

ห้องอ่านหนังสือ
คณะสาธารณสุขศาสตร์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านจุงนาง
และบ้านท่าทองตะวันตก ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน... 23 พ.ย. 2552
หมายเลข bib... ๖.2627875
หมายเลข item... 1.478229X
เลขเรียกหนังสือ... WA20.5

ก1๗๑พ
๒๕๖๐

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา การวิจัยทางสุขภาพ (551461)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2550

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัย ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งคณาจารย์ผู้สอนทุกท่าน โดยเฉพาะอาจารย์ปัทมา สุพรรณกุล ที่ได้ให้ความรู้ แนะนำแนวทาง จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณมิตริธา แจ่มใส (พี่น้อง) พยาบาลวิชาชีพ 7 และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้สละเวลาเอื้อเฟื้อข้อมูล ให้คำปรึกษา เป็นผู้ประสานให้การเก็บข้อมูลเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และเรียบร้อย

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุตำบลท่าทอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุบ้านจุงนางกับบ้านท่าทองตะวันออก ทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี และให้ความรู้ ข้อมูลของชุมชน แก่คณะผู้วิจัย

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

คณะผู้วิจัย

ชื่อเรื่อง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านจุงนาง และบ้านท่าทอง ตะวันตก ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
ชื่อผู้วิจัย	กรรณิการ์ อุดมกัน (ส.บ.) หทัยรัตน์ เกิดทอง (ส.บ.)
ที่ปรึกษา	อาจารย์สมเกียรติ ศรประสิทธิ์
ประเภทสารนิพนธ์	รายงานการศึกษาวิจัยทางสุขภาพ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร 4 ปี) มหาวิทยาลัยนเรศวร, (2550)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านจุงนางและบ้านท่าทอง ตะวันตก ในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ จำนวน 165 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 14 – 19 กันยายน 2550 คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และ 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ,ด้านการจัดการกับความเครียด , ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นว่าจากผลการวิจัยไม่มีด้านใดที่สมควรต้องปรับปรุง แต่เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามตัวแปร	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
สถานการณ์และปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย -	5
และการศึกษากระบวนการของภาวะสูงอายุ	
แนวคิดการศึกษากระบวนการของภาวะสูงอายุ	7
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์และคุณภาพชีวิต	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	36
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	38
(แสดงไว้ในตารางที่ 1 - 4)	
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	44
(แสดงไว้ในตารางที่ 5 - 11)	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม	57
ภาคผนวก	60
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	61
ประวัติผู้วิจัย	67



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	37
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	39
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพรายข้อ	40
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพ	41
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	42
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	43
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	44
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	45
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	46
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	47
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 165)	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยการรณรงค์ให้บุคคลทุกวัยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) ที่เหมาะสมบนพื้นฐานความเชื่อว่า บุคคลมีความรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง และสุขภาพสามารถสร้างให้เกิดได้ในบุคคลทุกคน พฤติกรรมของบุคคลมีผลโดยตรงต่อสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Green & Kruter; 1991) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีสามารถป้องกันและควบคุมการเกิดโรคได้ และมีความสุขในชีวิต พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในวัยสูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย การปฏิบัติที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยเร่งขบวนการต่างๆ ในการเกิดพยาธิสภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวันและต้องพึ่งพิงครอบครัวหรือสังคมเพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้สูงอายุและจากความสำเร็จก้าวหน้าในการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม เทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

ผู้สูงอายุคือผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเสื่อมลงตามลำดับ แต่เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ดีขึ้นช่วยให้สุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น กลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ถึง 5 ล้านคน หรือร้อยละ 8.1 คาดว่าปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนเกือบ 12 ล้านคน หรือร้อยละ 15.7 โดยอัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชายเท่ากับ 1.2 ต่อ 1 (ชิน เตชามหาชัย, 2542) ซึ่งถ้าจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้วการส่งเสริมสุขภาพให้ประชากรในวัยนี้ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือต่อสังคมโดยรวมจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง และหลีกเลี่ยงไม่ได้ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 750,000

คนในแต่ละเดือน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2505 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 800 ล้านคน ประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกนี้ จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยคาดว่าประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียและลาตินอเมริกาจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 300 ในอีก 30 ปีข้างหน้า (WHO Geneva, 1998 : 102) สำหรับประเทศไทยสัดส่วนและจำนวนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากเป็นลำดับจากร้อยละ 4.6 ในปีพ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 7.36 ในปีพ.ศ. 2533 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.28 ในปีพ.ศ. 2563 หรืออีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า (Jitapunkul & Bunnag, 1999) แนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนให้สังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญและการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต

บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 80 จะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปัญหา และเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไป จะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นโดยเฉลี่ย 4 ปัญหา (Evashwick & Branch, 1987 : 49) ผู้สูงอายุ ประสบกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยหลายประการ ได้แก่ ปวดเมื่อยเอว หรือหลัง ความดันโลหิตสูง ไชข้ออักเสบ หัวใจ เบาหวาน และต้อกระจก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2538) และพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคหัวใจโคโลนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งและอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Jitapunkul & Bunnag, 1999) ลักษณะปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ประกอบกับแนวโน้มจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยชะลอความเจ็บป่วยดังจะเห็นได้จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงมีพฤติกรรม การออกกำลังกาย การเตรียมตัวก่อนถึงวัยสูงอายุ การทำกิจกรรมในเวลาว่างดีกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง (บรรลุ ศิริพานิช, 2531) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงประจำวันให้นานที่สุด จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทิศทางที่เหมาะสม

การวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาในเชิงพรรณนาและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายประเด็นทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ดังเช่นการศึกษาของ วรณีย์ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี โดยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพ

และความรู้ด้านสุขภาพอนามัยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับ ผลการศึกษาดังกล่าวยังไม่อาจสรุปได้ว่าปัจจัยใดที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากความแตกต่างในเครื่องมือและปัจจัยที่เลือกศึกษา อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

หมู่บ้านจุงนาง และบ้านท่าทองตะวันตก ในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีพื้นที่เป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท แต่จากสถิติ พบว่าประชากรผู้สูงอายุ มีประมาณร้อยละ 12.35 ของประชากรทั้งหมดในตำบลท่าทอง ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้นำไปเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลท่าทองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านจุงนาง และบ้านท่าทองตะวันตก ในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่เขตหมู่บ้านจุงนาง และบ้านท่าทองตะวันตก ในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเพื่อให้มีภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ปราศจากความเจ็บป่วยและสามารถกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และรับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติและการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ

2.การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับวัยสูงอายุ

3.โภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสหวานและการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

4.ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นโดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ศาสนา การพบปะบุคคล

5.การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การตั้งเป้าหมาย การแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ความสำเร็จในชีวิตและความพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่

6.การจัดการกับความเครียด หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความเครียด ได้แก่ การระบายความรู้จักรทำให้จิตใจสงบ การค้นหาสาเหตุความมาสบายใจและการทำงานอดิเรก

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัดการเรียนรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การศึกษابรรลุวัตถุประสงค์ที่กล่าวมา คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยตามแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมต่างๆ รวมทั้งได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์และปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยและการศึกษากระบวนการของภาวะสูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์และคุณภาพชีวิต
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์และปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย

สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุลและคณะ (2545,น.1-4) ได้ประมวล วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการประชุมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าโครงสร้างประชากรโดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ปิรามิดทางประชากรกลายเป็น รูปแจกัน สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นในขณะที่เด็กลดลง ถึงแม้ประชากรวัยทำงานจะมี แนว โนม์เพิ่มขึ้นแต่จะเริ่มลดลงในอีก 10-15 ปีข้างหน้าและมีผลต่อภาวะพึ่งพา (Dependency Ratio) ทำให้เป็นผลสืบเนื่องต่อสถานะเศรษฐกิจ ขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มที่ เร็วมาก ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยจะได้ชื่อว่าเป็นสังคม ผู้สูงอายุ โดยกว่าร้อยละ 10 ของประชากรมีอายุมากกว่า 60 ปี ประชากรสูงอายุร้อยละ 54-55 เป็นผู้สูงอายุหญิง โดยสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงจะยิ่งมากในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุหญิง จะอยู่ในสถานะหม้ายและเป็นโสดมากกว่าชายแนวโน้มของการเป็นโสดจะเพิ่มขึ้น แต่การอยู่ในสถานะหม้าย ลดลงเล็กน้อยในขณะที่แนวโน้มการหย่า-แยกเพิ่มขึ้น

ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของประชากรผู้สูงอายุ

ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของประชากรผู้สูงอายุมีลักษณะต่างๆกันไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันทั้งหมด ในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 50 อยู่ในครัวเรือนขยายที่มีสามรุ่นอายุคน คือ ผู้สูงอายุ ลูก และหลาน และอีกหนึ่งในสามอยู่ใน 2 รุ่นอายุ โดยส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุกับลูกที่สมรส ดังนั้นโดยรวมแล้วกว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายและที่เป็นครอบครัวเดี่ยวก็จะมีบ้านของลูกหลานอยู่ใกล้กัน โดยทั่วไปราวร้อยละ 36 ของผู้สูงอายุจะมีบุตรหลานที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันมาเยี่ยมทุกสัปดาห์และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96) มาเยี่ยมทุกปี อย่างไรก็ตามการอยู่คนเดียวในประชากรสูงอายุมีราวร้อยละ 4 ในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันผู้สูงอายุมีบุตรมากเพราะเคยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่สูง มาก่อน โดยมีบุตรเฉลี่ย 5 คน แต่สำหรับผู้สูงอายุในอนาคตจำนวนเฉลี่ยของบุตรจะลดลง เป็น 2 คน ดังนั้นโอกาสการเป็นครอบครัวขยายในอนาคตจะลดลงและมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุ จะอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยวสูงขึ้น ในขณะที่เดียวกันการถือลูกภายในครอบครัวในลักษณะปัจจุบันจะลดความเข้มแข็งลง และแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการถือลูกในครอบครัว แต่ครอบครัวจะยังเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญและชุมชนจะมีบทบาทมากขึ้น จากการประมาณการพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 1.2 - 1.3 ที่ไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวและมีผู้สูงอายุประมาณ 1.9 - 2.0 แสนคนที่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากอยู่ในภาวะยากจนในอนาคตน่าจะยากจนอยู่ต่อไปถ้าไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีรายได้และสถานภาพเศรษฐกิจ ดีที่สุด ในขณะที่หญิงที่ไม่มีคู่สมรส เช่น หม้าย โสด หย่าร้าง มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำที่สุด หนึ่งในสามของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีรายได้ไม่เพียงพอ โดยผู้สูงอายุชายมีรายได้ไม่เพียงพอสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้หญิงพอใจกับรายได้ของตนเองมากกว่าชายและบุตรเป็นแหล่งรายได้และ การเกื้อหนุนที่สำคัญที่สุดในทางกลับกัน ผู้สูงอายุให้การเกื้อหนุนแก่ครอบครัวและบุตรหลาน ในระดับสูง โดยร้อยละ 80 ของบ้านที่อาศัยเป็นของผู้สูงอายุและครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุช่วยออก ค่าใช้จ่ายในบ้าน นอกเหนือจากการทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวบางส่วนแล้วผู้สูงอายุยังถือลูกครอบครัวในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้านโดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง ด้านการทำงาน เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วผู้สูงอายุมีการทำงานที่ ค่อนข้างสูง โดยราวหนึ่งในสามยังทำงานเพื่อรายได้ คาดว่าผู้สูงอายุในอนาคตน่าจะมีสัดส่วน การทำงานที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุในอนาคตอาจต้องมีการย้ายเพื่อติดตามอยู่กับลูกหลานหรือใกล้ชิดลูกหลานมากขึ้นตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของโครงการสร้างเศรษฐกิจ สังคมและการจ้างงาน

สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

โรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทยคือ โรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา รายได้ การมีอาชีพก่อนวัย 60 ปี การมีอาชีพในปัจจุบัน เพศ สถานภาพทางสังคม บุตรหลานที่ให้ความช่วยเหลือและสภาพอารมณ์ แต่ผลการวิจัยที่สำคัญในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือมีงานรับผิดชอบจะมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานรับผิดชอบโดยไม่ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพ แนวโน้มของปัญหาสุขภาพทั้งโรค ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพาจะสูงขึ้นในอนาคต ทำให้การใช้จ่ายทางทรัพยากรด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้าจะมากอย่างมหาศาลและมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน

2.2 แนวคิดการศึกษากระบวนการของภาวะสูงอายุ

2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้ จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือมีแต่ความเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (ชูศรี วงเครือ, 2543, น. 47) จึงเป็นการยากที่จะกำหนดว่าบุคคลใดอยู่ในวัย สูงอายุ เกณฑ์ที่สังคมจะกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น จะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมซึ่งได้มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เช่น ฮอลล์ (Hall D.A., 1976, pp. 3-4 อ้างใน แสงเดือน มุสิกกรรมณี, 2545, น. 7) ได้แบ่งการสูงอายุของบุคคลออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่า ใครมีอายุนาน้อยเพียงใด

2.การสูงอายุตตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนไป เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

3.การสูงอายุตตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซอร์ปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะเวลาต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4.การสูงอายุตตามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

สำหรับการกำหนดว่า ผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

- 1.ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 –74 ปี
- 2.คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 –90 ปี
- 3.คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1.กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- 2.กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
- 3.กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

2.2.2 ลักษณะของผู้สูงอายุ

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2536, น. 10-11) ได้จำแนกลักษณะของผู้สูงอายุ ไว้ ดังนี้

- 1.ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก ฟันสั่นคลอน ผู้หญิงจะหมดประจำเดือน และมีความเสื่อมโทรมโดยทั่วไปให้เห็น

2. มีความรู้สึกที่ตัวเองเรี่ยวแรงน้อยลง กำลังลดถอย เห็นอยงาน มองเห็นอะไร ไม่ค่อยซัดหูตึง รับกลิ่นรสเลวลง ความจำเสื่อม เรียนรูสิ่งใหม่ได้ช้า ความสามารถในการทำงานลดลง เจ็บป่วยง่ายและเมื่อเจ็บป่วยแล้วก็หายได้ช้า

3.ขาดความมั่นใจในตัวเองมีอารมณ์กังวลง่ายและกลัวในสิ่งที่ไม่เคยกลัวมาก่อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวถูกทอดทิ้งและกลัวความตาย นอกจากนี้ยังรู้สึกหงอยเหงาเป็นนิจ ใจน้อยและสะเพีอนใจง่าย บางคนกลายเป็นคนหงุดหงิดโมโหร้าย ชอบแยกตัว บางคนก็มีอารมณ์เศร้า ต้องการตายเร็วหรืออยากฆ่าตัวตาย แต่ก็มีบางคนกลายเป็นคนเพื่อเจ้าชอบใช้อวดและชอบ ต่อเติมความเป็นจริง

การจัดประเภทผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้สูงอายุในแต่ละประเภทจะมีความต้องการบริการสวัสดิการสังคมที่แตกต่างกันไป ความเข้าใจต่อบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีถูกจำกัดด้วยการจัดบริการแบบ One Size fits for all ซึ่งไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุที่แท้จริง

นิวการ์เตนและคณะ (Neugarten และคณะ, 1968 อ้างในบุษยมาส สีนธูประมา, 2539, น. 48) กล่าวถึงบุคลิกภาพและการปรับตัวของผู้สูงอายุไว้ 8 ประเภท ดังนี้

- 1.Reorganizer เป็นพวกหากิจกรรมใหม่ๆ เพื่อมาแทนที่กิจกรรมที่สูญเสียไป
- 2.Focusal เป็นพวกช่างเลือกในการทำกิจกรรม พวกนี้จะหยุดทำกิจกรรมบางอย่าง ในขณะที่เดียวกันก็จะจู้จี้ในการที่จะเลือกกิจกรรมใหม่
- 3.Disengaged เป็นพวกที่ดึงตัวเองออกมาจากบทบาทความรับผิดชอบที่มีอยู่เดิม โดยสมัครใจ
 1. Holding – on พวกที่พยายามจะอยู่ใกล้ชิดกับคนวัยกลางคน
 2. Constricted เป็นพวกที่พยายามจะปิดตัวเองจากโลกภายนอกมากขึ้นเรื่อยๆ (ไม่ยุ่งเกี่ยวกับโลก)
 3. Succorance – seeking เป็นพวกที่มีความพอใจในชีวิตตนเอง ตราบที่สามารถหาคนเป็นที่พึ่งพาได้ พวกนี้ต้องการคนมาช่วยดูแลและเอาใจใส่
 4. Apathetic เป็นพวกดึงตัวเองออกมา จะหยุดคิดหรือหมดหวังในชีวิตค่อนข้างเร็ว ตั้งแต่เนิ่น ๆ ไม่เคยเปลี่ยนความเชื่อแบบทำร้ายตนเอง ว่าตนเองไม่สามารถที่จะจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองได้
 5. Disorganized เป็นพวกมีกิจกรรมต่างๆ น้อยและมีสภาพจิตไม่เป็นปกติ

กลุ่มหมายเลข 1-3 เป็นพวกที่ความพึงพอใจในชีวิตสูง มีบุคลิกภาพที่มั่นคง หมายเลข 6 - 8 เป็นพวกที่มีความพึงพอใจในชีวิตน้อย

2.2.3 แนวคิดการศึกษากระบวนการของภาวะผู้สูงอายุ

กระบวนการของภาวะสูงอายุ หมายถึง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลที่อยู่ในภาวะสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539, น. 53 อ้างถึง Mcpherson, 1983) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีระวิทยา จิตใจและสังคมที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนี้

1. กระบวนการภาวะสูงอายุทางสรีระวิทยา

ภาวะสูงอายุทางสรีระวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่จะปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนกับร่างกายของคนเมื่อวัยสูงขึ้น กระบวนการนี้มี 2 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539, น. 54-55)

(1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและโครงสร้างของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ผิวบาง เกิดบาดแผลได้ง่าย กล้ามเนื้อลดจำนวนลงทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะบาง กระดูกผุ กระดูกข้ออักเสบ ฯลฯ

(2) การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เคยใช้งานได้ดี เช่น การใช้สายตา หู ลิ้น ฯลฯ หย่อนสมรรถภาพลง จำนวนเซลล์สมองลดลงทำให้ความจำเสื่อมลงไป ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ ทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการผิดปกติตามมา เช่น อาหารไม่ย่อย เป็นไข้หวัดได้ง่าย อั้นปัสสาวะไม่ได้ ฯลฯ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยานี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ไม่มากก็น้อย ซึ่งหากผู้ใดมีปัญหาบ่อย ก็มักจะส่งผลไปถึงจิตใจของผู้สูงอายุไปด้วย อาจเกิดความหดหู่ ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด เกรี้ยวกราด เป็นต้น ผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือ ปัญหาสุขภาพ ทั้งที่สุขภาพไม่สมบูรณ์ ไม่แข็งแรงเช่นแต่ก่อน และปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุทั่วไป ได้แก่ ปวดหลัง/เอว ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจกตา ต้อเนื้อตา โรคเกี่ยวกับหู อัมพาต/อัมพฤกษ์ (นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539)

2. กระบวนการภาวะสูงอายุทางจิตวิทยาสังคม

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายภาวะสูงอายุทางจิตวิทยาสังคมที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 แนวทาง คือ ทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีภาวะถดถอย (สุรกุล เจนอบรม, 2534, น. 34-35)

(1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่เสนอโดย Robert Havighurst (1963) ซึ่งทำการศึกษาผู้สูงอายุชาวผิวขาวที่มีฐานะปานกลางและมีสุขภาพดี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เสมอๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉงและการมีภาระกิจกรรมสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภาระกิจหน้าที่ใด ๆ

(2) ทฤษฎีภาวะถดถอย (Disengagement Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายในสิ่งที่ ตรงข้ามกับทฤษฎีกิจกรรม เสนอโดย William Henry (1961) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมและบทบาทของตนเองลง ซึ่งจะเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถลดลงและการที่ผู้สูงอายุไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมและบทบาททางสังคม เป็นการถอนสภาพและบทบาทของตนเองให้แก่หนุ่มสาวหรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า ทั้งนี้เพราะสังคมต้องการคนที่มีทักษะใหม่และคนรุ่นใหม่เข้าไปแทนที่

ทฤษฎีทั้งสองทฤษฎีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายภาวะการสูงอายุของผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานของชีวิตในวัยหนุ่มสาวที่แตกต่างกัน อันอาจเนื่องมาจากการใช้ชีวิตในวัยหนุ่มสาวที่มีสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่างกัน ทฤษฎีกิจกรรมที่นำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมีสถานภาพและบทบาทในสังคมมาตลอดช่วงวัยหนุ่มสาวจนถึงวัยกลางคน เมื่อต้องละบทบาทและสถานภาพนั้นลงตามช่วงวัยชราการเกษียณอายุ จำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมจะต้องเตรียมสถานภาพและบทบาทอื่นๆรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มนั้น

ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตแบบเดิมๆ ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว วัยกลางคนจนเข้าสู่วัยสูงอายุ อาจจะไม่ต้องการกิจกรรมรองรับมากเท่าผู้สูงอายุกลุ่มแรก ส่วนทฤษฎีภาวะถดถอยใช้อธิบายกับผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการเข้าสู่ภาวะสูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมเข้าสู่ภาวะสูงอายุจะลดบทบาททางสังคมของตนได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และทำหน้าที่สนับสนุน คนหนุ่มสาวให้บริการทางสังคมแทน ตัวผู้สูงอายุเองจะหันเข้าหากิจกรรมอื่น ๆ ตามภาวะถดถอยของตน เช่น การศึกษาธรรมะ ฯลฯ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ถดถอยตนเองลงได้ช้า จึงต้องนำทฤษฎีกิจกรรมมาใช้ในการอธิบายภาวะสูงอายุของผู้สูงอายุกลุ่มนี้แทน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์และคุณภาพชีวิต

2.3.1 ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนำมาซึ่งความสุข ทั้งกายและใจ ความสุขทางกายคือ การมีหรือได้รับการตอบสนองของความต้องการทั้งด้านอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เครื่องมือเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ พอสมควร และทางจิตใจคือ การมีความรัก ความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ ได้รับการยอมรับและยกย่องจากบุคคลอื่น (นิศารัตน์ ศิลปเดช, 2539)

ความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตของคนจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนนั้นได้รับการตอบสนองของความต้องการของตน (สุรกุล เจนอบรม, 2534, น. 39) อ้างถึงทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ และความต้องการนั้นจะเพิ่มระดับขึ้นตามขั้นความต้องการ 5 ขั้น จากขั้นพื้นฐานสู่ขั้นสูงซึ่งประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 ความต้องการเพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ เช่น ความต้องการอากาศ น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค

ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย

ขั้นที่ 3 ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ

ขั้นที่ 4 ความต้องการการยอมรับนับถือ

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต ต้องการที่จะเป็นคนโดยสมบูรณ์

ลำดับขั้นจากความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2537) ได้สรุปและจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ความต้องการพื้นฐาน คือความต้องการที่ผู้สูงอายุทุกคนแสวงหา ไม่ว่าจะอยู่ในสังคม วัฒนธรรมใด ได้แก่

1.1 ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่าที่จะเป็นไปได้

1.2 ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพทางร่างกายและทางสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวอย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและกำจัดสิ่งลึทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ความชำนาญ ทรัพย์สินสมบัติ เกียรติคุณและอำนาจ

2. ความต้องการขั้นสูงคือความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุและเป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ เช่น ในสังคมตะวันตก ผู้สูงอายุอาจมีความ

คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์

ต้องการงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้พอใช้จ่าย มีบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักอาศัย ฯลฯ ขณะที่ในสังคมไทย ความต้องการเหล่านี้อาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว เป็นต้น

ความต้องการขั้นสูงนี้เทียบเท่ากับความต้องการระดับที่ 4 และ 5 ของความต้องการ 5 ขั้นของมาสโลว์ ซึ่งเป็นความต้องการการเคารพยกย่อง และความต้องการที่จะเป็นคนโดยสมบูรณ์ ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการนี้ควรจะเป็นการได้มีโอกาสและสิทธิที่จะศึกษาและค้นพบคุณค่าของชีวิต ให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย จะทำให้เกิดความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อความตายมาถึงก็จะเป็นความตายที่น่ายินดีและเหมาะสมกับรูปแบบชีวิตของเธอ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

วิไลวรรณ ทองเจริญ และ ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ (2543) ศึกษาความต้องการของบุคคลก่อนวัยเกษียณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านต่างๆ ตามลำดับ ดังนี้

ความต้องการด้านสุขภาพ

ลำดับที่ 1 ต้องการความรู้ด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล

ลำดับที่ 2 ต้องการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี ปีละ 1 ครั้ง โดยต้องการคลินิกตรวจ รักษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด

ลำดับที่ 3 ต้องการให้รับจัดบริการส่งเสริมสุขภาพฟรี

ความต้องการด้านสังคม

ลำดับที่ 1 ต้องการสถานที่พักผ่อนและออกกำลังกาย

ลำดับที่ 2 ต้องการให้ชุมชนมีหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ลำดับที่ 3 ต้องการลดหย่อนภาษีเงินได้ส่วนบุคคล

ความต้องการด้านจิตใจ

ลำดับที่ 1 ต้องการความเคารพนับถือยกย่องจากครอบครัวและสังคม

ลำดับที่ 2 ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

ลำดับที่ 3 ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางขนบธรรมเนียมประเพณี

ความต้องการด้านการเงินและการงาน

ลำดับที่ 1 ต้องการให้รัฐจัดหางานให้

ลำดับที่ 2 ต้องการเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุยากจน

ลำดับที่ 3 ต้องการการเกื้อหนุนทางการเงินจากลูกหลาน

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ลอร์ดตัน (Lawton, 1985 อ้างใน สิทธิอาภรณ์ ชนวนปี, 2540, น. 17 และ ลลิลญา ลอยลม, 2545, น. 42) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตหรือการมีชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุและกล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน คือ

1. การมีความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาคุณภาพ โดยประเมินได้จากผลกระทบ ระดับความสุขที่ได้รับและความสำเร็จที่ได้บรรลุตามความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ที่ถูกต้องและการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง

3. สิ่งแวดล้อมของบุคคล (Objective Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

- สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัย
- บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน
- บุคคลอื่นทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
- สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ
- สภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

4. การรับรู้คุณภาพชีวิต (Perceived Quality of Life) หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลดังที่ได้กล่าวมา

ปัจจัยด้านความผาสุกด้านจิตใจอันเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญยิ่งของการดำเนินชีวิต มีความใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคล เพราะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น และในการศึกษาด้านวิทยาการผู้สูงอายุ (Gerontology) มักใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผู้ให้นิยามของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

Wolman (1973 อ้างใน สุรกุล เจนอบรม, 2541, น. 48) ได้ให้ความหมายของ ความพึงพอใจในชีวิตว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง

Barrow and Smith (1977 อ้างใน สุรกุล เจนอบรม, 2541, น. 48) กล่าวถึง ความพึงพอใจในชีวิตว่าเป็นความรู้สึกที่เป็นสุข ประกอบด้วยความสนุกสนาน ไม่ต้องเผชิญความเครียดความไม่

พึงประสงค์ และความชอกช้ำ ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาคาดหวังให้เป็น ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Cambell (1976) และ Powell (1983) ที่ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ความสุขนั้นไม่จำเป็น ต้องเกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุกๆ สิ่งที่ต้องการ แต่หมายถึง ความสุขที่เกิดจากการปรับตัวรับสภาพที่เกิดขึ้นจากสิ่งต่างๆ หรือจากสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

ความสุขของผู้สูงอายุ นั้น มิลเลอร์และคณะ (Miller, et. al., 1986) ได้จำแนกองค์ประกอบที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอย่างสมบูรณ์และเข้มแข็งไว้ดังนี้

1. มองโลกในแง่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิต
2. มีความรักคือ พร้อมที่จะให้และรับความรักจากผู้อื่น
3. มีความศรัทธาในสิ่งที่ถูกต้องและแน่นอน
4. มีอารมณ์ขัน
5. มีความยึดมั่นในตนเองในทางที่เหมาะสม
6. ให้อำนาจแก่ตนเอง
7. มีการจัดการกับความเครียด
8. มีความสัมพันธ์กับสังคม

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2528, น.112-113) กล่าวถึงความสุขของผู้สูงอายุว่าควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. มีสุขภาพดี
2. มีความพอใจในการดำรงชีวิต
3. มีความสุขตามสภาพตนเอง

นอกจากนี้ยังกล่าวถึงทางเลือกในการหาความสุขของผู้สูงอายุ 2 ทาง คือ

1. การหาความสุขในทางโลก
2. การมุ่งหาความสุขในทางธรรม

ประสพ รัตนากร (2529 อ้างใน แสงเดือน มุสิกรมณี, 2545, น. 9-10) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะ 7 ประการที่ผู้สูงอายุพึงมี อันจะนำไปสู่การมีความสุขทางใจ หรือการที่ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตได้ คือ

1. เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยหมดหวัง
3. เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง

4. เป็นผู้ที่ทำตัวดี
5. เป็นผู้ที่เชื่อถือได้
6. เป็นผู้ที่มีเกียรติในตนเอง
7. เป็นผู้ที่มีความสุภาพ

จิราพร เกศพิชญวัฒนา จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉายและยุพิน อังสุโรจน์ (2543) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบด้วยมิติต่าง ๆ 5 มิติ คือ ความสามัคคีปรองดอง การพึ่งพาอาศัยกันและกัน ความสงบสุขและการยอมรับ การเคารพนับถือและความเบิกบาน โดยแต่ละมิติมีรายละเอียดดังนี้

ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว เช่น ลูกหลาน การเป็นมิตรที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนความสำเร็จ ความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว ลูกหลาน นำมาซึ่งความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

การพึ่งพาอาศัยกันและกัน (Interdependence) ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกสบายใจ มีความสุข ในการที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์หรือช่วยเหลือลูกหลาน บุคคลในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันบุคคลในครอบครัวหรือลูกหลานตอบแทนโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ความสบายใจเกิดจากการมีคุณค่าในตนเอง ที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีประโยชน์แก่ลูกหลาน มิใช่พึ่งพาลูกหลานฝ่ายเดียว

ความสงบสุขและการยอมรับ (Acceptance and Calmness) การทำใจให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจ การปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ ทำใจให้สงบ ไม่คิดมากหรืออารมณ์เสีย ไม่กั๊กกับสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ

การเคารพนับถือ (Respect) การที่ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกถึงการเคารพให้เกียรติหรือคำแนะนำให้แก่ผู้อาวุโสน้อยกว่า มีผู้รับฟังหรือปฏิบัติตาม การเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลอื่นแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นที่เคารพนับถือของบุคคลในชุมชนนั้น ๆ

ความเบิกบาน (Enjoyment) ความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา และสนุกสนานรื่นรมย์กับ สิ่งรอบตัว ความเบิกบานอาจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อนหรือกลุ่มผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน เช่น ร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด หรืออาจเป็นความเบิกบานจากการทำสิ่งที่ตนเองชอบ งานยามว่าง หรือเก็บเกี่ยวความสุขเล็กๆน้อยๆที่อยู่รอบตัว รวมทั้งการมีอารมณ์ขัน

คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยอันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้ง

นี้ ซึ่ง มารศรี นุชแสงพลี (2532, น. 26-36) ได้ศึกษาปัจจัย 3 ด้านที่คาดว่าจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา การมีงานอดิเรก และสุขภาพ

1.1 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต เพราะระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อชนิดของอาชีพ รวมไปถึงระดับรายได้ สุขภาพ ค่านิยม รสนิยม ความคิดเกี่ยวกับตนเองและทัศนคติต่อการศึกษาในอนาคต จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เวลารว่างของผู้สูงอายุได้ผลที่ใกล้เคียงกันว่า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการศึกษาสูงสุดกับกลุ่มที่ได้รับการศึกษาต่ำสุด ในเรื่องการใช้เวลารว่าง กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงใช้เวลารว่างในการทำกิจกรรมด้านนันทนาการ ทำงานอดิเรก เล่นกีฬา เป็นสมาชิกชมรม ทำกิจกรรมทางการเมือง งานอาสาสมัคร หรืออ่านหนังสือ และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงส่วนใหญ่มักจะเคยมีอาชีพที่ต้องใช้วิชาชีพและการจัดการ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีอาชีพทางด้านการเกษตร บริการ และอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ซึ่งให้ค่าตอบแทนในระดับที่ต่ำกว่า

นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้ดีและมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อรายได้ ภาวะสุขภาพ และโอกาสในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อันจะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้

1.2 งานอดิเรก หมายถึง วิธีทางในการใช้เวลาทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ นอกเหนือไปจากหน้าที่การงานประจำ หรือเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลารว่างด้วยความสมัครใจเพื่อก่อให้เกิดความเพลิดเพลินแก่ผู้กระทำโดยตรง นักทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้สูงอายุทั่วไปพยายามรักษากิจกรรมและทักษะของคนวัยกลางคนไว้ให้นานที่สุด บทบาทและกิจกรรมใดที่บุคคลผลักดันให้เลิกกระทำจะต้องมีกิจกรรมใหม่ขึ้นมาทดแทน และกิจกรรมที่ถูกเลือกเข้ามาคืองานอดิเรก ดังนั้นงานอดิเรกจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

1.3 สุขภาพ ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ทรุดโทรมลงเนื่องจากความมีอายุ ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเสื่อมถอย เป็นผลให้ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดน้อยลง และมักประสบปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นและการที่พึ่งพิงผู้อื่นนี้เองที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกด้อยในสายตาของบุคคลทั่วไปและจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้วย

