.01$) and agreed with the hypothesis 4 and the study of Butsara Naklumpa

(2003) on factors effecting health promotion behavior at Tanod Sub-district, Nonsung District, Nakornratchasima Province among elderly and Yenruedee Saengpetch (2007) on factors effecting health promotion behavior among male aging workers in the Heavy Metal Manufacturing Company found that aging male workers would increase health promotion behavior appropriately as being stated by Green & Kreuter (1999) that attitudes which derived from individual' beliefs and feelings towards other objects could have advantages and disadvantages towards changing behavior.

Accessibility on health promotion behavior related to health promotion behavior in informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($r = 0.36$ p - value < 0.01) as agreed with with the hypothesis 5 that the concept of PRECEDE – PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) on enabling factors. Findings on accessibility of health resources related to health promotion behavior agreed with the study of Butsara Naklumpa (2003) on factors effecting health promotion behavior at Tanod Sub-district, Nonsung District, Nakornratchasima Province. It was found that elderly had positive health promotion behavior, particularly on exercising when having better and simple health services accessibility (sports court, equipment).

Policy in health promotion of Bangkok Health Center related to health promotion behavior among informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($r = 0.18$, p - value < 0.05) and agreed with the hypothesis 6 which agreed with the study of Orachorn Votawee (2005) on factors effecting health behavior among elderly 60-79 years old in Bang Pae District, Ratchaburi Province. Findings indicated that aging who had exercised regularly maintained better health than those without exercising with statistical significance (p -value < 0.05). However, the study of Yenruedee Saengpetch (2007) on factors effecting health promotion behavior among male aging workers in the Heavy Metal Manufacturing Company, Samutprakarn Province revealed no relations between health promotion behavior and policy, partly because the aging workers had not involved with setting up the policies (p - value = 0.108).

Receiving social support and information from friends had not related to health promotion behavior among informal aging workers in Bangkok with statistical significance (p - value < 0.05) which disagreed with the hypothesis 7 and the study of Yenruedee Saengpetch (2007) on factors effecting health behavior among male aging

workers in the Heavy Metal Manufacturing Company, Samutprakarn Province. It was found that receiving social support and information from coworkers related to health promotion behavior among aging workers with statistical significance ($p\text{-value} < 0.001$).

Receiving social support and information from family had not related to health promotion behavior among informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$) which disagreed with the hypothesis 7 and study of Butsara Naklumpa (2003) on factors effecting health promotion behavior at Tanod Sub-district, Nonsung District, Nakornratchasima Province. It was found that receiving social support and information from family members had positive affects on overall and each aspect of health promotion.

Receiving social support and information from core community leaders had not related to health promotion behavior among informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$) which disagreed with the hypothesis 7 Partly because Bangkok communities were relocated communities and urban society failed to regard community resident as brothers and sisters as in the rural communities, so it was rather difficult to find a core leader and his social contact and information seemed less.

Receiving social support and information from health personnel related to health promotion behavior among informal aging workers in Bangkok with statistical significance ($r = 0.28$, $p\text{-value} < 0.01$) which agreed with the hypothesis 7 and the study of Vanee Chatchavalthipakorn et. al., (2000) factors effecting health promotion behavior at Bangkok and Chainat Province. It was found that aging who had received more support from the government and private officers would have better health promotion behavior than those without in the same group.

Attitudes, social support from health personel, educational, occupations and perceived health status among informal aging workers in Bangkok could predict health promotion behavior among informal aging workers in Bangkok, which agreed with the Ottawa Charter to plan education as the fundamental strategy to promote health. Besides, good health has become the significant resource to improve individual, society and economy, including better life quality. Regarding PRECEDE – PROCEED model (Green & Kreuter, 1999), predisposing factors were considered as

the fundamental factor to motivate health promotion behavior. Meanwhile, enabling factors and re-enforcing factors were necessary for encouraging individual to perform those activities continuously.

Recommendations

1. Administration

1.1 Aggressive policies for the community must be determined after surveying occupation groups and arranged health check-up suitable with occupation and risk among elders, at least once a year.

1.2 Family and community environment should be improved to favor health promotion behavior such as separate locations for exercising and mental health activities.

1.3 Encourage setting up Aging Club in each community to favor health promotion activities.

1.4 Ministry of Labour and the Ministry of Health should focus on policies related to health, welfare for the elderly who have to work.

2. Services

2.1 Health personnel should have the system to remind the informal aging workers of next doctor's appointment, perhaps through setting up a group of friends or partnership networks, particularly annual health check-up based on occupational health hazard.

2.2 Home visit by the multidisciplinary team should be arranged to encourage health promotion behavior extensively through the demonstration, particularly on nutrition, health care and physical check-up and exercising suitable with the work nature.

2.3 To provide social support, health personnel should coordinate work with the informal aging workers and their family members as two ways communication to obtain extensive and effective health promotion behavior data, particularly in the support for living, daily life routine, financial, health check-up and search for useful sources.

3. Academic

3.1 Public Health Service Center should collaborate with Occupational Health or Occupational Medicine to provide accurate knowledge on health promotion behavior, including positive attitude for self-care.

Recommendations for further researches

1. Should be qualitative research for insights about the attitudes of the informal aging workers to perform a health promoting behaviors. To support the development of a program health promotion.

2. Should the results of research to develop a program to create awareness about Health promoting behaviors among workers. Because the study found that attitudes about health promotion relating to health promoting behaviors of the informal aging workers in Bangkok. It could be predicted, including health promotion behaviors of the informal aging workers in Bangkok. So the informal aging workers should be organized to awareness and a positive attitude toward promoting healthy behaviors. Force to stimulate sustainable health promotion action.

บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *ผลการสำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2547). *แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand)*. ราชบุรี: ชรรักษ์การพิมพ์.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.).
- _____. (2547). *รายงานผลการปฏิบัติการ การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)*. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงแรงงาน. (2551). *แผนพัฒนาแรงงานพ.ศ. 2551*. สำนักงานปลัด กระทรวงแรงงาน. เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2551, จาก http://www.mol.go.th/download/moldata/lb_plan2551.pdf.
- กรมการปกครอง. (2551). *จำนวนประชากรและประชากรแยกอายุ*. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2551, จาก: <http://www.dopa.go.th/hpstat9/people2.htm>.
- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน. (2550). *สถานการณ์แรงงานสูงอายุของประเทศไทย*. กลุ่มแผนงานและสารสนเทศ สำนักพัฒนามาตรฐานแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกระทรวงแรงงาน.
- กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ สำนักงานควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. (2549). *การศึกษาสภาพแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้และหวาย*. เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2549, จาก: <http://dpc6.ddc.moph.go.th>.

- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สุขีทั่วไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2550). *กรุงเทพมหานคร: เมืองโตเดี่ยวตลอดกาลของประเทศไทย*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกียรติพล พรพิพัฒน์. (2549). *การเจ็บป่วยด้วยระบบกล้ามเนื้อของแรงงานนอกระบบที่รับเส้นไหมไปทำที่บ้าน*. ภาคนิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง) ภาคพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร มงคลประเสริฐ. (2546). *การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวณี วิวัฒน์วานิช. (2547). *การศึกษาและการดำเนินการด้านผู้สูงอายุ และกลุ่มโรคไม่ติดต่อของกรุงเทพมหานคร*. โครงการร่วมระหว่างกรุงเทพมหานคร และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานมัช กรุงเทพมหานคร.
- นัตร์ชัย เอกปัญญาสกุล. (2550). *โรคจากการประกอบอาชีพ: เอกสารประกอบการสอนหลักการทาง อาชีวเวชศาสตร์*. ภาควิชาเวชศาสตร์และป้องกันสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2549). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชวาล เรื่องประพันธ์. (2542). *สถิติพื้นฐานพร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Minitab SPSS/PC และSAR*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา
- ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ธิดา ทองวิเชียร. (2550). *ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาล สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2548). *“กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย”* ใน วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2548. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนาวรัตน์ ชุมยวง. (2550). *ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2551, จาก: <http://www.thaipr.net/nc/readnews.aspx?newsid>.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช, ธงชัย ทวีชาชาติ, วันดี โภคะกุล, นันทิกา ทวีชาชาติ, ศุภชัย ฤกษ์งาม และ ปริญญา ไทมานะ. (2531). *พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง 2531 โดยทุนอุดหนุนจากองค์การอนามัยโลก*. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). *20ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์ คบไฟ.
- บุญพา ณ นคร. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. การค้นคว้าแบบอิสระของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษรา นาคลำภา. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโดนด อำเภอนोनสูง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(คหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน) มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมาวดี บุพลี. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ปัทมา สุริต. (2551). *กระบวนการชราภาพ*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2552, จาก: <http://nu.kku.ac.th/site/250213/index.php?>
- ผานิต อินเจริญศักดิ์. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและวิถีชีวิตกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณทิพย์ เพชรมาก และกณณิกา อังสุชนสมบัติ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานนอกระบบในชุมชนแออัด กับระบบเศรษฐกิจเมือง; ศึกษาเฉพาะกรณีอาชีพเก็บและรับซื้อของเก่าในเขตกทม. กรุงเทพฯ: ฝ่ายข้อมูลเผยแพร่ มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย.*
- พิริยะ ผลพิรุฬห์. (2550). *เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการวันที่10-11พฤศจิกายน2550 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน ชลบุรี เรื่องจะแก้ปัญหาความยากจนกันอย่างไร:แข่งขันแจกจ่าย หรือสวัสดิการกลุ่มที่ 4โลกาภิวัตน์ขจัดความยากจนจริงหรือโลกาภิวัตน์กับผลกระทบต่อแรงงานไทย*. จัดโดยมูลนิธิชัยพัฒนาและมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ, จอห์น ไบรอัน และอารีย์ พรหมไม้. (2542). *การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข*. ขอนแก่น: พระธรรมจันทร์.
- พุทธเมษา คำหมื่นแสน. (2542). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชวกะเหรี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญศรี โกมลพัต. (2549). *รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ไพจิตร ล้อสกุลทอง. (2546). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล.(2548). *สมาคมกฎหมายแรงงานประเทศไทย*. เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2551, จาก: [Learners.in.th/ blog/vespa07](http://Learners.in.th/blog/vespa07).
- ภราดา บุราณสาร. (2546). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ภาคีปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). *ธรรมนูญสุขภาพคนไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาคีปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ของคนไทยโดยคนไทย เพื่อคนไทย. เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2551, จาก: www.bcnc.ac.th/new_bcnc/2551/202/Ex5.pdf.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2539). *เอกสารการสอนชุดวิชา การวางแผนบุคลากร การกำหนดตำแหน่งงานการสรรหาและการเลือกสรร หน่วยที่ 1-7*. พิมพ์ครั้งที่ 11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2549). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
- _____ . (2550). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลาคม.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ. (2550). *ข้อเสนอและข้อเรียกร้องทางนโยบาย และกฎหมายของเครือข่ายแรงงานนอกระบบ*. เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2551, จาก: <http://8mce.doae.go.th>.
- เย็นฤดี แสงเพชร. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวรัตน์ ประปักษ์ยาม และ สุพัตรา อติโพธิ.. (2543). *รายงานการศึกษาภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ*. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2545). *สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- วรมาน พรรัตน์. (2542). *การจ้างงานและสภาพการทำงานของผู้รับงานไปทำที่บ้านกรณีศึกษาแรงงานสตรีที่รับงานดอกลไม้ประดิษฐ์ไปทำที่บ้าน อำเภอบางระจันท์ จังหวัดสิงห์บุรี 2542*. เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2551, จาก: <http://www.Thaihealth.or.th>.
- วรรณี ชัชชวาลทิพากร, มาลินี ชลนันทน์, อรพินธ ฐานกุลศักดิ์ และดารณี ภูษณสุวรรณศรี. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท*. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(3), 4-13.
- วรวิทย์ เจริญเลิศ และสุชาติ ตระกูลหุทิพย์. (2546). *การวิจัยเรื่องสิ่งแวดล้อมอุตสาหกรรมกับคนงานกรณีศึกษาคมนงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน*. การเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์: 102-121.

- วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร กลัมพากร, พิพัฒน์ ลักษณ์จิระกุล. (2548). รายงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในประเทศไทย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา เกื้อนวนงษ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิษณุญา บำรุงชล. (2541). การมีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนชุมชนเมืองของกิจกรรมทางเศรษฐกิจนอกระบบในเขตชั้นในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา หาบเร่-แผงลอยในเขตปทุมวัน บางรัก ราชเทวี และพญาไท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการวางแผนภาคและเมือง สาขาวิชาการวางแผนชุมชนเมืองและสภาพแวดล้อม, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2550). สารพันความรู้ประชากร 2550. เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2551, จาก: http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/tha/Newsletter-2550/others/thai_demo_data.html.
- ศศิกานต์ เฟื่องพาศ. (2541). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างทำงานบ้านในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก. (2543). รายงานการติดตามการสำรวจข้อมูลผู้ด้อยโอกาสในเขตภาคตะวันออก (เด็กด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ สตรีกลุ่มเสี่ยง). ระยอง: ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก.

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*. ปีที่ 16 มกราคม 2550. เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2551, จาก: [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Publication Gazette_TH.aspx](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Publication%20Gazette_TH.aspx).
- _____. (2551). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*. ปีที่ 16 มกราคม 2551. เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2551, จาก: [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Publication Gazette_TH.aspx](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Publication%20Gazette_TH.aspx).
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สดีไธ ศรีสะอาด. (2540) *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหมาย วงษ์กระแสนต์. (2543). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ อเนกสุข และกชกร สังขชาติ. (2548). *รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงวัยอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี*. วารสารศึกษาศาสตร์ 17 (1) มิถุนายน – ตุลาคม 2548.
- สายสวาท เกตราสุวรรณ. (2542). *ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกาญญา กลิ่นถ่อศีล. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธินันท์ จิตต์ภานุโสภณ. (2543). *การดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี*. ภาคนิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรินทร กลัมพากร. (2545). *บทบาทของพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ: กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน*. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 10(3): 42 - 51.
- สุมิตรา ลินซ์ศิริมานะ. (2546). *ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. (2541). *วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์นานาชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. (2544). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม. (2543). *การจงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายตัวของหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภา อ่อนโอกาส และนุชนาถ ยูธันเงาะ. (2544). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย เรื่อง แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ: หาบเร่แผงลอยและชาเล้ง*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ ฉบับสร้างสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). 5 (85): 8-9.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). *รายงานการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ*. สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. (2551). *โครงการศึกษาวิจัยเรื่องระบบคุ้มครองและสร้างความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบ รายงานฉบับสมบูรณ์(Final report)*. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2550). *รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2551, จาก: [www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter1\(9\).doc](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter1(9).doc).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). *สถานภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2546). *ผู้สูงอายุไทย 2545*. สารสถิติ ฉบับเดือนมิถุนายน 2546. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *เครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจและสังคม*. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2551, จาก: <http://portal.nso.go.th>.

- _____. (2548). *สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2548*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- _____. (2549). *ผู้สูงอายุกับการทำงาน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- _____. (2549). *สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2549* สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- _____. (2550). *สรุปผลการสำรวจแรงงานนอกระบบปี 2550*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร.
- _____. (2552). *การสำรวจแรงงานนอกระบบพ.ศ. 2552*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร.
- สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ข่าวผู้สูงอายุ*. ฝ่ายวิเคราะห์และประมวลข่าวสาร สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 29 มิถุนายน 2551, จาก: <http://www.agingthai.org/?p=content&id=236>.
- อรชร โททวี. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อรพรรณ เมฆาดีลกุล. (2546). *โรคจากการทำงาน สารพิษและสิ่งแวดล้อมที่พบบ่อย และการป้องกันการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์: 56-89.
- อนิรุจน์ มะโนธรรม. (2548). *การศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ต*. มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.).
- อำนาจ เจริญกุล. 2540. *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขศึกษาของบุคลากรมาลาเรียระดับสนามกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, R.T., Aaronson, N.K., Bullinger, M., & Mcbee, W.L. (1996). A review of the progress towards developing health – related quality – of – life instrument for international clinical studies and outcomes research. *Pharmaco – Economics*. 10, 336 – 355.

- Carbone, U. et.al; (2005). *Occupational categories and chronic degenerative disease in elderly workers*. International congress series, 1280, (June 2005).
- Concepcion, M.B. (1996). "The Graying of Asia: Demographic Dimensions", In *Added Years of Life in Asia, Current Situation and Future Challenges*. New York: United Nations, ESCAP, Asian Population Studies Series No. 141. Retrieved December 20th, 2008, from: http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/tha/Newsletter-2550/others/thai_demo_data.html.
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Edelman, C.L., & Mandel, C.L. (1998). *Health Promotion Throughout the Lifespan*. 4th ed. St.Louis, Mo: Mosby – Year book.
- Fleming, L.E. et.al. (2007). *The health behaviors of the older US worker*. American Journal of Industrial Medicine, 50(6), 427-437.
- Green, L.W., & Krueter, M.W. (1999). *Health promotion planning an education and ecological approach*. (3rd ed.). California: Mayfield.
- House, J.S., & Kahn, R.L. (1985). "Measures and Concepts of Social Support". In *Social Support and Health*. Edited by C., Sheldon and S.S., Leonard. New York: Academic Press, Inc.
- Hycon – Kyo. & Kumarshiro, M. (2003). Characteristics and Perspective of Occupational Accidents Involving Ages Workers in Korea. *Aging and work*, New York: Taylor&Francis: 301-309.
- Kenny, G.P., Yardley, J.E., Martineau, L., & Jay, O. (2008). Physical work capacity in older adults: implications for the aging worker. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(8), 610-625.
- Kiss, P., & Meester, M. (2005). *Need for Recovery in Aging Workers*. International congress series, 1280,(June 2005).
- Kumashiro, M. (2003). Japanese initiatives on aging and work: An occupational ergonomics approach to solving this complex problem. In M.Kumashiro (ED.) *Aging and Work*, New York: Taylor&Francis.
- Levin, I.R., & Rubin, S.D. (1991). *Statistic for management*. (5th ed.). New York: Prentice Hall.

