

ห้องอ่านหนังสือ

คณะสาธาณสุขศาสตร์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุสถานีอนามัยหนองสะเดา

ตำบลบ้านนา อำเภอชирบารมี จังหวัดพิจิตร



รชต	ปานศรี
วงเดือน	ปทุมพงศ์พิสิฐ
วิไลวรรณ	อินทร์สอาด
สำเร็จ	พวงทอง
อลิศรา	มีดี

ห้องอ่านหนังสือ คณะสาธาณสุขศาสตร์

รับทะเบียน.....1.1..พ.ย..2552.....

เลขทะเบียน...๒:26144๑2, 1:4755273

เลขเรียกหนังสือ.....WA20.5.....

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา การวิจัยทางสุขภาพ (551461)

คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 พ.ศ. 2549

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรบารมี สาธารณสุขอำเภอวชิรบารมี และสถานีอนามัยหนองสะเดาที่ให้เอื้อเฟื้อสถานที่ และอำนวยความสะดวกในเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ขอขอบคุณอาจารย์สมเกียรติ ศรประสิทธิ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้การทำวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น และขอขอบคุณกลุ่มผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายอำเภอวชิรบารมีที่ให้โอกาสและการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี อีกทั้งขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนการวิจัย คุณประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ขอมอบแต่ บิดา มารดา ครูอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน



เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสถานีนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา
อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดพิบูลย์
ผู้วิจัย รชต ปานศรี (ส.บ.) วรงค์ ปทุมพงศ์พิสิฐ (ส.บ.) วิไลวรรณ อินทร์สอาด (ส.บ.)
สำเร็จ พวงทอง (ส.บ.) อลิศรา มีดี (ส.บ.)
ที่ปรึกษา อาจารย์สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์
ประเภทสารนิพนธ์รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต(ต่อเนื่อง 2 ปี)
มหาวิทยาลัยนเรศวร,(2548)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สถานีนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดพิบูลย์ จำนวน 191 คน คัดเลือก โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ค่าไคส์แควที่ความเชื่อมั่น 0.05

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนา ด้านจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดีเช่นกัน ส่วนด้านโภชนาการและการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ผลจากการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานบางข้อ โดยพบว่า อายุ รายได้ และการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ และภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามตัวแปร	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	9
การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ	10
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	14
แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ	22
ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการวิจัย	39
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	63
สรุปผลการวิจัย	69
ข้อเสนอแนะ	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เอกสารอ้างอิง	72
ภาคผนวก	78
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	79
การทดสอบความเชื่อมั่น	84
ประวัติผู้วิจัย	85



สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	40
ตารางที่ 2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพ	42
ตารางที่ 3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพรายข้อ	43
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	44
ตารางที่ 5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	45
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	46
ตารางที่ 7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	47
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	48
ตารางที่ 9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายข้อ	49
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านและโดยรวม	50
ตารางที่ 11	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษาและรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	52

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเสื่อมลงตามลำดับ แต่เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ดีขึ้นช่วยให้สุขภาพกายของผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น 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) ซึ่งถ้าจำนวนผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้วการส่งเสริมสุขภาพให้ประชากรในวัยนี้ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือต่อสังคมโดยรวมจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน ซึ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยการรณรงค์ให้บุคคลทุกวัยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) ที่เหมาะสมบนพื้นฐานความเชื่อว่า บุคคลมีความรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง และสุขภาพสามารถสร้างให้เกิดได้ในบุคคลทุกคน พฤติกรรมของบุคคลมีผลโดยตรงต่อสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Green & Kreuter, 1991) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงทำให้บุคคลมีสุขภาพดีสามารถป้องกันและควบคุมการเกิดโรคได้ และมีความสุขในชีวิต พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลวัยสูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย การปฏิบัติตนที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วงระงับขบวนการต่าง ๆ ในการเกิดพยาธิสภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวันและต้องพึ่งพิงครอบครัวหรือสังคมเพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

จากความจริงที่ก้าวหน้าในการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม เทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้นส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 750,000 คนในแต่ละเดือน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 800 ล้านคน ประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกนี้จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยคาดว่าประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียและลาตินอเมริกาจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 300 ในอีก 30 ปีข้างหน้า (WHO Geneva, 1998 : 102) สำหรับประเทศไทยสัดส่วนและจำนวนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากขึ้นเป็นลำดับจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 7.36 ในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 หรืออีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า (Jitapunkul & Bunnag, 1999) แนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนให้สังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญและการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต

บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 80 จะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปัญหา และเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไปจะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นโดยเฉลี่ย 4 ปัญหา (Evashwick & Branch, 1987 : 49) ผู้สูงอายุไทยประสบกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยหลายประการ ได้แก่ ปวดเมื่อยแฉะ หรือหลัง ความดันโลหิตสูง ไช้ข้ออักเสบ หัวใจ เบาหวาน และต้อกระจก (จันทร์เพ็ญ สุประภาวรรณ และคณะ, 2538) และพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Jitapunkul & Bunnag, 1999) ลักษณะปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ประกอบกับแนวโน้มจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยชะลอความเจ็บป่วยดังจะเห็นได้จาก การศึกษา พฤติกรรมของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงมีพฤติกรรมออกกำลังกาย การเตรียมตัวก่อนถึงวัยสูงอายุ การทำกิจกรรมในเวลาว่างดีกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพ ไม่สมบูรณ์แข็งแรง (บรรลุ ศิริพานิช, 2531) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันให้นานที่สุด จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทิศทางที่เหมาะสม

การวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาในเชิงพรรณนาและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายประเด็นทั้งใน

กลุ่ม ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ดังเช่นการศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) พบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาทมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด คือ การมี / การเข้าถึง / การใช้สถานบริการและสถานที่ต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่การศึกษาของขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534) พบว่าผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับดี โดยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพอนามัยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับ ผลการศึกษาดังกล่าวยังไม่อาจจะสรุปได้ว่าปัจจัยใดที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากความแตกต่างในเครื่องมือและปัจจัยที่เลือกศึกษา อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมีหลายประการได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคลทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) รายได้ การศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เช่น การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจ เป็นต้น ผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้น มีทั้งสนับสนุนและขัดแย้งกับแนวคิดของเพนเดอร์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสองด้านกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันไป เช่น ผู้สูงอายุในเขตเมือง เขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และชมรมผู้สูงอายุ

ตำบลบ้านนา อำเภอชिरบารมี จังหวัดพิจิตร มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตเกษตรกรรมและยังคงสภาพความเป็นชนบทและเอกลักษณ์ของท้องถิ่น จากสถิติตามทะเบียนราษฎรในปี พ.ศ. 2548พบว่าประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอชिरบารมี มีประมาณร้อยละ 10.53 ของจำนวนประชากร ทั้งหมดซึ่งนับว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูงที่ที่สุขภาพต้องให้การดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Pender, 1987 : 15) แต่จากการศึกษาพบว่ายังไม่มีข้อมูลพื้นฐานที่ชัดเจนว่า ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพของประชากรที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุในเขตนี้และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ชุมชน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยต้องการศึกษาให้แน่ชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ การศึกษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอวิริยารมี จังหวัดพิจิตรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอวิริยารมี จังหวัดพิจิตร
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอวิริยารมี จังหวัดพิจิตร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การศึกษา และความเพียงพอรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพ การศึกษาและความเพียงพอของรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านนา อำเภอวิริยารมี จังหวัดพิจิตร

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเพื่อให้มีภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ปราศจากการเจ็บป่วยและสามารถกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม

1. **ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตน โดยหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และรับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติและการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ

2. การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ

3. โภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยรับประทานอาหารที่มีเส้นใย หลีกเลียงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสหวานและการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นโดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ศาสนา การพบปะกับบุคคล

5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การตั้งเป้าหมาย การแสวงหาวิธีการที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในชีวิตและความพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่

6. การจัดการกับความเครียด หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความเครียด ได้แก่ การระบายความรู้สึกทำให้จิตใจสงบ การค้นหาสาเหตุความไม่สบายใจและการทำงานอดิเรก