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ภาวะเศรษฐกิจนับว่ามีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลที่จะสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ตนเอง ตลอดจนส่งผลไปถึงการเลือกทำกิจกรรม เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ ปัญหาเศรษฐกิจมักเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดของการประกอบอาชีพเนื่องมาจากความมีอายุทำให้รายได้ลดลง ส่งผลทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพและส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นรายได้จะเป็นตัวลดปัญหาสุขภาพและยกระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยชรา จากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพเหมือนเช่นในช่วงวัยที่ผ่านมา หรือจากข้อกำหนดของสังคมให้ต้องเกษียณอายุงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียบทบาทในการทำงาน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัว หาบบทบาทใหม่ให้กับตนเองด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ช่วยเหลือดูแลลูกหลานภายในบ้านและในทางกลับกัน ลูกหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจและกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงจากปัญหาสุขภาพ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรสหรือบุตรหลานเป็นผู้คอยดูแลทุกข์สุขคอยช่วยเหลือหรือให้ความเคารพนับถือ ยกย่องให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อครอบครัว ด้วยเหตุนี้ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแล้ว ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอกก็มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตเช่นกันญาติหรือเพื่อนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีความหวังดี คอยให้ความช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจและสามารถปรับทุกข์กันได้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับสภาพกับความรู้สึกที่ต้องสูญเสียสถานภาพทางสังคมเดิมหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลาน ซึ่งมักแยกตัวเองออกจากสังคมอันจะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหงา หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมายซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลง ดังนั้นจึง จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือ ความอบอุ่น ความรักและความสนใจจากทั้งบุคคลในครอบครัวและบุคคลในสังคม ซึ่งบุคคลเหล่านี้เปรียบเสมือนเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมในอันที่จะช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยยกระดับคุณค่า ในชีวิต ตลอดจน

ความเชื่อมั่นในตนเองและยังเป็นการช่วยรักษาความสมดุลระหว่างจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

วรรณิ ชัชวาลทิพากร; มาลินี ชลานันท์; อรพิน ฐานกุลศักดิ์; และดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2543) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 8 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียดพบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายในระดับต่ำ การรับผิดชอบต่อสุขภาพของ เพศหญิงอยู่ในระดับต่ำ เพศชายอยู่ในระดับปานกลาง การรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางและการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง และพบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

- เพศหญิงดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย
- ผู้สูงอายุที่อายุน้อยดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก
- ผู้สูงอายุที่ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองสูง ดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ระดับภาวะสุขภาพต่ำ
- ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลังอายุ 60 ปี ในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนทำไร่ ทำนาและรับจ้าง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่เคยเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ทำงาน
- ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้มีโรคประจำตัว
- ผู้สูงอายุที่มีสถานบริการและสถานที่ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้สูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีสถานบริการและ เข้าถึงบริการได้ต่ำ
- ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
- ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่
- ผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณระหว่างตัวแปรต่างๆ ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรด้านการมีสถานบริการและสถานที่ในการส่งเสริมสุขภาพ และตัวแปรด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อการที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูง

ประนอม โอทกานนท์; ชวนพิศ สิ้นธุรการ และ ผ่องใส เจนศุภการ (2543) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติตน จากการวิเคราะห์ถดถอยพบว่าคุณพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุเรียงตามลำดับได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสังคม (การมีกิจกรรมทั้งต่อครอบครัว เมืองและชุมชน) การปฏิบัติตนด้านร่างกาย (การดูแลร่างกาย) การปฏิบัติด้านเศรษฐกิจ (การทำงานและมีรายได้) การมีรายได้พอดีใช้การมีรายได้เหลือเก็บ และการมีอายุยังน้อย (เป็นผู้สูงอายุวัยต้น)

นอกจากนั้นยังพบว่าตัวแปรอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีสมาชิกอื่นอยู่ในครอบครัว การมีคู่สมรส การมีอาชีพเกษตรกรรมและการมีการศึกษาสูง

2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับสถาบันทางสังคมกับบริการสำหรับผู้สูงอายุ

สถาบันทางสังคมตามแนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญประกอบด้วยสถาบันหลัก 5 สถาบัน คือ สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สถาบันการเมืองและสถาบันเศรษฐกิจ สถาบันทางสังคมเหล่านี้มีความเป็นนามธรรม เป็นกรอบของการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมให้แก่สมาชิกของสังคม เพื่อให้สมาชิกของสังคมปรับตัวตามมาตรฐานของสังคมนั้นให้สมาชิกมีความรู้ ความสามารถ มีศักยภาพที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคมและสามารถทำให้สังคมดำรงอยู่ได้

ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มหนึ่งของสังคมและของสถาบันทางสังคมทุกสถาบัน หน้าที่ของสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุมีดังนี้

1. สถาบันครอบครัวและผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่ผู้สูงอายุจะต้องมีปฏิสัมพันธ์และอยู่อาศัยด้วย ในครอบครัวจะมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่น ๆ หลายลักษณะ ดังนี้

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ที่สูงอายุกับลูก

บุษยามาส สิ้นธุรการ (2539, น. 58) อธิบายสัมพันธ์ภาพหรือการปฏิบัติตนของพ่อแม่สูงอายุต่อลูก (ที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว) หรือลูก (ผู้ใหญ่) ที่ปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมหลายประการ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจของลูกและของพ่อแม่ สุขภาพของพ่อแม่ ที่อยู่อาศัย บุคลิกภาพของพ่อแม่ ศาสนาของพ่อแม่และลูก

จากแนวคิดนี้ นภาพร ชโยวรรณ และแซกซารี ซิมเมอร์ (2543) ได้ศึกษาการจัดการทางสังคมของผู้สูงอายุกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผู้สูงอายุที่มีบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ อยู่ร่วมบ้านด้วย

และสอบถามบุตรที่ไม่ได้อยู่ร่วมบ้านกับผู้สูงอายุ โดยวัดภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุด้วยดัชนี 3 ตัว คือ

1. จำนวนปัญหาในการทำกิจวัตรต่างด้วยตนเอง ได้แก่ การอาบน้ำ / เข้าร่วม การกินอาหาร การใส่เสื้อผ้า การเดินไปมาภายในบ้าน

2. ข้อจำกัดทางกาย ได้แก่ ความสามารถในการนั่งยองๆ การยกของหนักประมาณ 10 กิโลกรัม การเดินระยะทาง 1 กม. และการเดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น

3. จำนวนโรคประจำตัว ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรสูง การอยู่ร่วมบ้านกับบุตรจะมีโอกาสสูง รวมทั้งบุตรจะทำงานบ้านให้สูงและบุตรที่อยู่อื่นจะมาเยี่ยมสูงขึ้น

จากผลการวิจัยนี้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) ได้วิเคราะห์เพิ่มเติมอีกหลายประเด็น เช่น

- จำนวนบุตรน้อย การศึกษาบุตรสูงผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเมืองและผู้สูงอายุมีอายุสูง มีผลให้บุตรไม่อยู่ร่วมบ้าน (อยู่ที่อื่น)

- ผู้สูงอายุสุขภาพดี การศึกษาของบุตรสูง ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเมือง ผู้สูงอายุไม่มีคู่สมรส (ม่าย หย่า แยก) มีผลให้บุตรตั้งบ้านเรือนอยู่ในที่ห่างไกล

- ผู้สูงอายุสุขภาพดี บุตรมีการศึกษาสูง ผู้สูงอายุอยู่ในชนบท มีผลให้บุตรที่ไม่ได้อาศัยกับบิดามารดามีการเยี่ยมเยียนบิดามารดาผู้สูงอายุต่ำ

การวิเคราะห์เพิ่มเติมดังกล่าวนำมาสู่ข้อสรุปของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ว่า จากสภาพสังคมในปัจจุบัน โอกาสที่บุตรจะอยู่ร่วมบ้านกับบิดามารดาลดลง โอกาสของสังคมไทยในอนาคตที่บุตรอยู่ห่างไกลจากบิดามารดามากขึ้นและโอกาสของปัญหาเครือข่ายเกื้อกูลในครอบครัวในอนาคตของผู้สูงอายุในชนบทสูงขึ้น

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปู่ย่า ตายายและหลาน

กฤษณา บุรณะพงศ์ (2540) ศึกษาผู้สูงอายุกับการขัดเกลาทางสังคมในครอบครัวในการถ่ายทอดคุณธรรมแก่เยาวชน พบว่า ผู้สูงอายุมักมีความพึงพอใจในการสืบทอดคุณธรรมสูง และผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนให้ถ่ายทอดความรู้ความสามารถของตน ด้านคุณธรรมสูงจะมีความพึงพอใจที่ได้ถ่ายทอดคุณธรรมให้แก่เยาวชนในครอบครัวสูงด้วย

1.3 การรับรู้ของหลานที่มีต่อปู่ย่า ตายาย

เพชรฯ สุนทรโรทก (2530) ศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยตามการรับรู้ของเยาวชนและผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาบทบาทต่อครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาพบว่า

เขาวงกตเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีบทบาทด้านการอบรมสั่งสอนบุตร ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ปัญหาในครอบครัว รวมทั้งเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตแก่บุตรหลานในครอบครัว แต่ไม่มีบทบาทในการเลือกคู่ครองให้กับบุตรหลาน

ในส่วนของบทบาทต่อชุมชน เขาวงกตเห็นว่าผู้สูงอายุมีบทบาทในการอนุรักษ์ ส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมไทย การจัดการด้านพิธีกรรม และการปฏิบัติธรรมทางศาสนา รวมทั้งการพูดชักจูงเพื่อสร้างความสามัคคีในชุมชน แต่มีบทบาทน้อยในด้านการเป็นผู้นำทางการปกครองและการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ

นอกจากนั้น เขาวงกตยังเห็นว่าผู้สูงอายุมีบทบาทในการถ่ายทอดคำสอนทางศาสนา การเสียสละกำลังกายและกำลังทรัพย์เพื่อช่วยเหลือชุมชน และเขาวงกตยังมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยไม่เห็นด้วยที่ผู้สูงอายุจะไม่มีบทบาทใด ๆ เลยในชุมชน เขาวงกตที่แสดงความคิดเห็นดังกล่าวเป็นกลุ่มที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมีผู้สูงอายุอยู่ด้วยในครอบครัวและมีความรู้สึกพอใจที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุด้วย

2. สถาบันเศรษฐกิจกับผู้สูงอายุ

บุษยามาส ลินธุประมา (2539, น. 62-63) กล่าวถึงการทำงานของผู้สูงอายุในระบบเศรษฐกิจสมัยใหม่ว่า ผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน 1 ใน 3 ยังต้องทำงานด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจมากกว่าเหตุผลอื่น เช่น ไม่มีรายได้ ไม่มีผู้เลี้ยงดู ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูคู่สมรสหรือผู้ใต้อุปการะ ซึ่งทำให้มีประเด็นควรต้องพิจารณาเกี่ยวกับการทำงานของผู้สูงอายุ คือ การพิจารณาอัตราการรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน การจัดหาแหล่งงานที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยและมีทักษะในการทำงาน

3. สถาบันศาสนากับความสูงอายุ

สถาบันศาสนานอกจากจะมุ่งระบุงูถึงศาสนาและพระหรือนักบวชแล้ว ยังหมายรวมไปถึงคำสอนทางศาสนาและแนวทางปฏิบัติทางศาสนาด้วย กล็อค (Glock, 1962 อ้างใน สุรกุล เจนอบรม, 2534, น. 101-103) ได้สรุปรูปแบบของบุคคลที่หันเข้ามาศรัทธา ยอมรับศาสนาไว้ 5 ประเภท คือ

- ประเภทหวังจะเข้าถึงความจริงอันสูงสุด สัจธรรมขั้นสูง มุ่งการหลุดพ้นจากทุกข์ หรือมุ่งหวังได้ประสบการณ์ที่ดี จิตใจ อารมณ์ที่มีความสงบสุข บุคคลประเภทนี้จะปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบ

- ประเภทนับถือลัทธิไสยศาสตร์เนื่องจากความเชื่ออย่างแน่นแฟ้นในศาสนาและ คำสอน บุคคลที่สนใจศาสนาแบบนี้จะมีศรัทธาเชื่อมั่นอย่างแรงกล้า เชื่อมั่นโดยไม่มีข้อคำถาม ไม่มีข้อสงสัย

- ประเภทมุ่งเน้นการปฏิบัติที่พิธีกรรมเป็นสำคัญ เน้นการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ถือนิเวศน์ สวดอ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้า การสวดภาวนา การเดินทางไปนมัสการสิ่งศักดิ์สิทธิ์

- ประเภทที่สนใจศาสนาเนื่องจากการได้ศึกษาข้อมูลที่ตนสนใจ เช่น อ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนาด้วยความพินิจพิเคราะห์ แล้วเกิดความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงความจริงและสมเหตุ สมผลที่แต่ละศาสนากำหนดไว้ นำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีและหันมาเลื่อมใสในที่สุด

- ประเภทที่รวมลักษณะของประเภทที่หนึ่งถึงสี่เข้าด้วยกัน

จากลักษณะบุคคลที่สนใจศาสนาไม่ว่าจะเป็นประเภทใด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจหรือหันเข้าหาวัดหรือธรรมะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้น (บริบูรณ์ พรพิบูลย์, 2528, น. 113) ซึ่งสุนทร โคมินและสนิท สมัครการ (2522) ได้ทำการศึกษาแล้วพบว่า ชาวชนบทมีความเชื่อทางศาสนาสูงกว่าชาวเมือง ผู้มีระดับการศึกษาต่ำมีความเชื่อสูงกว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง ผู้มีอาชีพชาวนา ค้าขายเล็กๆน้อยมีความเชื่อมากกว่าผู้มีอาชีพทางธุรกิจและ ข้าราชการ ผู้มีรายได้ต่ำมีความเชื่อมากกว่าผู้มีรายได้สูง เพ็ญแข ประจวบจันติก และ อ้อมเดือน สดมณี (2529) พบว่าเด็กและวัยรุ่นมีความเชื่อในหลักศาสนา มาก ผู้ใหญ่ตอนต้นมีความเชื่อค่อยๆลดลงและเพิ่มสูงขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง จุฑาทิพย์ อภิรมย์ (2537) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับกิจกรรมทางศาสนามากที่สุดในขณะที่สายสีทอง ณ ภูเก็ต (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปฏิสัมพันธ์กับวัดและศาสนามาก คือ เพศหญิง อยู่อาศัยในพื้นที่ชนบท ไม่มีความเจ็บป่วย มีการศึกษาสูงและมีสถานภาพไม่สมรส (โสด/หย่าร้าง) และจักรวาล ต่างมงคล (2545) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาสูงที่สุด มีความเชื่อทางพุทธศาสนา และการปฏิบัติทางพุทธศาสนาในระดับสูง โดยผู้เป็นสมาชิกชมรมมีการปฏิบัติทางศาสนามากกว่าผู้ไม่เป็นสมาชิกชมรม

4. สถาบันการศึกษากับผู้สูงอายุ

บุษยมาส สินธุประมา (2539, น. 69-70) กล่าวถึงหน้าที่บางประการของ การศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้

4.1 การศึกษาสามารถตอบสนองของความต้องการที่สำคัญของผู้สูงอายุได้ คือ ช่วยให้ผู้สูงอายุรักษาสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายจิตใจได้ เช่น ทำให้อ่านออกเขียนได้ จัดการรายได้

ติดตามข่าวสารได้ เพิ่มความรู้และทักษะได้ กลายเป็นคนมีประโยชน์ได้ เข้าไปมีบทบาทในชุมชน และสังคมได้ ฯลฯ ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรู้จักปรับตัวให้ประสบความสำเร็จในช่วงท้ายของชีวิต ได้ทำกิจกรรมใหม่ๆ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการศึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการจ้างงานเพิ่มขึ้นด้วย

2.3.4 แนวคิดครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and Community -Based)

การใช้แนวคิดครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับ

ผู้สูงอายุในชุมชนที่ถือเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดการลดการพึ่งพาจากรัฐ (Deinstitution Models) แนวคิดนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน การทำงานในเรื่องใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจึงไม่สามารถแยกส่วน แยกเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับ สิ่งต่อไปนี้

1. การใช้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา แนวคิดนี้เชื่อในศักยภาพการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบหลักที่ทำให้เกิดบริการส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาบริการสวัสดิการสังคมแนวใหม่แทนการจัดบริการเชิงสงเคราะห์
2. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอ่อนแอ
3. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและเครือข่ายถือเป็นความช่วยเหลือให้ ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ
4. เครือข่ายทางสังคมของชุมชน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทการจัดสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาชน ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้เกิดบริการหลักประกันรายได้และอาชีพแก่ผู้สูงอายุ
5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

2.3.5 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจากงานวิจัยด้าน

ผู้สูงอายุของประเทศไทยสามารถจำแนกสถานะที่ส่งก่อให้เกิดปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- สภาวะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุไทย

นภาพร ชโยวรรณ (2531) ทำการศึกษาสภาวะเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเงิน (ร้อยละ 39) รองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 34) และปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 13) และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหา ซึ่งทั้งเพศชายจะมีปัญหามากกว่าหญิง และผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาทางการเงินมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยผู้สูงอายุร้อยละ 48 มีรายได้ส่วนใหญ่จากบุตร ร้อยละ 28 มาจากการทำงานของตนเอง ร้อยละ 8 มาจากเงินออม และร้อยละ 2 มาจากเงินบำนาญ

นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2539) ได้ทำการศึกษาถึงรายได้ ในรอบปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุและคู่สมรส พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 10,000–19,999 บาทต่อปี และแหล่งรายได้สำคัญคือจากบุตร รองลงมาคือจากการทำงานของตนเองและการได้รับการสงเคราะห์ที่มีสัดส่วนที่ต่ำที่สุด โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแหล่งรายได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

- สภาวะทางสุขภาพ

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2537 และ 2542) ได้ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจอันเป็นปกติของบุคคลอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความบกพร่อง หรือความพิการทางร่างกาย) ภาวะพึ่งพาและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้าและการหกล้ม เป็นต้น นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2542) ยังพบว่าปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยมีผู้ที่ประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือนถึงร้อยละ 19 และประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4 ประสบปัญหาภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7–2.1 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

ผลการศึกษาถึงสภาพบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับโดยการประเมินจากการได้รับบริการเกี่ยวกับโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคความดันเลือดสูง พบว่า โรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจและเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมี

ฐานะดี และพบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้มีเศรษฐฐานะดีหรือมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและมีฐานะยากจนหรือการศึกษาต่ำกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่นๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการได้มากกว่าและมีฐานะดีกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ ด้วยก็ได้

- สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อม เช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือและเชือฟังของบุตรหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการที่บุตรหลานยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้ามคือ ความรู้สึกสูญเสียจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับสูง อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปจะพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลทุกขหรือன்றงโยลูกหลาน กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแลไปจนถึงมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว หมัดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ ฯลฯ และตัวแปรด้านสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หย่า ม่าย ผู้ที่แข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอและมีโรคภัยไข้เจ็บ (มัลลิกา มติโก, 2542, น. 6-7)

- การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมี 3 ภาวะ คือ (1) การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การได้รับอาหารพอเพียง ได้ออกกำลังกาย มีกิจกรรม มีการพักผ่อน มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ฯลฯ (2) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การร่วมกิจกรรมเพื่อป้องกัน ส่งเสริม แก้ไขปัญหาการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การมีงานอดิเรกคลายเหงา การทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง การไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการตาย ฯลฯ (3) การดูแลตนเองในภาวะสุขภาพถดถอย ได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้และสนใจสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ฯลฯ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองต่างกัน ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพทางเศรษฐกิจ โดยเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่า เพศชาย (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) ผู้สูงอายุที่อายุยังไม่สูงมากดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ที่อายุ สูงมาก (ศิริพรรณ จิตดีใส, 2538 และ ชลธร รักษาณรงค์, 2545) ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูง ดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วยดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ (ศิริพรรณ จิตดีใส, 2538) แต่มีการรักษา ความสะอาดและออกกำลังกายต่ำกว่า (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจสูงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีฐานะต่ำกว่า (ศิริพรรณ จิตดีใส, 2538; ชลธร รักษา ณรงค์, 2545 และ กรกมล บำรุงวัด, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโอกาส ปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมาก (เช่น ลูกหลาน เพื่อนบ้าน) จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูล การ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก (สุดาจันทร์ วัชรกิตติ, 2535) ผู้อยู่

อาศัยในครอบครัวขยายมีการดูแลตนเอง รักษาความสะอาด ออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับ ครอบครัวดีจะมีการรับประทานอาหารและการปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี (กรกมล บำรุงวัด, 2545) สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่า ผู้สูงอายุที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี จะขาดการตอบสนอง ความต้องการจากครอบครัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี (สมจินต์ โฉม วัฒนะชัย, 2539 และชลลดา ภักดีประพทธิ, 254

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีมุมมองหลายมิติ ได้แก่ มิติความพึงพอใจในชีวิต มิติความ ภาควิไมใจ มิติสุขภาพและมิติสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (ศศิธร ธรรมารักษ์, 2539 อ้างถึงวิธีการ วัดคุณภาพชีวิตของ George and Bearon. 1980 และ Fillenbaum. 1986) ซึ่งศศิธร ธรรมารักษ์ (2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแต่ละด้าน ได้แก่

1. ความพึงพอใจในชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง คือ ผู้ที่คิดว่าตนเองมีฐานะพอกินพอใช้ รู้สึกว่าตนเองสุขภาพดีและยังมีกิจกรรมทางสังคม

2. ความภาควิไมใจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในชีวิตสูงคือ การทำกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีสุขภาพดี มีรายได้พอ ได้รับการเยี่ยมเยียนจากลูกหลานและญาติพี่น้อง ไม่มีปัญหาสุขภาพ ติดตามข่าวสารเป็นประจำ และได้รับการดูแลจากครอบครัว (ไม่ใช่จากสถานสงเคราะห์)

3. สุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร คือผู้ที่อายุ ยังน้อย ติดตามข่าวสาร (อ่านหนังสือพิมพ์สม่ำเสมอ) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพและทำกิจกรรมทางสังคมเสมอ