- Vodopivec M. and Arunatilake N. (2008). *Population Aging and The Labor Market: The Case of Sri Lanka*. SP Discussion Paper No. 0821. Special Protection & Labor The World Bank.
- Naumanen, P. (2006). The health promotion of aging workers from the perspective of occupational health professionals. *Public Health Nurs. Jan-Feb;23(1)*, 37-45.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of Health Promotive Behavior. *Nursing Clinics of North America*, 26 (4), 815-823.
- Pender, N.J., Murdaugh, N.I., & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practices* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Suwattee P. and Plampite S. (1980). *Employment in the Informal Sector in Bangkok*. A Report prepared for ILO Asian Employment Program.
- Population Reference Bureau. (2007). *Population Bulletin. World Population Highlights : Key Findings from 2007 World Population Sheet*. Washington, DC., 62 (3), 1.
- Suamapanao S. (2006). *Factor related to Role performance in Occupational disease prevention of nurses in health centers, department of health, Bangkok Metropolitan Administration*. Thesis for the degree of master of science (Public Health) Major in public health nursing Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Leurmarnkul W. and Meetam P. (2005). Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). *Thai J. Pharm. Sci.*, 29(1-2): 69 - 88.
- World Health Organization. (1993). *Aging and work capacity: Report of a WHO Study Group, WHO Technical Report series 835*. Geneva: World Health Organization.
- Yurick, A.G., et al. (1980). *The Aged Person and Nursing Process*. New York: Appleton Century-Crofts.
- United Nations. (2007). *World Population Ageing 2007*. New York: Department of Economics and Social Affairs, Population Division.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อ
ประกอบการทำวิทยานิพนธ์

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ แก้วบุญชู
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร เผ่าวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหิดล



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ใบรับรอง เพื่อแสดงว่า

ชื่อ - นามสกุล นางณัฐรุตีณี สุขสมัย รหัสนักศึกษา 5037009 PHPH/M
คณะ / สถาบัน / วิทยาลัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นผู้ผ่านการเรียนชั่วโมง “ จริยธรรมการวิจัยในคน ”

ในรายวิชา SCID 518 Generic Skills in Science Research
คณะ / สถาบัน / วิทยาลัย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุพมาล จงธรรมคุณ)

อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา / ผู้ประสานงานรายวิชา

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ พญ. พรรณแข มไหสวริยะ)

อาจารย์ผู้สอน

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH2009-080
ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงาน นอกระบบในกรุงเทพมหานคร
รหัสโครงการ	22/2552
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางณัฐฤติณี สุขสมัย
ที่ทำงาน	หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลิขสมบัติกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 24 เมษายน 2552

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 23 เมษายน 2553

ภาคผนวก ง
แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย
โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ก่อนลงนามในใบยินยอมคนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลใดๆต่อตัวข้าพเจ้า

ข้อ 4. ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5. ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
ที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร



คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษา และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ และมีคุณค่าอย่างยิ่งในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบและการให้บริการสาธารณสุขโดยรวมต่อไป

2. คำตอบของแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เนื่องจากคำถามได้สร้างขึ้นเพื่อวัดการรับรู้และความคิดเห็นของท่านเท่านั้น กรุณาตอบคำถามจากความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน

3. หากท่านมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม กรุณาบอกหรือเขียนข้อความลงในเนื้อที่ว่างท้ายแบบสัมภาษณ์

4. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (15 ข้อ)
- ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุ (15 ข้อ)
- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (40 ข้อ)
- ส่วนที่ 4 ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (30 ข้อ)
- ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (21 ข้อ)
- ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (8 ข้อ)

ขอขอบคุณสำหรับการมีส่วนร่วมในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เติมเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์ตามที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบตอบ

สถานที่เก็บข้อมูล ชุมชน.....แขวง.....บ้านเลขที่.....
วันที่เก็บข้อมูล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

1. ขณะนี้ท่านอายุ ปี นับถึงวันสัมภาษณ์(จำนวนเต็ม)
2. เพศ หญิง ชาย
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส.
 อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท อื่นๆ
5. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 อยู่คนเดียว คู่สมรส
 บุตร/หลาน/ญาติ อื่นๆระบุ
6. จำนวนบุตร คน
7. สมาชิกในบ้านที่ท่านรับภาระดูแล..... คน
8. ภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่ จังหวัดจำนวนปีที่ท่านอยู่ในชุมชนนี้.....ปี
9. รายได้ บาทต่อเดือน
 - 9.1 แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 คู่สมรส (จำนวน.....บาท) บุตร (จำนวน.....บาท)
 หลาน (จำนวน.....บาท) เบี้ยผู้สูงอายุ
 การประกอบอาชีพ ระบุ (จำนวน.....บาท)
 - 9.2 ความเพียงพอของรายได้
 เพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ
 ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้ ไม่เพียงพอและเป็นหนี้

10. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กรุณาระบุ งานประจำ ที่ท่านทำและมีรายได้ (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

ลักษณะงาน	จำนวนชั่วโมง / วัน	จำนวนวัน / สัปดาห์
10.1เย็บผ้า		
10.2 ปักเลื่อมผ้า		
10.3 ตัดรองเท้า/กระเป๋าหนัง		
10.4 ทำดอกไม้ประดิษฐ์		
10.5 ทำดอกไม้จันทร์		
10.6 ทำขนมกับข้าว ขาย		
10.7 ค้าขายของชำ		
10.8 ค้าขายอาหาร		
10.10 ขายกาแฟ / เครื่องดื่ม		
10.10 หาบเร่ แผงลอย		
10.11 ซื่อขายของเก่า		
10.13 ปลูกต้นไม้ (ขาย)		
10.13 ขับรถรับจ้าง เช่น แท็กซี่		
10.14 นวดแผนโบราณ		
10.15 อื่นๆ		

11. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็น ไม่เป็น

12. ท่านเคยตรวจสอบสภาพประจำปีหรือไม่

เคย ไม่เคย

12.1 ถ้าเคยกรุณาระบุปีที่ท่านได้รับการตรวจสอบสภาพประจำปีครั้งสุดท้าย.....ปี

13.เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปในขณะนี้ เป็นอย่างไร

- ดีกว่าปีที่ผ่านมามาก
- ดีกว่าปีที่ผ่านมาเล็กน้อย
- พอๆกับปีที่ผ่านมา
- แย่กว่าปีที่ผ่านมาเล็กน้อย
- แย่กว่าปีที่ผ่านมามาก
- ไม่ทราบแยกแยะไม่ได้

14. ท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือไม่

- ไม่มี มี โปรดระบุ.....(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
 โรคไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม
 โรคหัวใจ โรคไต
 ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ต้อกระจก
 อื่นๆ (ระบุ)

15. อาการผิดปกติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการผิดปกติ	ไม่เคยมีอาการ	มีอาการ นานๆครั้ง (น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)	มีอาการบ่อยครั้ง (3-5 ครั้ง/ สัปดาห์)	มีอาการเป็นประจำ(มากกว่า 5 ครั้ง/ สัปดาห์)
15.1 ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อเช่น ปวดเข่า				
15.2 ปวดหลัง				
15.3 ปวดศีรษะ / เวียนศีรษะ				
15.4 ปวดตา				
15.5 ปวดท้อง ท้องอืด				
15.6 หกล้ม				
15.7 นอนไม่หลับ				
15.8 เหนื่อย				
15.9 ไข้				
15.10 คลื่นไส้ อาเจียน				
15.11 ผื่นคันที่ผิวหนัง				
15.12 ตามัว / ตามแดง				
15.13 กลืนปัสสาวะไม่ได้				
15.14 อื่นๆ (ระบุ)				

**ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุ
ที่ทำงานนอกระบบ**

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามที่ท่านกรรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

โอกาสเกิดอาการผิดปกติสูงมาก หมายถึง งานที่ท่านมีโอกาสทำให้เกิดอาการเหล่านี้
สัปดาห์ละ 5 ครั้งขึ้นไป

โอกาสเกิดอาการผิดปกติสูง หมายถึง งานที่ท่านมีโอกาสเกิดทำให้เกิดอาการเหล่านี้
สัปดาห์ละ 3 -5 ครั้ง

โอกาสเกิดอาการผิดปกติน้อย หมายถึง งานที่ท่านมีโอกาสเกิดทำให้เกิดอาการเหล่านี้
สัปดาห์ละ 1- 2 ครั้ง