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพหรืออาการผิดปกติที่ขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัดการรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเชื่อว่าการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นวิธีการยกระดับสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี และบุคคลมีลักษณะเป็นผู้ริเริ่มในการปฏิบัติพฤติกรรมทุกรูปแบบ มีบทบาทในการตัดสินใจตัดสินใจของตนเอง ควบคุม ตัดสินใจ ปรับปรุงวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Pender, 1996 : 8) ในระบบบริการสุขภาพนั้น บุคคลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดทิศทางในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ (Active producer) ไม่ใช่ผู้รับบริการทางสุขภาพแต่เพียงฝ่ายเดียว (Passive consumer) นอกจากนี้ บุคคลยังเป็นผู้เลือกที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง การมองบุคคลตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์จึงเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและตัดสินใจที่จะแสดง พฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เป็นเสถียรของวัยสูงอายุเพื่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างอิสระหรือพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เชื่อว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นความสามารถที่แท้จริงของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลในการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของ

แบบแผนการดำเนินชีวิตได้จะทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก (Pender 1996 : 73) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนา ด้านจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ประการ เช่น ด้านผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral outcome) ด้านความคิดและอารมณ์ที่มี ความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) และด้าน คุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) ปัจจัย ส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยหนึ่งในองค์ประกอบด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ ส่วนบุคคลที่มีอิทธิพล ทั้งเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) และด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristic and experience) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เป็นปัจจัยหนึ่งในองค์ประกอบด้านคุณลักษณะและ ประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีอิทธิพล ทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลโดย อ้อมที่ส่งผ่านองค์ประกอบด้าน ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ปัจจัยบุคคลนี้ประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย คือ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) 2) ปัจจัย ทางจิตวิทยา (Psychological factors) และ 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors) (Pender, 1996)

เพศ อายุ เป็นปัจจัยที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ในด้านความสัมพันธ์ของเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ยังไม่สามารถสรุป ทิศทางความสัมพันธ์ได้แน่ชัด ผลการวิจัยบางเรื่องการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุใน ชุมชนพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (เยาวลักษณ์ มหา สิทธิวัฒน์, 2529 ; บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2531) ในขณะที่งานวิจัยบางเรื่องพบว่า เพศหญิงมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย (วรรณิ์ ชัชวาลทิพากร, 2543) มีการตีพิมพ์น้อยกว่า เพศชาย แต่เพศชายการแสวงหาบริการสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (Weaver & Gary, 1996) ส่วน การศึกษาปัจจัยด้านอายุนั้น พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Riffle, Yoho & Sam, 1989) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 -64 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า กลุ่มอายุอื่น ๆ (วรรณิ์ ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543) แต่ผลการวิจัยบางเรื่องไม่สนับสนุน ข้อเสนอพেনเดอร์ โดยพบว่า ผู้สูงอายุทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529 ; วงษ์เดียน สิทธิลักษณ์และคณะ, 2532) สำหรับปัจจัยทางด้านโภชนาการ นั้น ผลการวิจัยในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับความถี่ใน