ในมิติด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนี้ มีผู้ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ พบว่า ผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันคือ การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้านหรือการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อความพึงพอใจ (เขมิกา ยามะรัต, 2527; นพวรรณ หาญพล, 2535; สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2536 และ อุมภาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2537) การมีคนสนิทสนมชอบพอกันที่สามารถพูดคุยระบายความทุกข์ ปรับทุกข์ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ (ลลิลญา ลอยลม, 2545) และในทางกลับกันผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล จะพึงพอใจในชีวิตต่ำ (สมพร ชัยอยุธยา, 2542) นอกจากนี้ ยังมีผู้พบว่า การที่ผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองได้ สามารถทำกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขด้วย (สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2535)

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปานทิพย์ ประเสริฐผล (2547) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวน 239 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของ

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = 0.43, p = 0.001$)

ทัศนีย์ เกริกกุลธร และคณะ (2546) ศึกษาปัญหาสุขภาพและภาวะเศรษฐกิจของสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวน 241 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ที่มารับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่จากหน่วยบริการวิชาการในงานสุขภาพสัมพันธ์สร้างขวัญผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกประชากรและเศรษฐกิจและแบบบันทึกปัญหาสุขภาพ พบว่า ภาวะทางเศรษฐกิจของกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ในด้านความเพียงพอของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 59.10 ประเมินว่ารายได้ไม่เพียงพอกับค่าครองชีพประจำเดือน โดยมีรายได้จากบุตรหลายคิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมาคือการทำงานด้วยตนเองร้อยละ 33.60 ส่วนปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นพบว่า ร้อยละ 53.10 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยพบว่าเป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.60 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหอบ คิดเป็นร้อยละ 8.70 และ 5.00 ตามลำดับ

บุญพา ณ นคร (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่กิจกรรมด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ต่อลาภ ไร่นุ่น (2547) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 221 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงและเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยในการดูแลสุขภาพในระดับที่สูงสุดเท่ากับ 39.57 และ 38.87 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ส่งผลทำให้ลดปัญหาเรื่องสุขภาพหรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

สุดารัตน์ พุฒพิมพ์ (2545) ศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดอัตมโนทัศน์ที่ดัดแปลงมาจากของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.23 มีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางบวก และร้อยละ 39.77 มีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางลบ สำหรับองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกทั้ง 3 ด้านคือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 52.84 ด้านจิตใจ ร้อยละ 61.36 และด้านสังคม ร้อยละ 86.36

อริสา จิตต์วิบูลย์ (2547) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านท่านางหอม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 126 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจงและใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, เปอร์เซ็นต์ไทล์ การทดสอบสมมติฐานด้วยสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 50.80 รองลงมาคือระดับปานกลางและไม่ดีร้อยละ 48.40 และ 0.80 ตามลำดับ เมื่อทำการพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 75.40 รองลงมาคือความรู้ต่อสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการร้อยละ 52.40 และ 44.40 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ไม่ดีร้อยละ 35.70 และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.645$), อายุ, สถานภาพสมรส และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.342$, $r = -0.341$ และ $r = 0.385$) ตามลำดับ และเพศนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ละลวย วันดี (2539) ศึกษาการเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนระหว่างชุมชนนอกเขตเทศบาลกับชุมชนในเขตเทศบาลของอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภออรัญ

ประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 183 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.90 รองลงมาคือระดับไม่ดีและระดับดี คิดเป็นร้อยละ 19.70 และ 16.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลสามารถดูแลตนเองได้แตกต่างกับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร การขับถ่ายของเสียและด้านการรักษาสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสามารถดูแลตนเองได้แตกต่างจากผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ในด้านการนอนหลับและการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านการออกกำลังกายและด้านการใช้สารเสพติด พบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนนอกเขตเทศบาลกับชุมชนในเขตเทศบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และการดูแลตนเองโดยรวมทุกด้านนั้นพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ระหว่างผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลกับผู้สูงอายุในเขตเทศบาล

สรวิรัตน์ พลอินทร์ และคณะ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 427 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพ GHQ แบบสัมภาษณ์ การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคสแควร์ การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรสและอายุ สามารถรวมทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เป็นร้อยละ 20.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ปริญญา ไตมานะ, ระวีวรรณ ศรีสุชาติ ศึกษาความสัมพันธ์ที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิในพื้นที่ 4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ และ 2 เขต ในกรุงเทพมหานครกรกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ จำนวน 308 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40.9 มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ สถานภาพทาง

สังคม ปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความภาคภูมิใจในชีวิตที่ประสบความสำเร็จหรือทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม ความช่วยเหลือที่ให้หรือได้รับจากบุตรหลาน ญาติหรือเพื่อน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุตรหลาน หรือญาติ และเพื่อน และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยเกื้อหนุนข้างต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ชลธิชา วังวิเวก (2537) ศึกษาความสัมพันธ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสุขภาพกายและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 202 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสุขภาพกายและแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่สามารถอธิบายการแปรผันของคะแนนการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยนี้สามารถอธิบายการแปรผันได้ร้อยละ 33.1 ($r = 0.0331$)

กัญญารัตน์ อุบลวรรณและคณะ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการเรียนรู้คิดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยสำรวจจากผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2 จำนวน 1,065 คน ใช้สถิติพรรณนาและใช้ค่าไคสแควร์และค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สันในการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรู้คิด เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุมีความสัมพันธ์กับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน 2 หมู่บ้าน คือ บ้านจუნางและบ้านท่าทองตะวันตกในเขตตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 หมู่บ้าน ในเขตตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ใน 2 หมู่บ้านคือ บ้านจუნางและบ้านท่าทองตะวันตกในเขตตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และจากการสำรวจ ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2550 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุชายจำนวน 164 คนและประชากรผู้สูงอายุหญิงจำนวน 173 คน รวมทั้งสิ้น 337 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณ

$$n = \frac{NZ^2 \alpha / 2 \pi (1 - \pi)}{Z^2 \alpha / 2 \pi (1 - \pi) + (N - 1)d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ประชากร

π = ค่าสัดส่วนของตัวแปร X ในโครงการ

d = ความคาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ

ที่กำหนด

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{337(3.84)(0.3)(0.7)}{(3.84)(0.3)(0.7) + (337)(0.0025)} \\ &= 165 \end{aligned}$$

ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้ทั้งหมด 165 คน และได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจาก 2 หมู่บ้านคือ บ้านจუნางและท่าทองตะวันตกที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2.การเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุจนครบตามจำนวน 165 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ มีจำนวน 3 ตอน คือ

ตอนที่1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้

ตอนที่2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและอาการผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 13 ข้อ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และโรคประจำตัว มีคำตอบให้เลือก 2 ประการ คือ มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

มีอาการป่วย	ได้	0	คะแนน
ไม่มีอาการป่วย	ได้	1	คะแนน

คะแนนจะอยู่ในช่วง 0 - 13 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงมีภาวะสุขภาพดี คะแนนน้อย หมายถึงมีภาวะสุขภาพไม่ดีและจัดภาวะสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอิงกลุ่ม คือ

ภาวะสุขภาพ**คะแนน**

ระดับดี

มากกว่า 11 คะแนน ($\bar{X} + SD$)

ระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 11 ($\bar{X} \pm SD$)

ระดับไม่ดี

น้อยกว่า 7 คะแนน ($\bar{X} - SD$)

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของสมหมาย วงษ์กระสัน ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 35 ข้อ

ลักษณะคำตอบแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ สม่่าเสมอบ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติ โดยกำหนดคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยหรือไม่ได้ทำพฤติกรรมนั้นเลย

ระดับคะแนน 2 นาน ๆ ครั้ง หมายถึงทำพฤติกรรมนั้นบ้างเป็นบางครั้งหรือน้อยมาก

ระดับคะแนน 3 บ่อยครั้ง หมายถึง ทำพฤติกรรมนั้นบ่อย /แทบจะทำทุกวัน

ระดับคะแนน 4 สม่่าเสมอ หมายถึง ทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ สม่่าเสมอ ทุกวัน

การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ของ Theoretical range score หรือ Absolute scale โดยใช้คะแนนของแบบวัดลบกับคะแนนต่ำสุดของแบบวัดหารด้วยระดับของผู้วิจัยที่ต้องการประเมิน โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย
ดี	3.01 – 4.00
ปานกลาง	2.01 – 3.00
ปรับปรุง	1.00 – 2.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดมีการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity)

การหาค่าความตรงตามเนื้อหาครั้งนี้ โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ตรงกันหรือไม่ โดยใช้สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Item Objective Congruence) คือ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ $\sum R =$ ผลรวมคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
 $N =$ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จากผลการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่า ค่า IOC ของทุกข้อคำถาม (35 ข้อคำถาม) ใช้ได้และตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

แบบสอบถามที่ใช้ในการทดสอบ เป็นมาตราวัดระดับความคิดเห็น โดยมีระดับความคิดเห็น 4,3,2,1 จำนวน 165 ชุด 35 ข้อคำถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) จากนั้นนำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เตรียมตัวผู้วิจัยให้พร้อมก่อนออกเก็บรวบรวมข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ให้เข้าใจอย่างลึกซึ้ง หลักการ วิธีการเก็บให้เป็นไปในทางเดียวกันและบทบาทที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ มีการซักซ้อมในการสัมภาษณ์กันก่อน
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลท่าทอง อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistical Package for Science Version) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ วิเคราะห์โดยใช้ จำนวน และร้อยละ

1.2 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยใช้จำนวน และร้อยละ

1.3 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกโดยรวมและรายด้านวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยใช้จำนวน และร้อยละ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ
(แสดงไว้ในตารางที่ 1 - 4)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ
(แสดงไว้ในตารางที่ 5 - 11)

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุใน 2 หมู่บ้านคือบ้านจุงนางและบ้านท่าทองตะวันตกในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 165 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ โดยมีรายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 165)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	73	44.24
หญิง	92	55.76
อายุ		
60 – 64 ปี	53	32.12
65 – 69 ปี	47	28.48
70 – 74 ปี	36	21.82
75 – 79 ปี	11	6.67
80 ปีขึ้นไป	18	10.91
สถานภาพสมรส		
โสด	12	7.27
สมรสและอยู่ด้วยกัน	105	63.64
หม้าย	44	26.67
หย่า/แยกกันอยู่	4	2.42
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านและเขียนไม่ได้	23	13.93
ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านและเขียนได้	8	4.85
ประถมศึกษา	128	77.58
มัธยมศึกษา	6	3.64

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 165)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	106	64.24
เกษตรกรรม	9	5.45
รับจ้าง	12	7.27
ข้าราชการบำนาญ	8	4.85
ค้าขาย	28	16.97
อื่นๆ (รับเหมาก่อสร้าง)	2	1.22
รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	32	19.39
ต่ำกว่า 1,000 บาท	81	49.09
1,001 – 1,999 บาท	24	14.55
2,000 – 2,999 บาท	16	9.70
3,000 บาทขึ้นไป	12	7.27

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.76 ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 64 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.12 มีการสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.64 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.58 รายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.09 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานหรือไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 64.24 แต่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีรายได้เนื่องจากได้รับเงินผู้สูงอายุที่รัฐบาลมอบให้เดือนละ 500 บาทและได้จากบุตร/หลาน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