ไม่มีโอกาสเกิดอาการผิดปกติ หมายถึง ตลอดเวลาการทำงาน ไม่มีโอกาสเกิดอาการเหล่านี้เลย
ในหนึ่งสัปดาห์

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่างานที่ท่านทำมีโอกาสเกิดอาการผิดปกติดังต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

ข้อความ	ระดับโอกาสเกิดอาการผิดปกติ			
	สูงมาก	สูง	น้อย	ไม่มี
1.เกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจ เช่น ไอ หรือ หอบ				
2. เกิดผื่นคันตามร่างกาย บริเวณที่สัมผัสกับสารเคมี หรือ อุปกรณ์ ที่ใช้				
3. เกิดอาการชา หรือ การสัมผัสรับความรู้สึกผิดปกติ				
4. แสบ เคือง ตา น้ำตาไหลบ่อย				
5. หูอื้อ หรือ ปวดหู จากความดังของเสียงในการทำงาน				
6. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง				
7. ทำให้เกิดความพิการ เช่น ข้อติด ปวดเข่า ปวดข้อ				
8. เกิดการสัมผัสสารพิษ เช่น สารเคมี				
9. การได้รับฝุ่นฟุ้งกระจาย				
10. เกิดอุบัติเหตุจากของมีคมบาด				
11. เกิดอุบัติเหตุจาก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก				
12. การสัมผัสเชื้อโรค				
13. การติดเชื้อโรค				
14. เกิดภาวะเครียด				
15. เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ				

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านมากที่สุด (ย้อนหลังไป 1 เดือน) เพียงคำตอบเดียว

สม่ำเสมอ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว สัปดาห์ละ 5 ครั้งขึ้นไป

บ่อยครั้ง หมายถึง การได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง

นานๆครั้ง หมายถึง การได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง การไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลยในเวลาหนึ่งสัปดาห์

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. ท่านไปรับการตรวจร่างกายจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติ				
2. ท่านหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น คู่มือ ทีวี วิทยุ อ่านหนังสือ เป็นต้น				
3. ท่านไปฟังบรรยายความรู้ ด้านสุขภาพ				
4. ท่านซักรีดผ้าเช็ดหน้า อย่างน้อยเดือนละครั้ง				
5. ท่านวัดความดันโลหิต อย่างน้อยเดือนละครั้ง				
6. ท่านไปขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีปัญหาวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ				
การออกกำลังกาย				
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายต่างๆ เช่น ชมรมไท้เก๊ก ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น				
8. ท่านเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนออกกำลังกาย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ				
9. ท่านออกกำลังกายโดยการเหยียดแขน ขา บิดเนื้อตัว				
10. ท่านใช้เวลาส่วนหนึ่งทำกิจกรรมยามว่าง เช่น ปลูกหรือรดน้ำต้นไม้				

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
11.ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินเล่นหลังรับประทานอาหาร				
12.ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก หรือ หัวใจเต้นเร็ว อย่างน้อย 20 – 30 นาที				
13.ท่านผ่อนคลายร่างกายหลังการออกกำลังกาย				
14.ท่านนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6 ชั่วโมง				
โภชนาการ				
15.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่				
16.ท่านรับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ				
17.ท่านรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันมาก เช่น แกงใส่กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน				
18.ท่านอ่านฉลากแสดงปริมาณสารอาหาร เช่น ไขมัน เกลือ โซเดียม ข้างภาชนะที่บรรจุอาหารสำเร็จรูป ก่อนเลือกซื้อหรือรับประทาน				
19.ท่านดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำเกลือแร่				
20.ท่านรับประทานผักและผลไม้สดอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี				
21.ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจัด				
22.ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ข้าวเหนียวเปียก				
23. ท่านดื่มนม น้ำเต้าหู้ หรือ รับประทานปลาเล็กปลาน้อย				
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
24.เมื่อมีปัญหากังวลใจท่านจะพูดคุยกับคนใกล้ชิดที่ ท่านไว้ใจ				
25.เมื่อลูกหลานหรือเพื่อนบ้านประสบความสำเร็จ ท่านแสดงความยินดีกับความสำเร็จนั้นๆ				

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อย ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
26.ท่านแสดงความรัก ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ คนในครอบครัว เพื่อนและคนใกล้ชิด				
27.ท่านให้การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา เดือดร้อน				
28.ท่านใช้เวลาอยู่กับครอบครัว				
29.ท่านใช้เวลาและ โอกาสสังสรรค์กับเพื่อนและคน ใกล้ชิด				
30.ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว				
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
31.ท่านมองโลกในแง่ดีเมื่อมีปัญหา				
32.ท่านพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา				
33.ท่านภูมิใจที่ทำงานได้ผลตามที่ตั้งใจ				
34.ท่านยอมรับและกล้า ผชิญกับสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่ไม่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้				
การจัดการความเครียด				
35.ท่านสามารถจัดการตนเองได้ เมื่อมีความเครียด				
36.ท่านใช้เหตุผลในการจัดการความเครียด				
37.เมื่อมีความเครียดท่านทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ สวดมนต์				
38.ท่านใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา				
39.ท่านจะหยุดพักการทำงานเมื่อรู้สึกว่าคุณเหนื่อยล้า มากเกินไป				
40.ท่านทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ				

ส่วนที่4 ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็น ตามที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเลือกตอบมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ			
1. ผู้ที่มีอายุ 45ปีขึ้นไปควรตรวจระดับไขมันและน้ำตาลในเลือด หรือตรวจหามะเร็งปากมดลูก อย่างน้อยปีละครั้ง			
2. ผู้สูงอายุควรวัดความดันโลหิต อย่างน้อยเดือนละครั้ง			
3. การแปรงฟันให้สะอาดและถูกวิธี และการล้างมือช่วยป้องกันโรคได้			
4. ยาก่อนอาหารต้องรับประทานก่อนอาหารอย่างน้อย15 นาที			
การออกกำลังกาย			
5. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง วันละ20 – 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ช่วยทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานดีขึ้น			
6. ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเหนื่อย หอบ เจ็บหน้าอก หรือรู้สึกหน้ามืด หายใจไม่ทัน ให้หยุดการออกกำลังกายแล้วนั่งพัก ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ควรไปพบแพทย์			
7. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้			
โภชนาการ			
8. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็ก ปลาน้อย ช่วยทำให้กระดูกแข็งแรง			
9. อาหารประเภททอดและกะทิทำให้เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าอาหารประเภทต้มและนึ่ง			
10. ผู้สูงอายุควรรับประทานเนื้อสัตว์อย่างน้อย วันละ 6 ช้อน (กินข้าว)			
11. ผู้สูงอายุควรรับประทานผักใบเขียวอย่างน้อยวันละ 4 ท็อป			
12. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ6-8 แก้ว เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง			

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 13.การให้สิ่งของ กำลังใจ ให้ข้อมูล ได้ถามทุกข์สุข ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 14. การฝึกหัวเราะและคิดในทางบวก ทำให้สุขภาพจิตดี			
การจัดการความเครียด 15.การทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นการจัดการความเครียดที่เหมาะสม			

4.2 ทศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นตามที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเลือกตอบมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1.การตรวจสุขภาพประจำปี มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ				
2. การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพทางวิทยุ โทรทัศน์ เป็นสิ่งที่ทำจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				
3.การหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อากาศไม่ถ่ายเท มีฝุ่นละออง ทำได้ยาก				

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การออกกำลังกาย				
4. ท่านชอบเดินออกกำลังกายมากกว่านั่งอยู่เฉยๆ				
5. การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน				
6. การออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายความเครียดได้				
โภชนาการ				
7. อาหารมื้อเช้า ไม่มีความสำคัญกับร่างกาย				
8. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง เอ็ม- 150 ช่วยให้ร่างกายมีแรงในการทำงาน				
9. ท่านไม่ชอบดื่มน้ำเพราะทำให้ปัสสาวะบ่อย				
10. ท่านชอบรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า อาหารกระป๋อง เพราะสะดวก				
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
11. การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวช่วยทำให้สุขภาพดี เช่น รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย				
12. ท่านชอบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทำให้ท่านมีความสุข				
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
13. ท่านมีความภูมิใจเมื่อแก้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นที่ขอความช่วยเหลือได้				
14. ความสำเร็จของลูกหลานคือความสุขของท่าน				
การจัดการความเครียด				
15. การนั่งสมาธิ เป็นวิธีการช่วยผ่อนคลายความเครียด				

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการ และนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 การเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องว่าง ตามที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ

เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบคือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.การเดินทางจากบ้านเพื่อไปสถานบริการสุขภาพมีความสะดวก				
2.ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพมีระยะทางไม่ไกล				
3.การเดินทางของท่านไปสถานบริการไม่ลำบาก				
4.ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่แพง				
5.เวลาและขั้นตอนในการขอรับบริการไม่ยุ่งยาก				
6.ท่านได้รับการปฏิบัติในการรับบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่เท่าเทียมกับผู้อื่น				
7.ท่านพอใจในคุณภาพการบริการที่ได้รับ				
8.ท่านได้รับความสะดวกและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ				
9.อุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายมีสภาพพร้อมใช้ เช่น จักรยาน วงล้อกันข้อไหลัดัดแข็ง เป็นต้น				
10.อุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในสถานบริการ				