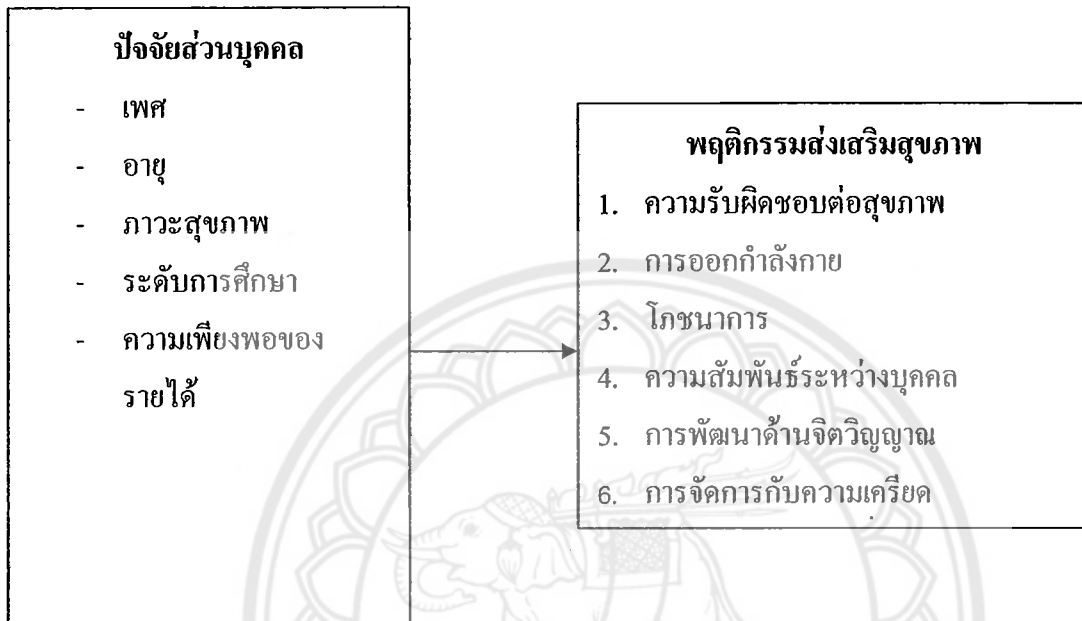
การทำกิจกรรมในวัยสูงอายุ โดยพบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยมีจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมมาก (Kaplan, et. al., 2001) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Pender, 1996 : 68) จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุมักจะให้ความหมายของสุขภาพในแง่ของการปราศจากโรคและความเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ทรมาน การวัดภาวะสุขภาพในงานวิจัยครั้งนี้จึงวัดจากการรับรู้ปัญหาสุขภาพหรืออาการผิดปกติที่พบในผู้สูงอายุ อาการไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วยอาจจะเป็นสิ่งคุกคามหรือก่อให้เกิดความกลัวและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี การ รู้รู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีจึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987 : 64) โดยมีการวิจัยหลายเรื่องยืนยันว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ไพเราะ วรรทัด และ สุรัตน์ โสตศิริ, 2539 ; วรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ, 2543 ; Riffle, Yoho & Sam, 1989, 1989) อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยบางเรื่อง ไม่สอดคล้องกับข้อค้นพบดังกล่าว โดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (เพชร อินทรพานิช, 2536; พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, 2537) และผลการวิจัยเชิงคุณภาพของแคมป์เบลล์และครีดเลอร์ (Campbell & Kreidler, 1994) ไม่สนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่าบุคคลที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางบวก

การศึกษาและรายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 68) ในด้านตัวแปรการศึกษานั้นมีผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับข้อเสนอนี้ โดยพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Padula, 1997) การศึกษาผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ เพราะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ มักจะมีการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง แต่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท พบว่าการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (วรรณิ ชัชวาลทิพากร, 2543) เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านรายได้กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่มีผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุสนับสนุนและขัดแย้งกับแนวคิดของเพนเดอร์ งานวิจัยบางเรื่องพบว่ารายได้เป็นปัจจัยในการทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิต (วรรณวิมล เบญจกุล, 2535) ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับอื่น ๆ อย่างไรก็ตามรายได้ งานวิจัยหลายเรื่องพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (ไพเราะ

วรทัต และ สุรัตน์ โสตศิริ, 2539 ; วรรณิ์ ชัชวาลทิพากร, 2543 ; วงษ์เดือน สิริลักษณ์และคณะ, 2532)

กรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมตามลำดับดังนี้

1. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีความสูงอายุ

ทฤษฎีความสูงอายุ มีผู้อธิบายสาเหตุกระบวนการสูงอายุไว้แตกต่างกัน สรุปเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. **ทฤษฎีทางชีวภาพ** เป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐานของยีน การเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์และเนื้อเยื่อ กลุ่มนี้เชื่อว่า สาเหตุของกระบวนการสูงอายุ คือ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ กล่าวหาว่าอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายที่สำคัญคือ อนุมูลอิสระที่เกิดจากการใช้ออกซิเจนในร่างกาย เมื่อกลไกสำหรับป้องกันลดลง เช่น การขาดวิตามินอี การขาดสารกลูตาไทโอน หรือการขาดเอนไซม์เอสโอดี (S.O.D. Super oxide dismutase) และอื่น ๆ พวกอนุมูลอิสระจะทำอันตรายต่อเซลล์และผลสุดท้ายเนื้อเยื่อก็ตายไป

2. **ทฤษฎีทางจิตวิทยา** กลุ่มนี้ประกอบด้วย 2 แนวคิด กลุ่มแรก คือ กลุ่มทฤษฎีบุคลิกภาพ กลุ่มนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้สูงอายุเอง ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงและอบอุ่น มีความรัก รักคนอื่นและเห็นความสำคัญของคนอื่น ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข อีกกลุ่มหนึ่งคือกลุ่มทฤษฎีความปราดเปรื่อง เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีความปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนอยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะต้องมีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี (Esobersole&Hess,1981 อ้างใน ละออง สุวิทยาภรณ์,2534 ; 15-16)