โรคประจำตัว	จำนวน (n = 165)	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	109	66.06
มีโรคประจำตัว *	56	33.94
โรคความดันโลหิตสูง	22	13.33
โรคเบาหวาน	18	10.90
โรคไขมันในเลือดสูง	7	4.24
โรคเกาท์	4	2.42
โรคหัวใจ	3	1.82
โรคกล้ามเนื้ออักเสบ	3	1.82
โรคผิวหนัง	2	1.21
โรคตาต้อกระจก	2	1.21
โรคอัมพาต	2	1.21
โรคหลอดเลือดในสมอง	2	1.21
โรคเลือด/เส้นเลือดเปราะ	2	1.21
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	1	0.61
โรคไตเรื้อรัง	1	0.61
โรคโลหิตจาง	1	0.61
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ	1	0.61

* ผู้สูงอายุ 1 คนเป็นได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 66.06 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 33.94 เมื่อพิจารณาตามโรคแล้วพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีกลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 13.33 และ 10.90 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพรายข้อ

ภาวะสุขภาพ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน (n = 165)	ร้อยละ	จำนวน (n = 165)	ร้อยละ
1. ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย	66	40	99	60
2. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก หอบ	27	16.36	138	83.64
3. ปัญหาเกี่ยวกับทางเดินระบบอาหาร เช่น ปวด ท้อง	22	13.33	143	86.67
4. ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ปัสสาวะขัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท้องผูก	51	30.91	114	69.09
5. ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ตาฟาง ตาอักเสบ	87	52.73	78	47.27
6. ปัญหาเกี่ยวกับเหงือก ฟัน เช่น เหงือกกรน เหงือก บวม ฟันผุ ฯลฯ	55	33.33	110	66.67
7. ปัญหาเกี่ยวกับหู เช่น หูอื้อ ได้ยินไม่ชัดเจน หูตึง	55	33.33	110	66.67
8. ปัญหาเกี่ยวกับการได้กลิ่น	15	9.09	150	90.91
9. ปัญหาเกี่ยวกับการรับรส เช่น ไม่รู้รสชาติอาหาร ขม ปาก	22	13.33	143	86.67
10. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวด หลัง ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว ฯลฯ	158	95.76	7	4.24
11. ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาตแขน ขา อาการสั่น เคลื่อนไหวลำบาก	43	26.06	122	73.94
12. ปัญหาเกี่ยวกับความจำ หลงลืม	63	38.18	102	61.82
13. โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต เกาต์ โรคหัวใจ	51	30.91	114	69.09

คณะสาธารณสุขศาสตร์

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพรายข้อ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีอาการเกี่ยวกับปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.76 รองลงมาคือมีปัญหาเกี่ยวกับตา, ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและปัญหาเกี่ยวกับความจำ คิดเป็นร้อยละ 52.73 , 40 และ 38.18 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (n = 165)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพระดับดี	25	15.15
ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	108	65.46
ภาวะสุขภาพระดับไม่ดี	32	19.39

จากตารางที่ 4 พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.46 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีและไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 15.15 และ 19.39 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ, การออกกำลังกาย, โภชนาการ, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, การพัฒนาการด้านจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด โดยเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนดังแสดงในตารางที่ 5 – 11

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	1.32	0.71	ปรับปรุง
งดการดื่มสุรา	1.46	0.87	ปรับปรุง
การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.35	1.05	ปานกลาง
การไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข เมื่อพบอาการผิดปกติ	2.96	0.96	ปานกลาง
การซื้อยาชุดมารับประทานเอง เมื่อมีอาการไม่สบาย	1.48	0.77	ปรับปรุง
การแสวงหาความรู้ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ	3.19	0.94	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.13	0.88	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวม			

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 2.13 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการแสวงหาความรู้ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ อยู่ในระดับดีเท่ากับ 3.19 รองลงมาคือมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการตรวจสุขภาพและการไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข เมื่อพบอาการผิดปกติมีค่าเท่ากับ 2.35 และ 2.96 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ควรปรับปรุงคือการสูบบุหรี่, การดื่มสุราและการซื้อยาชุดมารับประทานเองซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.32 , 1.46 และ 1.48 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

การออกกำลังกาย	Mean	S.D.	ระดับ
ทำนออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นาน ครั้งละประมาณ 20 – 30 นาที	2.13	1.15	ปานกลาง
ในขณะที่ออกกำลังกายทำรู้สึกสนุก	2.18	1.19	ปานกลาง
ทำนออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสมตามวัย เช่น การรำมวยจีน รำไม้พลอง เดินเล่น	1.99	1.15	ปรับปรุง
ทำนผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนหยุดออกกำลังกายแต่ ละครั้งด้วยการบริหารกายช้า ๆ	2.18	1.27	ปานกลาง
ทำนมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย	1.85	1.15	ปรับปรุง
การออกแรงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน	2.58	1.21	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายโดยรวม	2.15	1.19	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 2.15 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน , รู้สึกสนุกกับการออกกำลังกาย , ผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนหยุดออกกำลังกายแต่ละครั้งและการออกแรงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนใกล้เคียงกันอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.13 , 2.18 , 2.18 และ 2.58 ตามลำดับ และข้อที่ควรปรับปรุงคือการออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสมตามวัยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 และการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.85

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

โภชนาการ	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เค็มจัด	1.89	0.83	ปรับปรุง
ท่านดื่มเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เช่น นมถั่วเหลือง น้ำ สมุนไพร โอวัลติน น้ำกระเจี๊ยบ น้ำเก๊กฮวย ฯลฯ	2.60	1.19	ปานกลาง
ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เป็นประจำ (ทุกวัน)	3.31	0.79	ดี
ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้ว	3.35	0.78	ดี
ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ต้ม หรือ ไขมันเจือปน	2.42	0.94	ปานกลาง
ท่านใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร	2.84	0.99	ปานกลาง
ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา (เช้า, กลางวัน, เย็น)	3.62	0.66	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการโดยรวม	2.86	0.88	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า การรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เป็นประจำ , การดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้ว และการรับประทานอาหารตรงเวลา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 , 3.35 และ 3.62 ตามลำดับ ส่วนการดื่มเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ , การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์และการใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 , 2.42 และ 2.84 ตามลำดับ และข้อที่ควรปรับปรุงคือการรับประทานอาหารรสจัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	Mean	S.D.	ระดับ
การไปร่วมงานสังสรรค์ต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งาน บวช งานศพ	2.85	1.18	ปานกลาง
มีการปรึกษาหารือและ ร่วมรับผิดชอบต่อความ เป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว	3.13	0.95	ดี
การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแล บ้าน เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้	3.17	1.09	ดี
การไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่น ๆ ทางศาสนา	2.90	1.10	ปานกลาง
มีญาติพี่น้องหรือเพื่อนใกล้ชิดให้ความสนใจและ ยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	3.37	0.77	ดี
การพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.19	0.82	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.10	0.99	ดี
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวม			

จากตารางที่ 8 พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า
ญาติพี่น้องให้ความสนใจและยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ
3.37 และการไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่น ๆ ทางศาสนา , การไปร่วมงานสังสรรค์ต่าง ๆ อยู่ใน
ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 และ 2.85 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ	2.95	0.89	ปานกลาง
ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่ท่านได้มุ่งหวังไว้แล้ว	3.09	0.88	ดี
ท่านพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.32	0.85	ดี
ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่คุณมีความสุข	3.27	0.88	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.16	0.88	ดี
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณโดยรวม			

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า พพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.32 และสมหวังในสิ่งที่ต้องการ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

การจัดการกับความเครียด	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านพยายามควบคุมใจให้สงบเมื่อเกิดความเครียด	2.83	0.99	ปานกลาง
เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ที่อยู่ใกล้ซิดเพื่อ ระบายความรู้สึก	2.97	0.95	ปานกลาง
เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมี ปัญหาเกิดขึ้น	3.01	0.92	ดี
ท่านสามารถจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ	3.02	0.96	ดี
เมื่อมีเรื่องทุกข์ยากเดือดร้อน ท่านบอกว่าปัญหาทุก อย่างแก้ไขได้	3.13	0.91	ดี
ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการหางานอดิเรกทำ หรือออกกำลังกาย	2.82	1.13	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียดโดยรวม	2.96	0.98	ปานกลาง

จากตารางที่10 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า เมื่อมีเรื่องทุกข์ยากเดือดร้อน บอกว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ ,สามารถจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติและพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ 3.13 , 3.02 และ 3.01 ตามลำดับ ส่วนปรึกษาผู้ที่อยู่ใกล้ซิดเพื่อระบายความรู้สึก ,ควบคุมใจให้สงบเมื่อเกิดความเครียดและผ่อนคลายความเครียดโดยการหางานอดิเรกทำหรือออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ 2.97 , 2.83 และ 2.82 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 165)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.13	0.88	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.15	1.19	ปานกลาง
โภชนาการ	2.86	0.88	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.10	0.99	ดี
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.16	0.88	ดี
การจัดการกับความเครียด	2.96	0.98	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.73	0.97	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 2.73 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดใกล้เคียงกัน เท่ากับ 3.16 และ 3.10 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 และ 2.15 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน 2 หมู่บ้านคือบ้านจุงนางและบ้านท่าทองตะวันตกในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด โดยเลือกกลุ่มประชากรจำนวน 165 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและชาย สื่อสารด้วยภาษาไทย ยินดีให้ความร่วมมือ ส่วนการเลือกใช้ในการเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างง่าย (Sample random sampling) และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

โดยคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงของเนื้อหาโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แล้วจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงร้อยละ 55.76 เพศชายร้อยละ 44.24 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้สูงอายุมีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ปาลิรัตน์ พรทวีภักดิ์, 2541) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 60 – 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.12 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 63.64 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 77.58 รายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.09 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานหรือไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 64.24 แต่กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุมีรายได้เนื่องจากได้รับเงินผู้สูงอายุที่รัฐบาลมอบให้เดือนละ 500 บาทและได้จากบุตร/หลาน

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 33.94 เมื่อพิจารณาตามโรคแล้วพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีกลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคดังกล่าวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.33 และ 10.90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 66.06 การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีอาการเกี่ยวกับปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.76 รองลงมาคือมีปัญหาเกี่ยวกับตา, ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและปัญหาเกี่ยวกับความจำ คิดเป็นร้อยละ 52.73, 40 และ 38.18 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.46 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีและไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 15.15 และ 19.39 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 2.73 และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนา ด้านจิตวิญญาณและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดใกล้เคียงกัน เท่ากับ 3.16 และ 3.10 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 และ 2.15 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านจุงนาง และบ้านท่าทองตะวันตก ในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 2.13 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการแสวงหาความรู้ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เนื่องจากวิวัฒนาการในยุคปัจจุบันส่งผลให้ต้องมีการศึกษาหาความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเท่ากับ

3.19 รองลงมาคือมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการตรวจสุขภาพและการไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข เมื่อพบอาการผิดปกติ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความห่วงใย เอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสังเกตการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการปรึกษาพูดคุย และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 และ 2.96 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ควรปรับปรุงคือการสูบบุหรี่, การดื่มสุรา และการที่อยากชุดมารับประทานเองซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.32, 1.46 และ 1.48 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่ให้ความสำคัญและไม่ตระหนักเท่าที่ควร จากการศึกษาวิจัยกลับพบว่าการแสวงหาความรู้ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ระดับดี แต่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร

2.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 2.15 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีการทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดรอบบริเวณบ้าน ซึ่งการทำกิจกรรมเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นการออกกำลังกาย แต่จริง ๆ แล้วยังไม่ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน เพราะการทำงานบ้านอาจจะทำไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการออกกำลังกายทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เนื่องจากภาวะเสื่อมของร่างกาย และหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เช่น กระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อหดหุ้ม และจากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ความคิดเห็นของผู้สูงอายุยังคิดว่าการออกกำลังกายคือการเดินแอโรบิค และการออกกำลังกายยังถูกมองเป็นกิจกรรมสำหรับวัยหนุ่มสาว จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมองว่าการออกกำลังกายนั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง คะแนนด้านการออกกำลังกายจึงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ก็พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (ดวงเดือน พันธุโยธี, 2539 ; ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และ นพนันท์ สิงห์ลาว, 2545 ; วันดี แย้มจันทร์ฉาย, 2538 ; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

3.โภชนาการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าทุกวัน และอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยผักและผลไม้ ซึ่งผู้สูงอายุจะปลูกผักและ

ผลไม่ได้รับประทานในครัวเรือน ประกอบกับเป็นอาหารที่หาง่ายในท้องถิ่นและราคาไม่แพง แต่อาหารประเภทเนื้อสัตว์และการใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก ซึ่งคล้ายคลึงกับแผนการศึกษาแบบแผนสุข ภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดสงขลา ของวรรณีย์ จันทร์สว่าง (2533) การศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ของอำไพ ชนะกอกและคณะ (2535) และการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทับกวาง ของทัศนีย์ เกริกกุลธร และคณะ (2546) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการบดเคี้ยว เนื่องจากใส่ฟันปลอม ฟันผุ ฟันหลอ และฟันหลุดหมดปากแต่ว่าไม่ได้ฟันปลอม จึงรับประทานเนื้อสัตว์ได้ในปริมาณน้อย ประกอบกับการมีบุตรหลานคอยดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารด้วยส่วนการรับประทานอาหารรจัดนั้นผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้และมีการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการแสดงออกถึงสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นทั้งในและนอกครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยยังเห็นความสำคัญและให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ ประกอบกับสังคมไทยในชนบทจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความรักใคร่สนิทสนม ส่วนการไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่น ๆ ทางศาสนา และการไปร่วมงานสังคมนต่าง ๆ นั้นอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการเดินทางและการปฏิบัติกิจกรรมที่มีระยะเวลายาวนานต่อเนื่องกัน

5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาจิตของบุคคล โดยบุคคลที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่ตระหนักว่าชีวิตมีจุดมุ่งหมายและพยายามไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีความพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงการเปิดโอกาสให้ตนเองได้มีประสบการณ์ใหม่ ๆ เข้ามาในชีวิต จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 ซึ่งอยู่ในระดับดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน และกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวและเพื่อนนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมาก ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว จึงเป็นการทำนุบำรุงจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (บุปผา ขอบใช้, 2536) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 66.06) ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองไม่ได้มีชีวิต

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยกลง ยังคงสามารถทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ จึงส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี (จิตรา จันชนะกิจ, 2541 ; จีรวรรณ อินคัม, 2541 ; พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อและทัศนีย์ เกิดกุลธร, 2545)

6.การจัดการกับความเครียด เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการลดหรือหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดขึ้น ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดีซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยพบว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านช่วงวัยและประสบการณ์ชีวิตหลายรูปแบบ ทำให้สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแหล่งที่ช่วยในการเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดที่เกิดขึ้นคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน และวัด โดยกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ มีการนำคำสอนตามหลักของพระพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิตและลดความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิ การทำจิตใจให้สงบ การปล่อยวาง เป็นต้น ศาสนาจึงเป็นสิ่งที่ช่วยในการลดความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความเข้าใจและยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม จากเหตุผลดังกล่าว จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ดี (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541 ; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542 ; พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อและทัศนีย์ เกิดกุลธร, 2545 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของหมู่บ้านจุงนาง และบ้านท่าทองตะวันตก ในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก
3. เป็นแนวทางให้บุคลากรด้านสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว องค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนวางแผนหารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีบางข้อที่ควรปรับปรุงคือ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ดังนั้นจึงควรมีการให้สุศึกษาในเรื่องโทษของการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา
2. ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงควรมีนโยบายและให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ความรู้และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุในการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ
3. ควรจัดบริการตรวจสุขภาพในชุมชนให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อการค้นหาโรคเบื้องต้นและการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่มาตรวจสุขภาพประจำปีและเมื่อเจ็บป่วยมักซื้อรับประทานเอง

บรรณานุกรม

- กัญญา ชื่นอารมณ์; จรวยพร ทะแกลัวพันธ์และอัจฉรา สิทธิรักษ์. (2543). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. (ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง : หน้า 10).
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย 2528. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรวรรณ อินคัม. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รศ. เจียมจิต แสงสุวรรณ และผศ. พรรณงาม พรรณเชษฐ์ : (2544). ข้อปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อร่างกาย : (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) หน้า 13.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2536). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุไทยให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : ศุภนิชการพิมพ์.
- ชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินทร์รัตน์ พุทธปวน. (2536). พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่บ้านฮ่องกอก ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. พยาบาลสาร, 20(3), 11 – 19.
- ชลธิชา วังวิเวก. (2537). ความสัมพันธ์ของสถานสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ชุตिकाญจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาว. (2545). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี.

- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ต่อลาภ ไธ่หนู่น และคณะ. (2547). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์. งานวิจัยสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2547.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ระย้า. (2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. (2530). ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้นในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ กรุงเทพมหานคร : สมาคมประชากรไทย.
- บรรลु ศิริพานิช. (2531). พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์การพิมพ์.
- บรรลु ศิริพานิช. (2541). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประคอง กรวรรณสูตร. (2530). สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี : ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานทิพย์ ประเสริฐผล. (2547). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี , 2547.
- เพชร อันทรพานิช. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง

อุดรธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พวงเพ็ญ เมื่อกสวัสดิ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล
กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขล
นครินทร์.

พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการ
ดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรม
หาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2545). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุอำเภอเสื่อให้ จังหวัดสระบุรี. สระบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สระบุรี.

รจนารถ รุ่งลือ. (2536). การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง
ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ละลวย วันดี. (2539). การเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนอกเขต
เทศบาลกับชุมชนในเขตเทศบาลของอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. ปริญญา
นิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วงเดือน ศิริลักษณ์และคณะ. (2532). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วรรณวิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทาง
สังคม กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรม
หาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้
ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ . วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



หมู่บ้าน.....เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านกรอกแบบสอบถามนี้ตามความจริง ซึ่งมีได้มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านและครอบครัวแต่กลับจะเป็นผลดีต่อตัวท่านและครอบครัวในด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงตัวเลือกเดียวหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง ให้คำตอบตามความจริงของผู้สูงอายุ

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. ปัจจุบันอายุ.....ปี

3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด

() ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านและเขียนไม่ได้ () อนุปริญญา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านและเขียนได้ () ปริญญาตรี

() ประถมศึกษา () อื่น ๆ (ระบุ).....

() มัธยมศึกษา

4. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่

() หม้าย () หย่า/ แยก

5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมถึงตัวผู้สูงอายุด้วย).....คน

6. อาชีพ

- () ไม่ได้ทำงาน () รับราชการบำนาญ
 () เกษตรกรรม (ระบุ)..... () ค้าขาย
 () รับจ้าง () อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้ (บาท/เดือน)

- () ต่ำกว่า 1,000 บาท () 2,000 - 2,999 บาท
 () 1,001 - 1,999 บาท () ตั้งแต่ 3,000 บาทขึ้นไป
 () อื่นๆ (ระบุ).....

8. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- () ไม่มี
 () มี (ระบุ).....



ตอนที่2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุว่าท่านมีอาการหรือปัญหาสุขภาพในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาดังต่อไปนี้หรือไม่

อาการปัญหาสุขภาพ	มีอาการป่วย	ไม่มีอาการป่วย
1. ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย		
2. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก หอบ		
3. ปัญหาเกี่ยวกับทางเดินระบบอาหาร เช่น ปวดท้อง		
4. ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ปัสสาวะขัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท้องผูก		
5. ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ตาฟาง ตาอักเสบ		
6. ปัญหาเกี่ยวกับเหงือก ฟัน เช่น เหงือกอักเสบ เหงือกบวม ฟันผุ ฯลฯ		
7. ปัญหาเกี่ยวกับหู เช่น หูอื้อ ได้ยินไม่ชัดเจน หูตึง		
8. ปัญหาเกี่ยวกับการไต่กลิ่น		
9. ปัญหาเกี่ยวกับการรับรส เช่น ไม่รู้รสชาติอาหาร ขมปาก		
10. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว ฯลฯ		
11. ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาตแขนขา อาการสั่น เคลื่อนไหวลำบาก		
12. ปัญหาเกี่ยวกับความจำ หลงลืม		
13. โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต เกาต์ โรคหัวใจ อื่น ๆ (ระบุ).....		

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 ช่อง ท่านได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำ สม่ำเสมอ ทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำบ่อย แทบจะทำทุกวัน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำบ้างเป็นบางครั้งหรือน้อยมาก

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยทำหรือไม่ได้ทำเลย

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ				
1. ท่านสูบบุหรี่				
2. ท่านดื่มสุรา				
3. ท่านไปตรวจสุขภาพเพื่อหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
4. ท่านไปพบบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เมื่อมีอาการผิดปกติ				
5. ท่านซื้อยาชุดมารับประทานเอง เมื่อมีอาการไม่สบาย				
6. ท่านแสวงหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร เป็นต้น				
การออกกำลังกาย				
7. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 20 – 30 นาที				
8. ในขณะที่ออกกำลังกายท่านรู้สึกสนุก				
9. ท่านออกกำลังกายนานครั้งละ 20 -30 นาที				
10. ท่านผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนหยุดออกกำลังกายแต่ละครั้งด้วยการบริหารกายช้า ๆ				

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
11. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย				
12. ท่านออกกำลังกายกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน				
โภชนาการ				
13. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เค็มจัด				
14. ท่านดื่มเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เช่น นมถั่วเหลือง น้ำสมุนไพร โอวัลติน น้ำกระเจียว น้ำเก๊กฮวย ฯลฯ				
15. ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เป็นประจำ (ทุกวัน)				
16. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้ว				
17. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมัน หรือไขมันเจือปน				
18. ท่านใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร				
19. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา (เช้า, กลางวัน, เย็น)				
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
20. ท่านไปร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ				
21. ท่านพูดคุยปรึกษาหารือ ร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว				
22. ท่านมีโอกาสช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้				
23. ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่น ๆ ทางศาสนา				
24. ญาติพี่น้องหรือเพื่อนใกล้ชิดให้ความสนใจและยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ				

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
25. ท่านพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ				
26. ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ				
27. ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่ท่านได้มุ่งหวังไว้แล้ว				
28. ท่านพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน				
29. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่คุณคิดว่ามีความสุข				
การจัดการกับความเครียด				
30. ท่านพยายามควบคุมใจให้สงบเมื่อเกิดความเครียด				
31. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก				
32. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น				
33. ท่านสามารถจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ				
34. เมื่อมีเรื่องทุกข์ยากเดือดร้อน ท่านบอกว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้				
35. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการหางานอดิเรกทำหรือออกกำลังกาย				