ส่วนที่ 5.2 นโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นารรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับนโยบายการจัดการและดูแลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของชุมชน โดยให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามที่ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบคือ

“มี” หมายถึง ในชุมชนหรือสถานบริการที่ท่านใช้บริการมี ข้อปฏิบัติ ด้านจัดบริการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

“ไม่มี” หมายถึง ในชุมชนหรือสถานบริการที่ท่านใช้บริการไม่มี ข้อปฏิบัติ ด้านจัดบริการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

“ไม่ทราบ” หมายถึง ท่านไม่ทราบว่าในชุมชนหรือสถานบริการที่ท่านใช้บริการมี ข้อปฏิบัติ ด้านจัดบริการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

กิจกรรม	มี		ไม่มี	ไม่ทราบ
	ในชุมชน	ในสถานบริการ		
1. มีบริการตรวจสุขภาพประจำปี				
2. การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากงานที่ทำ เช่น ตัดเย็บผ้าหรือซัดเครื่องเงินให้ตรวจเอ็กซเรย์ปอดทุกปี				
3. มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย - รำมวยจีน - กระบองป้าบุญมี				
4. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต หรือ คลายเครียด - นิมนต์พระมาเทศน์อย่างน้อยเดือนละครั้ง - กิจกรรมสันตนาการ เช่น ร้องคาราโอเกะ รำไทย เป็นต้น				
5. มีสถานที่หรือกิจกรรม พักผ่อนหย่อนใจ เช่น ที่อ่านหนังสือของชุมชน ลานกีฬา				
6. มีการจัดกิจกรรมสอนสาธิต และส่งเสริมสนับสนุน ในด้านการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีคุณภาพ				

กิจกรรม	มี		ไม่มี	ไม่ทราบ
	ในชุมชน	ในสถานบริการ		
7. มีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพทั้งในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด				
8. มีการจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อผู้สูงอายุเช่นวันสงกรานต์วันปีใหม่				
9. มีชมรมผู้สูงอายุ				
10. มีนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น ลานกีฬา สวนสาธารณะ				
11. มีบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การบริการของอาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่				

ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อคำถามเป็นการรับรู้ของท่านต่อการได้รับการดูแลเอาใจใส่ การกระตุ้นเตือนจาก แกนนำชุมชน เพื่อน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข ต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ บ่อยเพียงใด กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลง ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

สำหรับเพื่อน บุคคลในครอบครัว

✓ ได้รับเป็นประจำ หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวสัปดาห์ละ 5 ครั้งขึ้นไป

✓ ได้รับบางครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง

✓ ได้รับนานๆครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง

✓ ไม่ได้รับ หมายถึง การที่ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเลยในเวลาหนึ่งสัปดาห์

สำหรับแกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข

✓ ได้รับเป็นประจำ หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเดือนละ 4 ครั้งขึ้นไป

✓ ได้รับบางครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเดือนละ 3 – 5 ครั้ง

✓ ได้รับนานๆครั้ง หมายถึง การที่ท่านได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเดือนละ 1 – 2 ครั้ง

✓ ไม่ได้รับ หมายถึง การที่ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าวเลยในเวลาหนึ่งเดือน

ข้อความ	ความถี่				แหล่งสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ รับ	
1.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนให้ไป พบแพทย์ พยาบาล เมื่อมีปัญหา สุขภาพ					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข
2.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนให้ ออกกำลังกาย					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข
3.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน อาหาร					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข
4.ท่านได้การช่วยเหลือในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข
5.ท่านได้รับการช่วยเหลือด้าน การเงิน					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข
6.ท่านได้รับกำลังใจในการดำเนิน ชีวิต					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข

ข้อความ	ความถี่				แหล่งสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ รับ	
7. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้าน อาชีพ(ได้รับความช่วยเหลือในการ หาแหล่งวัสดุในการผลิตสินค้า หรือหาตลาดในการจำหน่ายสินค้า)					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้าน แหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น การ เดินทางไปรับบริการ					<input type="checkbox"/> เพื่อน
					<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว
					<input type="checkbox"/> แกนนำชุมชน
					<input type="checkbox"/> บุคลากรสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ
ตารางการจำแนกรายข้อ

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวน ร้อยละของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ
ที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

อาการผิดปกติ	ไม่เคยมีอาการ		มีอาการนานๆ ครั้ง		มีอาการ บ่อยครั้ง		มีอาการ ประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ปวดกระดูกและ กล้ามเนื้อ เช่น ปวดเข่า	44	30.6	53	36.8	27	18.8	20	13.9
2.ปวดหลัง	59	41.0	57	39.6	17	11.	11	7.6
3.ปวด / เวียนศีรษะ	92	63.9	39	27.1	10	6.9	3	2.1
4.ปวดตา	113	78.5	23	16.0	6	4.2	2	1.4
5. ปวดท้อง ท้องอืด	108	75.0	26	18.1	7	4.9	3	2.1
6.หกล้ม	128	88.9	13	9.0	2	1.4	1	0.7
7.นอนไม่หลับ	89	61.8	30	20.8	14	9.7	11	7.6
8.เครียด	99	68.8	35	24.3	7	4.9	3	2.1
9.ไข้	117	81.3	21	14.6	5	3.5	1	0.7
10. คลื่นไส้ อาเจียน	133	92.4	9	6.3	0	0	2	1.4
11.ผื่นคันที่ผิวหนัง	114	79.2	23	16	2	1.4	5	3.5
12. ตามัว / ตาแดง	114	79.2	21	14.6	4	2.8	5	3.5
13. กลืนปัสสาวะ ไม่ได้	115	79.9	18	12.5	9	6.3	2	1.4
14.อื่นๆ	140	97.2	4	2.8	0	0	0	0

ตารางภาคผนวกที่ 2 รวมจำนวน ร้อยละ การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดจาก
การทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

อาการผิดปกติ	ไม่เคยมีความผิดปกติ		มีความผิดปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	42	29.2	102	70.8
ความพิการ	76	52.8	68	47.2
ระบบประสาท	92	63.9	52	36.1
ระบบทางเดินหายใจ	101	70.1	43	29.9
ภาวะเครียด	102	70.8	42	29.1
ตา	106	73.6	38	26.4
อุบัติเหตุจากของมีคมบาด	111	77.1	33	22.9
หู	119	82.6	25	17.4
การสัมผัสเชื้อโรค	123	85.4	21	14.6
อุบัติเหตุจาก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	124	86.1	20	13.9
ผื่นคันตามร่างกาย	126	87.5	18	12.5
การติดเชื้อโรค	126	87.5	18	12.5
การสัมผัสสารพิษ	131	91.0	13	9.0
อื่นๆ	123	85.4	21	14.6

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวน ร้อยละ การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกาย (แยกระบบ) ที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

อาการผิดปกติ	ไม่เคยมีความผิดปกติ		มีความผิดปกติ น้อย		มีความผิดปกติ สูง		มีความผิดปกติ สูงมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสัมผัส								
เกิดการสัมผัสสารพิษ เช่น สารเคมี	131	91.0	6	4.2	5	3.5	2	1.4
เกิดผื่นคันตามร่างกาย - บริเวณที่สัมผัสกับ สารเคมี หรือ อุปกรณ์	126	87.5	10	6.9	4	2.8	4	2.8
การสัมผัสเชื้อโรค	123	85.4	14	9.7	4	2.8	3	2.1
เกิดอาการชา หรือ การสัมผัสรับความรู้สึ กผิดปกติ	92	63.9	37	25.7	8	5.6	7	4.9
อุบัติเหตุ								
เกิดอุบัติเหตุจาก ไฟ ไหม้- น้ำร้อนลวก	124	86.1	17	11.8	3	2.1	0	0
เกิดอุบัติเหตุจากของมี กม	111	77.1	25	17.4	6	4.2	2	1.4
หู ตา จมูก								
หูอื้อ หรือ ปวดหู จาก ความดังของเสียงในการ ทำงาน	119	82.6	20	13.9	5	3.5	0	0
แสบ เคือง ตา น้ำตาไหล	106	73.6	28	19.4	7	4.9	3	2.1
ทางเดินหายใจ								
การได้รับฝุ่นฟุ้งกระจาย	101	70.1	30	20.8	6	4.2	7	4.9
เกิดอาการผิดปกติของ- ทางเดินหายใจ เช่น ไอ หรือ หอบ	101	70.1	32	22.2	7	4.9	4	2.8

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวน ร้อยละ การรับรู้โอกาสเกิดอาการผิดปกติของร่างกาย(แยกระบบ)ที่เกิดจากการทำงานของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