3. **ทฤษฎีทางสังคมวิทยา** ที่สำคัญมีอยู่ 2 แนวคิด กลุ่มแรก คือ ทฤษฎีไร้อาระผูกพัน ทฤษฎีนี้ยอมรับให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้วบุตรหลานและชุมชนจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลงก็ควรทำใจ อีกกลุ่มหนึ่งก็คือทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีนี้เห็นว่าแม้จะรู้ว่าสังคมและบุตรหลานให้ความสนใจน้อยลงก็อย่าไปสนใจ ให้ทำตัวเป็นตัวของตนเอง ทำงานให้เพลิดเพลิน จงพอใจชีวิต และพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี

แนวคิดทั้ง 3 กลุ่มได้พยายามอธิบายกระบวนการสูงอายุในมุมมองที่ต่างกัน ทฤษฎีอนุมูลอิสระเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งของความชราเนื่องจากอนุมูลอิสระ สำหรับทฤษฎีการไร้ภาวะผูกพันและทฤษฎีกิจกรรมมองว่า การที่ผู้สูงอายุมีความสุขได้ ด้านหนึ่งผู้สูงอายุต้องรู้จักปลงและทำใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในอีกด้านหนึ่งทฤษฎีกิจกรรมได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นตัวของตัวเอง หากิจกรรมหรืองานอดิเรกทำให้เพลิดเพลิน เป็นการทำให้ตัวเองไม่ว่าง ความคิดไม่ฟุ้งซ่านเกิดความสุขจากการทำงาน ความเครียดย่อมลดลง ความสามารถในการพึ่งตนเองได้ของผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีความสุข

เปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงในช่วงสุดท้ายของชีวิต ความสูงอายุเป็นผลรวมของการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่บุคคลซึ่งเป็นไปในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ, 2536. ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2538. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะและระบบต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงสภาพไปในทางเสื่อม คือ

1.1 ผมและขน มีจำนวนลดลงและมีสีจางลงจะเปลี่ยนจากสีดำเป็นสีขาว แห้งและร่วงง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลงและเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ

1.2 ผิวหนัง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงและเจริญช้าลง ผิวหนังจึงบางลงและขาดความเต่งตึง น้ำมันใต้ผิวหนังน้อยลง เลือดที่มาเลี้ยงน้อยลงทำให้เหี่ยวแห้ง และหยาบขึ้น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังหยาบเนียน รอยย่นปรากฏชัดเจน สีผิวเปลี่ยนไป และผิวหนังตกกระ

1.3 กระดูก จะมีความเปราะบาง เนื่องจากมีความเสื่อมสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก ขาดวิตามินดีทำให้กระดูกพรุนหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังสึกกร่อนทำให้ความสูงลดลง หลังโก่ง

1.4 ระบบสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น จะค่อย ๆ เสื่อมลง คือ

1.4.1 ตา จะเล็กลง เพราะจำนวนไขมันหลังลูกตาน้อยลง กระจกตา กระจกตาเสื่อม เลนส์เสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัว ม่านตาสีจางลง ขอบเขตการมองเห็นแคบลง การปรับด้วยตาช้า ทำให้การมองเห็นในระยะใกล้และไกล การปรับตัวต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความชัดของภาพลดลง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.4.2 หู ประสาทรับเสียงเสื่อมไป เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตของหูชั้นในลดลง จากการแข็งของเส้นเลือด ทำให้ผู้สูงอายุฟังและได้ยินเสียงต่ำได้ดีกว่าเสียงธรรมชาติ และเสียงสูง

1.4.3 จมูก มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและประสาทรับกลิ่นเสื่อมลง

1.4.4 ลิ้น มีการฝ่อตัวของประสาทรับรส ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอยากอาหารลดลง

1.5 ระบบทางเดินหายใจ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง จำนวนถุงลมลดลง ความจุปอดน้อยลง ปริมาตรอากาศค้างในปอดเพิ่มขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออก ทำให้การกำซาบและการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง รีเฟล็กการไหลลดลง การทำงานของขนกวัดตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน รวมทั้งต่อมน้ำลายน้อยลง การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดลง การบีบตัวและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้การย่อยการดูดซึมลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะท้องอืด เกิดภาวะโลหิตจาง ขาดวิตามินขาดสารอาหารได้