อาการผิดปกติ	ไม่เคยมีความผิดปกติ		มีความผิดปกติ		มีความผิดปกติ		มีความผิดปกติ	
	ผิดปกติ		น้อย		สูง		สูงมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระดูกและกล้ามเนื้อ								
ทำให้เกิดความพิการ เช่น ข้อติด ปวดเข่า ปวดข้อ	76	52.8	47	32.6	13	9.1	8	5.6
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	42	29.2	64	44.4	25	17.4	13	9.0
การติดเชื้อโรค	126	87.5	15	10.4	2	1.4	1	0.7
ภาวะเครียด	102	70.8	32	22.2	9	6.3	1	0.7
อื่นๆ	123	85.4	13	9.0	5	3.5	3	2.1

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n=144)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ใช่		ไม่ใช่ / ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	117	81.3	27	18.8
1. ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ควรตรวจระดับไขมันและน้ำตาลในเลือด หรือ ตรวจหามะเร็งปากมดลูก อย่างน้อยปีละครั้ง				
2. ผู้สูงอายุควรวัดความดันโลหิต อย่างน้อยเดือนละครั้ง	124	86.1	20	13.9
3. การแปรงฟันให้สะอาดและถูกวิธี และการล้างมือช่วยป้องกันโรคได้	137	95.1	7	4.9
4. ยาก่อนอาหารต้องรับประทานก่อนอาหารอย่างน้อย 15 นาที	120	83.3	24	16.7

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n=144) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ใช่		ไม่ใช่ / ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย				
5. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง วันละ 20 – 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ช่วยทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานดีขึ้น	132	91.7	12	8.3
6. ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเหนื่อย หอบ เจ็บหน้าอก หรือรู้สึกหน้ามืด หายใจไม่ทัน ให้หยุดการออกกำลังกายแล้วนั่งพัก ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์	133	92.4	11	7.6
7. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	116	80.6	28	19.4
โภชนาการ				
8. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็ก ปลาน้อย ช่วยทำให้กระดูกแข็งแรง	139	96.5	5	3.5
9. อาหารประเภททอดและกะทิทำให้เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าอาหารประเภทต้มและนึ่ง	132	91.7	12	8.3
10. ผู้สูงอายุควรรับประทานเนื้อสัตว์อย่างน้อยวันละ 6 ช้อน (กินข้าว)	97	67.4	47	32.6
11. ผู้สูงอายุควรรับประทานผักใบเขียวอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี	116	80.6	28	19.4
12. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง	137	95.1	7	4.9

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n=144) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ใช่		ไม่ใช่ / ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	144	100	0	0
13.การให้สิ่งของ คำปล้ำใจ ให้ข้อมูล ใ้ตามทุกซ์สุข ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ				
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
14. การฝึกหัดห้เราและคิดในทางบวก ทำให้ สุขภาพจิตดี	138	95.8	6	4.2
การจัดการความเครียด				
15.การทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็น การจัดการความเครียดที่เหมาะสม	135	93.8	9	6.3

ตารางภาคผนวกที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่
ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ								
1.การตรวจสุขภาพประจำปี มี ความสำคัญต่อสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	117	81.3	26	18.1	1	0.7	0	0
2. การแสวงหาความรู้ด้าน สุขภาพทางวิทยุ โทรทัศน์เป็น สิ่งที่ทำจำเป็นในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ	71	49.3	67	46.5	6	4.2	0	0
3.การหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ อากาศไม่ถ่ายเท มีฝุ่นละออง ทำได้ยาก	37	25.7	36	25.0	28	19.4	43	29.9

ตารางภาคผนวกที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย								
4. ท่านชอบเดินออกกำลังกายมากกว่านั่งอยู่เฉยๆ	65	45.1	63	43.8	16	11.1	0	0
5. การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน	15	10.4	28	19.4	52	36.1	49	34.0
6. การออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายความเครียดได้	78	54.2	54	37.5	11	7.6	1	0.7
โภชนาการ								
7. อาหารมื้อเช้า ไม่มี	27	18.8	24	16.7	33	22.9	60	41.7
8. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง เอ็ม- 150 ช่วยให้ร่างกายมีแรงในการทำงาน	19	13.2	15	10.4	38	26.4	72	50.0
9. ท่านไม่ชอบดื่มน้ำเพราะทำให้ปัสสาวะบ่อย	15	10.4	27	18.8	49	34.0	53	36.8
10. ท่านชอบรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า อาหารกระป๋อง เพราะสะดวก	15	10.4	21	14.6	44	30.6	64	44.4
11. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	74	51.4	65	45.1	3	2.1	2	1.4
11. การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวช่วยทำให้สุขภาพดี เช่น รับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย								

ตารางภาคผนวกที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12. ท่านชอบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทำให้ท่านมีความสุข	68	47.2	60	41.7	13	9.0	3	2.1
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	79	54.9	64	44.4	1	0.7	0	0
13. ท่านมีความภูมิใจเมื่อแก้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นที่ขอความช่วยเหลือได้	97	67.4	46	31.9	1	0.7	0	0
14.ความสำเร็จของลูกหลานคือความสุขของท่าน	79	5.9	56	38.9	7	4.9	2	1.4
15. การนั่งสมาธิ เป็นวิธีการช่วยผ่อนคลายความเครียด								

ตารางภาคผนวกที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของการเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การเดินทางจากบ้านเพื่อไปสถานบริการสุขภาพมีความสะดวก	68	47.2	68	47.2	6	4.2	2	1.4
2.ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพมีระยะทางไม่ไกล	68	47.2	67	46.5	7	4.9	2	1.4
3.การเดินทางของท่านไปสถานบริการไม่ลำบาก	69	47.9	65	45.1	8	5.6	2	1.4
4.ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่แพง	65	45.1	72	50.0	4	2.8	3	2.1
5.เวลาและขั้นตอนในการขอรับบริการไม่ยุ่งยาก	67	42.4	72	50.0	9	6.3	2	1.4
6.ท่านได้รับการปฏิบัติในการรับบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่เท่าเทียมกับผู้อื่น	63	43.8	77	53.5	2	1.4	2	1.4
7.ท่านพอใจในคุณภาพการบริการที่ได้รับ	64	44.4	76	52.8	2	1.4	2	1.4
8.ท่านได้รับความสะดวกและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ	66	45.8	75	52.1	1	0.7	2	1.4

ตารางภาคผนวกที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของการเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. อุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายมีสภาพพร้อมใช้ เช่น จักรยาน วงล้อกันข้อไหล่ติดแข็ง เป็นต้น	38	26.4	65	45.1	28	19.4	13	9.0
10. อุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในสถานบริการ	33	22.9	68	47.2	27	18.8	16	11.1

ตารางภาคผนวกที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

กิจกรรม	มีนโยบายในชุมชน		ไม่ทราบ/ไม่มีนโยบายในชุมชน		มีนโยบายในสถานบริการ		ไม่ทราบ/ไม่มีนโยบายในสถานบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีบริการตรวจสุขภาพประจำปี	52	36.1	92	63.9	86	59.7	58	40.3
2. การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากงานที่ทำ เช่น คัดเย็บผ้าหรือซักเครื่องเงินให้ตรวจเอ็กซเรย์ปอดทุกปี	4	2.8	140	97.2	31	21.5	113	78.5

ตารางภาคผนวกที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ในชุมชนของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

กิจกรรม	มีนโยบาย ในชุมชน		ไม่ทราบ/ไม่มี นโยบายใน ชุมชน		มีนโยบาย ในสถานบริการ		ไม่ทราบ/ไม่มี นโยบาย ในสถานบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.มีการจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย - รำมวยจีน - กระบองป้าบุญมี	2	1.4	142	98.6	44	30.6	100	69.4
4.มีการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพจิต หรือ คลายเครียด - นิมนต์พระมา เทศน์อย่างน้อย เดือนละครั้ง - กิจกรรมสันตนา การ เช่น ร้องคารา โอเกะ รำไทย เป็น ต้น	37	25.7	107	74.3	32	22.2	112	77.8
5.มีสถานที่หรือ กิจกรรม พักผ่อน หย่อนใจ เช่น ที่อ่าน หนังสือของชุมชน ลานกีฬา	57	39.6	87	60.4	25	17.4	119	82.6

ตารางภาคผนวกที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ในชุมชนของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

กิจกรรม	มีนโยบาย ในชุมชน		ไม่ทราบ/ไม่มี นโยบายใน ชุมชน		มีนโยบาย ในสถานบริการ		ไม่ทราบ/ไม่มี นโยบาย ในสถานบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6.มีการจัดกิจกรรม สอนสาธิต และ ส่งเสริมสนับสนุน ในด้านการ รับประทานอาหาร ที่ถูกสุขลักษณะ มี คุณภาพ	33	22.9	111	77.1	47	32.6	97	67.4
7.มีการจัดกิจกรรม เพื่อสร้าง สัมพันธภาพทั้งใน ครอบครัวและผู้ ใกล้ชิด	56	38.9	88	61.1	21	14.6	123	85.4
8. มีการจัดกิจกรรม ต่างๆเพื่อผู้สูงอายุ เช่นวันสงกรานต์ วันปีใหม่	94	65.3	50	34.7	65	45.1	79	54.9
9. มีชมรมผู้สูงอายุ	46	31.9	98	68.1	75	52.1	69	47.9
10.มีนโยบาย สาธารณะเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ลานกีฬา สวนสาธารณะ	64	44.4	80	55.6	35	24.3	109	75.7

ตารางภาคผนวกที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชนของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

กิจกรรม	มีนโยบาย ในชุมชน		ไม่ทราบ/ไม่มี นโยบายใน ชุมชน		มีนโยบาย ในสถานบริการ		ไม่ทราบ/ไม่มี นโยบาย ในสถานบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	11.มีบริการสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง เช่น การบริการของ อาสาสมัคร สาธารณสุข หน่วย สาธารณสุข เคลื่อนที่	71	49.3	73	50.7	83	57.6	61

ตารางภาคผนวกที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูล ข่าวสารของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144)

ข้อความ	ความถี่								
	ได้รับเป็นประจำ		ได้รับบางครั้ง		ได้รับนานๆครั้ง		ไม่ได้รับ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือน ให้ไปพบแพทย์พยาบาล เมื่อมี ปัญหาสุขภาพ									
- เพื่อน	7	4.9	22	15.3	10	6.9	105	72.9	
- บุคคลในครอบครัว	51	35.4	47	32.6	8	5.6	37	25.7	
- แกนนำชุมชน	12	8.3	15	10.4	5	3.5	112	77.8	
- บุคลากรสาธารณสุข	22	15.3	35	24.3	10	6.9	77	53.5	

ตารางภาคผนวกที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่							
	ได้รับเป็นประจำ		ได้รับบางครั้ง		ได้รับนานๆครั้ง		ไม่ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกาย								
- เพื่อน	13	9.0	22	15.3	15	10.4	94	65.3
- บุคคลในครอบครัว	26	18.1	34	23.6	9	6.3	75	52.1
- แกนนำชุมชน	8	5.6	20	13.9	8	5.6	108	75.0
- บุคลากรสาธารณสุข	18	12.5	37	25.7	7	4.9	82	56.9
3.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาหาร								
- เพื่อน	5	3.5	16	11.1	20	13.9	103	71.5
- บุคคลในครอบครัว	19	13.2	50	34.7	8	5.6	67	46.5
- แกนนำชุมชน	7	4.9	11	7.6	4	2.8	122	84.7
- บุคลากรสาธารณสุข	27	18.8	29	20.1	17	11.8	71	49.3
4.ท่านได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน								
- เพื่อน	4	2.8	20	13.9	5	3.5	115	79.9
- บุคคลในครอบครัว	51	35.4	53	36.8	5	3.5	35	24.3
- แกนนำชุมชน	2	1.4	4	2.8	3	2.1	135	93.8
- บุคลากรสาธารณสุข	5	3.5	2	1.4	1	0.7	136	94.4
5.ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน								
- เพื่อน	2	1.4	16	11.1	8	5.6	118	81.9
- บุคคลในครอบครัว	51	35.4	41	28.5	17	11.8	35	24.3
- แกนนำชุมชน	6	4.2	5	3.5	3	2.1	130	90.3
- บุคลากรสาธารณสุข	3	2.1	4	2.8	2	1.4	135	93.8

ตารางภาคผนวกที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ (n = 144) (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่							
	ได้รับเป็นประจำ		ได้รับบางครั้ง		ได้รับนานๆครั้ง		ไม่ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6.ท่านได้ร้บกำลังใจในการดำเนินชีวิต								
- เพื่อน	11	7.6	42	29.2	9	6.3	82	56.9
- บุคคลในครอบครัว	55	38.2	53	36.8	4	2.8	32	22.2
- แกนนำชุมชน	9	6.3	9	6.3	1	0.7	125	86.8
- บุคลากรสาธารณสุข	6	4.2	13	9.0	9	6.3	116	80.6
7.ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านอาชีพ(ได้รับความช่วยเหลือในการหาแหล่งวัสดุในการผลิตสินค้าหรือหาคัดในการจำหน่ายสินค้า)								
- เพื่อน	8	5.6	12	8.3	9	6.3	115	79.9
- บุคคลในครอบครัว	24	16.7	38	26.4	5	3.5	77	53.5
- แกนนำชุมชน	11	7.6	5	3.5	3	2.1	125	86.8
- บุคลากรสาธารณสุข	11	7.6	4	2.8	5	3.5	124	86.1
8.ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น การเดินทางไปรับบริการ								
- เพื่อน	6	4.2	14	9.7	11	7.6	113	78.5
- บุคคลในครอบครัว	33	22.9	45	31.3	12	8.3	54	37.5
- แกนนำชุมชน	7	4.9	10	6.9	6	4.2	12	84.0
- บุคลากรสาธารณสุข	14	9.7	9	6.3	7	4.9	114	79.2

ตารางภาคผนวกที่ 10 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงาน
นอกระบบจำแนกเป็นรายชื่อ (n=144)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติสม่ำเสมอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ								
1. ท่านไปรับการตรวจร่างกายจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติ	41	28.5	43	29.9	24	16.7	36	25
2. ท่านหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น คู่มือ ทีวี วิทยุ อ่านหนังสือ เป็นต้น	13	9.0	46	31.9	35	24.3	50	34.7
3. ท่านไปฟังบรรยายความรู้ด้านสุขภาพ	68	47.2	37	25.7	18	12.5	21	14.6
4. ท่านซั้่งน้ำหนัก อย่างน้อยเดือนละครั้ง	41	28.5	44	30.6	20	13.9	39	27.1
5. ท่านวัดความดันโลหิต อย่างน้อยเดือนละครั้ง	35	24.3	37	25.7	23	16	49	34
6. ท่านไปขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีปัญหาวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	41	28.5	49	34.0	24	16.7	30	20.8

ตารางภาคผนวกที่ 10 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงาน
นอกระบบจำแนกเป็นรายชื่อ (n=144) (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัติหลายๆครั้ง		ปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติสม่ำเสมอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย								
7.ท่านเข้าร่วมกิจกรรม ออกกำลังกายต่างๆ เช่น ชมรมไท่เก๊ก ชมรม ผู้สูงอายุ เป็นต้น	84	58.3	14	9.7	9	6.3	37	25.7
8.ท่านเตรียมร่างกายให้ พร้อมก่อนออกกำลังกาย เช่น การยืดเหยียด กล้ามเนื้อ	70	48.6	25	17.4	13	9.0	36	25.0
9.ท่านออกกำลังกายโดย การเหยียดแขนขา บิด ตัว	23	16.0	46	31.9	21	14.6	54	37.5
10.ท่านใช้เวลาส่วน หนึ่งทำกิจกรรมยามว่าง เช่น ปลูกหรือรดน้ำ ต้นไม้	43	29.9	33	22.9	14	9.7	54	37.5
11.ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินเล่นหลัง รับประทานอาหาร	28	19.4	43	29.9	31	21.5	42	29.2
12.ท่านออกกำลังกาย จนมีเหงื่อออก หรือ หัว ใจเต้นเร็ว อย่างน้อย 20 – 30 นาที	52	36.1	31	21.5	25	17.4	36	25.0

ตารางภาคผนวกที่ 10 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงาน
นอกระบบจำแนกเป็นรายชื่อ (n=144) (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัติหลายๆครั้ง		ปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติสม่ำเสมอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13.ท่านผ่อนคลายร่างกายหลังการออกกำลังกาย	55	38.2	25	17.4	23	16.0	41	28.5
14.ท่านนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6 ชั่วโมง	9	6.3	20	13.9	34	23.6	81	56.3
15.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3	2.1	34	23.6	45	31.3	62	43.1
16.ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	5	3.5	15	10.4	30	20.8	94	65.3
17.ท่านรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันมาก เช่น แกงใส่กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน	35	24.3	79	54.9	18	12.5	12	8.3
18.ท่านอ่านฉลากแสดงปริมาณสารอาหาร เช่น ไขมัน เกลือ โซเดียม ช้างภาชนะที่บรรจุอาหารสำเร็จรูป ก่อนเลือกซื้อหรือรับประทาน	58	40.3	50	34.7	23	16.0	13	9.0

ตารางภาคผนวกที่ 10 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงาน
นอกระบบจำแนกเป็นรายชื่อ (n=144) (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัติบางครั้ง		ปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติสม่ำเสมอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
19. ท่านดื่ม น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำเกลือแร่	44	30.6	74	51.4	13	9.0	13	9.0
20. ท่านรับประทานผัก และผลไม้สดอย่างน้อย วันละ 4 ทักษิ	7	4.9	38	26.4	56	38.9	43	29.9
21. ท่านรับประทาน อาหารที่มีรสจัด	43	29.9	65	45.1	20	13.9	16	11.1
22. ท่านรับประทาน ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ข้าว เหนียวเปียก	49	34.0	84	58.3	9	6.3	2	1.4
23. .ท่านดื่มนม น้ำเต้าหู้ หรือ รับประทานปลา เล็กปลาน้อย การมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล	16	11.1	51	35.4	48	33.3	29	20.1
24. เมื่อมีปัญหากังวลใจ ท่านจะพูดคุยกับคน ใกล้ชิดที่ท่านไว้วางใจ	15	10.4	27	18.8	58	40.3	44	30.6
25. เมื่อลูกหลานหรือ เพื่อนบ้านประสบ ความสำเร็จ ท่านแสดง ความยินดีกับ ความสำเร็จนั้นๆ	5	3.5	9	6.3	43	29.9	87	60.4

ตารางภาคผนวกที่ 10 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงาน
นอกระบบจำแนกเป็นรายชื่อ (n=144) (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัติหลายๆครั้ง		ปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติสม่ำเสมอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
26.ท่านแสดงความรัก ความห่วงใย และการ ดูแลเอาใจใส่คนใน ครอบครัว เพื่อนและคน ใกล้ชิด	6	4.2	9	6.3	38	26.4	91	63.2
27.ท่านให้การช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวเมื่อ มีปัญหาเดือดร้อน	18	12.5	20	13.9	50	34.7	56	38.9
28.ท่านใช้เวลาอยู่กับ ครอบครัว	9	6.3	7	4.9	32	22.2	96	66.7
29.ท่านใช้เวลาและ โอกาสสังสรรค์กับ เพื่อนและคนใกล้ชิด	4	2.8	47	32.6	43	29.9	50	34.7
30.ท่านมีความสัมพันธ์ ที่ดีกับคนในครอบครัว การพัฒนาทางจิต วิญญาณ	6	4.2	6	4.2	31	21.5	101	70.1
31.ท่านมองโลกในแง่ดี เมื่อมีปัญหา	0	0	17	11.8	50	34.7	77	53.5
32.ท่านพึงพอใจในการ ดำเนินชีวิตที่ผ่านมา	1	0.7	7	4.9	58	40.3	78	54.2
33.ท่านภูมิใจที่ทำงาน ได้ผลตามที่ตั้งใจ	1	0.7	10	6.9	60	41.7	73	50.7

ตารางภาคผนวกที่ 10 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงาน
นอกระบบจำแนกเป็นรายชื่อ (n=144) (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติเลย		ปฏิบัติหลายๆครั้ง		ปฏิบัติบ่อยครั้ง		ปฏิบัติสม่ำเสมอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
34.ท่านยอมรับและกล้าเผชิญกับสิ่งต่างๆในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	4	2.8	30	20.8	39	27.1	71	49.3
35.ท่านสามารถจัดการตนเองได้ เมื่อมีความเครียด	3	2.1	19	13.2	58	40.3	64	44.4
36.ท่านใช้เหตุผลในการจัดการความเครียด	3	2.1	20	13.9	54	37.5	67	46.5
37.เมื่อมีความเครียด ท่านทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ สวดมนต์	10	6.9	44	30.6	22	15.3	68	47.2
38.ท่านใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา	81	56.3	39	27.1	12	8.3	12	8.3
39.ท่านจะหยุดพักการทำงานเมื่อรู้สึกว่าคุณเหนื่อยล้ามากเกินไป	12	8.3	38	26.4	35	24.3	59	41.0
40.ท่านทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ	24	16.7	40	27.8	21	14.6	59	41.0

ตารางภาคผนวกที่ 11 อาชีพของแรงงานนอกระบบที่สามารถได้แยกตามกลุ่มอาชีพที่ระบุใน
สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน

อาชีพที่สามารถได้จากกการสัมภาษณ์	กลุ่มอาชีพของแรงงานนอกระบบ ที่ระบุในสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน
เย็บผ้า, ร้อยโคม, ร้อยลูกปัด, ร้อยมาลัย, ประดิษฐ์ตะกร้า, ตัดรองเท้า/กระเป๋า, ทำ ดอกไม้ประดิษฐ์, ทำดอกไม้จันทร์	(1) กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน
ขับรถตุ๊กๆ รถแท็กซี่ รถมอเตอร์ไซด์	(2) กลุ่มผู้ขับรถรับจ้าง
-	(3) กลุ่มเกษตรกรพันธสัญญา
ปลูกหญ้าขาย	(4) กลุ่มแรงงานรับจ้างทางการเกษตร
ขายเสื้อผ้า, ขายหนังสือ, ขายพลาสติก, ขายผัก/ ผลไม้, ขายหัวเตาแก๊ส, ทำขนม/กับข้าวขาย , เก็บผักขาย, ขายลอตเตอรี่, หาบเร่อื่นๆ	(5) กลุ่มหาบเร่แผงลอย
ตัวประกอบละคร, ขายผลิตภัณฑ์ความงาม, วิทยากรสอนเด็ก, ขายของชำ, ขายอาหาร, ขายกาแฟ/เครื่องดื่ม, มีแผงต้นไม้ให้เช่า, ตัด ผม, นวดแผนโบราณ, มีบ้านให้เช่า	(6) กลุ่มคนทำงานภาคบริการ
-	(7) กลุ่มคนคู่ชีพ
ซื้อ/ขายของเก่า	(8) กลุ่มคนซื้อขายของเก่า
รับจ้างทำงานบ้าน(กวาด-ถู, ซัก-ล้าง)	(9) กลุ่มคนทำงานบ้าน
ทำเฟอร์นิเจอร์, จัดเอกสาร, ซ่อมจักรยาน, ก่อสร้าง, รปภ., สอนภาษาจีน, รับเลี้ยงเด็ก, ดู ดวง, สอนนาฏศิลป์	(10) กลุ่มแรงงานรับจ้างทั่วไป

ตารางภาคผนวกที่ 12 ตัวแปรหุ่น (Dummy-Coding Variables) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ

ตัวแปรหุ่น	0	1
สถานภาพสมรส	โสด,หม้าย,หย่า	คู่
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	พอๆกัน,แย่กว่า	ดีกว่า
	ดีกว่า,พอๆกัน	แย่กว่า
	ดีกว่า,แย่กว่า	พอๆกัน
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	สูงกว่ามัธยมศึกษา
ความเพียงพอของรายได้	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
อาชีพ	รับจ้าง,ภาคบริการ	หาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า
	ภาคบริการ,หาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า	รับจ้าง
	รับจ้าง,หาบเร่แผงลอยและซื้อขายของเก่า	ภาคบริการ

ตารางภาคผนวกที่ 13 เมตริกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. อายุ	1	.016	-.144	-.044	-.017	-.128	-.018	-.105	.084	.044	-.014	-.080	-.092	.209*	.102	.120	.035	.170*
2. การศึกษา	1	-.072	.021	.026	.027	-.042	-.042	-.067	.097	.024	-.008	-.024	-.001	.094	.117	.132	.015	.259**
3. จำนวนชั่วโมงทำงาน	1	.432**	.069	.035	.035	-.115	-.115	-.134	-.075	-.238**	-.185*	-.126	.118	-.306**	-.163	-.067	-.149	-.370**
4. จำนวนวันทำงาน	1	.112	.069	.035	-.025	-.276**	-.042	-.042	-.186*	-.135	-.235**	-.086	.119	-.253**	-.012	-.038	-.160	-.328**
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1	-.028	-.143	-.028	-.028	-.143	-.016	-.097	-.097	-.133	-.095	-.101	.052	-.170*	.105	-.071	-.102	-.211*
6. ความเพียงพอรายได้	1	.056	.056	.056	.056	.056	.024	.122	.122	-.013	-.137	.059	-.266**	.003	.058	.032	.048	-.095
7. อารมณ์ดีปกติ	1	.329**	.329**	.329**	.329**	.329**	1	.329**	-.035	.079	.076	.032	-.119	.029	-.155	-.049	-.221**	.074
8. การรับรู้โอกาสดีปกติ	1	-.180*	-.180*	-.180*	-.180*	-.180*	1	-.180*	-.180*	-.120	-.045	.042	-.140	-.046	-.123	-.155	-.114	-.059
9. ความรู้	1	.336**	.336**	.336**	.336**	.336**	1	.336**	1	.336**	.358**	.016	.009	.170*	-.147	.067	.180*	.310**
10. ทักษะคิด	1	.529**	.529**	.529**	.529**	.529**	1	.529**	1	.529**	-.142	-.062	-.062	-.040	-.228**	.129	.032	.460**

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางณัฏฐ์สินี สุขสมัย
วัน เดือน ปีเกิด	9 ตุลาคม พ.ศ. 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, พ.ศ. 2525-2529 พยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 1 ปี) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550-2553 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2552
ทุนการศึกษา	ทุนสนับสนุนการศึกษาของกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553 วิทยานิพนธ์ ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วน จากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุข 27 จันทน์จิมไพบูลย์ 359 ถนนเทอดไท แขวงบางยี่เรือ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600 โทร. 024-651-000