1.7 ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหัวใจหนาขึ้น เนื่องจากมีไขมันเพิ่มในช่องว่างของทรวงอก กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ลิ้นหัวใจแข็ง หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดลดลง มีการเกาะจับแคลเซียมตามผนังเส้นเลือดสูงทำให้เกิดการตันการไหลเวียนของเลือด และมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ อาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ เนื่องจากการตอบสนองของตัวกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตลดลง ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลมได้ง่าย

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ

- ต่อมใต้สมอง เสื่อมหน้าที่ผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ขนบริเวณรักแร้ และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเล็กลง
- ต่อมธัยรอยด์ขนาดเล็กลง เมื่ออายุเกิน 50 ปี ทำให้อ่อนเพลีย ตาฝ้าฟาง ขุนมัว
- ต่อมพาราไธรอยด์ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทำให้กระดูกบางลง
- ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลง จึงนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ได้น้อยลง ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดเบาหวานได้ง่าย
- ต่อมหมวกไตทำงานมากขึ้น ทำให้มีอาการมึนงง หงุดหงิดง่าย แต่จะมีความเฉื่อยชา เพราะการนำเอากลูโคสไปใช้ได้น้อย

- ต่อมเพศ มีผลด้านอารมณ์ในเพศหญิงมาก สำหรับเพศชาย มีความสัมพันธ์กันแต่การหลังฮอร์โมนยังปกติ

1.9 ระบบขับถ่าย การขับถ่ายของเสียได้น้อยลง ขับน้ำออกมาก จะถ่ายปัสสาวะบ่อยมาก กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดเกร็ง ทำให้กลั้นปัสสาวะได้ยากขึ้น ผู้ชายอาจพบต่อมลูกหมากโตขึ้น

1.10 ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและเซลล์ประสาททำให้การทำงานของสมองและประสาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลงทำให้การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้าลง ความจำเสื่อม โดยเฉพาะจำเรื่องราวในอดีตดีกว่าเรื่องราวใหม่ ๆ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจ และอารมณ์ เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีแล้ว ก็ยิ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก การเกิดความเจ็บป่วยหรือความเสื่อมของร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บุตรหลาน คู่สมรส เพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อิลิโอเปาลอส (Eliopoulos, 1979) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นผลจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุอาจต้องพบกับการสูญเสียคู่ชีวิต หรือบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น ญาติ บุตรหลาน หรือเพื่อนฝูง โดยการตาย หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก หากเกิดการสูญเสียอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง เนื่องจากการปรับตัวทำได้ลดลงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความหว้าเหว่ ซึมเศร้าได้ง่าย และถ้าไม่ได้รับการประคับประคองจิตใจจากผู้อื่นใกล้ชิด จะเป็นผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอย่างถาวร จนกระทั่งต้องได้รับการรักษาทางจิต

2.2 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวเนื่องจากในวัยผู้สูงอายุบุตรหลานจะมีครอบครัวกันแล้วและแยกย้ายกันไปมีครอบครัวใหม่ โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง และทำกิจกรรมร่วมกันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่มีใครสนใจ บุตรหลานไม่มาเยี่ยมใกล้ชิด ไม่มีใคร

นับถอยหลัง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม ทำให้ขาดกำลังในการดูแลกิจกรรมในบ้านของตนเอง ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว หัวเหว่ และรู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2539)

2.3 การสูญเสียเสถียรภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลง เนื่องจากหมดภาระการติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า ไม่มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือต่อชุมชน และขณะเดียวกัน ก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุอาจปรับตัวลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในสติปัญญา ความจำ และข้อมูลอื่นทางจิตวิทยาในผู้สูงอายุโดยเฉพาะหลังหลังอายุ 70 ปี และมีความสามารถในการใช้ภาษาลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพทศย์, 2538 ; บรรลุ ศิริพานิช, 2541)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมที่ลดน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมาซึ่ง เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคมในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ ผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของส่วนตนเอง การพึ่งพาลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแล เอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม การเข้าสู่วัยสูงอายุ การปลดเกษียณและการที่บุตรหลานหรือสังคม ต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่การมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น นอกจากนี้การเกษียณอายุหรือยุติการทำงาน อาจมีความหมายที่ดีสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้ที่มีความเบื่อหน่ายการทำงานต้องทำงานเพราะฐานะการยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะด้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้า

แสดงออกความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยจะลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

3.3 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมีการยอมรับของครอบครัว มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมต่อไปได้

การเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในวัยสูงอายุย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ง่าย จึงต้องการการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลพึงปฏิบัติตลอดช่วงชีวิตของบุคคล โดยปฏิบัติให้เหมาะสมกับพัฒนาการของช่วงวัย เมื่อพิจารณาตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติมีดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีมีการสังเกตอาการต่างๆ ของร่างกายและรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อมีอาการผิดปกติ ตลอดจนขอคำปรึกษาหรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคลที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 34) ผู้สูงอายุบางคนไม่สนใจรับผิดชอบเรื่องการมีสุขภาพดี บางคนต้องการที่จะเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้อื่นมาสนใจและดูแลตนเองมาก ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลทำให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (Ebersole & Hess, 1985 : 70)

สำหรับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมีหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนใจรับฟังวิทยุ หอกระจายข่าว หรือดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ญาติมิตรหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง นอกจากนี้การตรวจสุขภาพประจำปี การพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายควรทำอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยกลางคน เพราะการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุได้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น และยัง

เป็นการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ตั้งแต่ในระยะแรกทำให้สามารถป้องกันและรักษาได้ทันเวลาที่ และสิ่งควรตรวจร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528 : 70-73) คือ การตรวจความดันโลหิต เป็นการตรวจหาความดันโลหิตสูง เบื้องต้นหรือภาวะคุกคามของโรค ระดับค่าความดันโลหิตสูงที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 160/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ความดันโลหิตสูงที่ระดับ 195/100 มิลลิเมตรปรอท จะยังไม่ปรากฏอาการ แต่การตรวจวัดความดันโลหิตจะเป็นเครื่องบ่งชี้ให้ผู้สูงอายุได้ทราบสภาพของตนเองและหาแนวทางป้องกันการเกิดโรคที่จะตามมาเนื่องจากความดันโลหิตสูง

การตรวจปัสสาวะและเลือดเป็นการตรวจเพื่อสืบค้นการเป็นโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโลหิตจาง การตรวจหาความผิดปกตินี้แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายตามอายุและอาจเป็นความผิดปกติทางพยาธิสภาพได้ นอกจากนี้มีการตรวจสอบความผิดปกติของหู ตา และฟัน การเอกซเรย์เพื่อดูสภาพปอดและหลอดลม การตรวจหัวใจด้วยการฟังและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อดูสภาพการทำงานของหัวใจ การตรวจหาเซลล์มะเร็ง มดลูกหย่อนใน เพศหญิง และสุดท้ายการตรวจประเมินภาวะสุขภาพจิตในกรณีที่มีความเครียดหรือปัญหาทางด้านจิตใจที่กล่าวมาเป็นการตรวจร่างกายประจำปี

นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองทางด้านการละเว้นสารเสพติดและของมีนเมา การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรง และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ จากการรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2534 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534 : 23) พบว่ามีผู้สูงอายุสูบบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 31.2 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ร้อยละ 58.7 ของผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่ ส่วนหญิงที่สูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 8.2 และส่งผลให้เกิดโรคเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง สำหรับการดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพมากเนื่องจากสุรา มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ การดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดเป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง สถิติปัญญาเสื่อม อย่างไรก็ตามเราทราบอยู่แล้วว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพเพียงไร ดังนั้นหากมีการส่งเสริมให้เลิกหรือลดการสูบบุหรี่หรือลดการดื่มสุราก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีอายุยืนยาวได้

2. การออกกำลังกาย เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอด และระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพซึ่งการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นการที่ร่างกายมีการหดยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อ มีการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการใช้อาหารและ

ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นไปจากธรรมดา โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้น ความสนใจในการออกกำลังกายจะ ลดลงเนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย กล้ามเนื้อและหัวใจทั้งที่การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายกระฉับกระเฉง ว่องไว ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวหรือแอโรบิกที่มีความหนักระดับต่ำหรือปานกลางเป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเลือกวิธีการตามความชอบและความสนใจ เช่น กายบริหาร เดินเร็ว (Brisk walking) วิ่งเหยาะ หรือว่ายน้ำ ในบางรายไม่สามารถออกกำลังกายได้นานถึง 20 นาที จึงอาจจะออกกำลังกายหลาย ๆ ช่วง ช่วงละประมาณ 10 นาที หยุดพักแล้วเริ่มใหม่ การออกกำลังกายในแต่ละครั้งโดยออกแรงไม่มากแต่เพิ่มระยะเวลาการออกกำลังกายจะดีกว่าเพิ่มการใช้แรงในการออกกำลังกายเพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ เช่น เริ่มด้วยการเดิน วันละ 10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มจนได้วันละ 30 นาที การเดิน เป็น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพราะเป็นการออกกำลังกายที่ใช้แรงปานกลาง

การจะออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 1 อบอุ่นร่างกาย

ขั้นตอนที่ 2 แอโรบิก

ขั้นตอนที่ 3 ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ บรรลุ ศิริพานิช (2537 : 130) ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาวอย่างเป็นสุข ชะลอความชราลงได้มาก โดยทั่วไปสมรรถภาพของร่างกายจะมีความแข็งแรง ทนทาน ว่องไว สูงสุดเมื่อประมาณ 30 ปี แล้วจะค่อย ๆ ลดลงร้อยละ 1 ทุกปี ดังนั้นเมื่ออายุ 60 ปี แล้วความแข็งแรงจึงลดลงร้อยละ 30 เมื่ออายุ 30 ปี ซึ่งผลของการออกกำลังกายจะสามารถชะลอการ ลดลงของความแข็งแรงได้จำนวนหนึ่ง แต่ผลการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทย พบว่ามีการออกกำลังกายน้อยครั้งและไม่สม่ำเสมอ

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ ในแต่ละวันผู้สูงอายุควรรับประทาน อาหารเพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอตามความต้องการของร่างกายซึ่งขึ้นกับเพศ อายุ ขนาด ส่วนประกอบของร่างกาย และการทำกิจกรรม คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวัน ที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนไทย (2532 : 153) กำหนดว่าผู้สูงอายุไทยที่ทำกิจกรรมหนักปานกลาง ควรรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานวันละ 2,250 กิโลแคลอรี สำหรับเพศชาย และ 1,850 กิโลแคลอรี สำหรับเพศหญิง ผู้สูงอายุควรปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารโดยลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลงแต่รับประทานให้บ่อยขึ้นอาจเป็น 4-5 มื้อต่อวัน เพื่อช่วยไม่ให้ระบบย่อยอาหารทำงานหนัก และทำให้การเผาผลาญไขมันดีขึ้น (Kleiner, 1998) การสำรวจผู้สูงอายุอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคอาหารน้อยได้พลังงานไม่เพียงพอและขาดสารอาหารที่

จำเป็นในการดำรงรักษาภาวะ สุขภาพร่างกายและความผาสุกและยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในการช่วยเสริมการรักษาทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง (Kart, Metress & Metress, 1992) สำหรับผู้สูงอายุไทยมีปัญหาโภชนาการไม่เพียงพอ เช่นกัน กัญยาร์ตัน อูบลวรรณ (2540 : 37) พบว่าผู้สูงอายุไทยภาคกลางส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ ผู้ที่รับประทานอาหารเช้าเพียงวันละ 2 มื้อมีมากถึงร้อยละ 23.3 ซึ่งบ่งชี้ว่าน่าจะมีปัญหาขาดสารอาหาร

ปัญหาการรับประทานอาหารเช้าของผู้สูงอายุมีทั้งปัญหาการรับประทานอาหารเช้าไม่ได้และรับประทานไม่พอ คือ รับประทานบางอย่างมากเกินไปไม่ถูกต้องส่วน ปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องป้องกันได้บุคคลใกล้ชิดควรให้ความเอาใจใส่ สนใจจัดการเรื่องการรับประทานอาหารเช้าให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการสารอาหารอยู่ เพื่อช่วยในการรักษาร่างกายให้แข็งแรง ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในแต่ละวัน และสารอาหารที่ให้พลังงานต้องน้อยกว่าวัยอื่น ๆ ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับเมื่ออายุเกิน 50 ปีขึ้นไป การรับประทานอาหารเช้าต้องคำนึงถึงหลักโภชนาการเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุ เป็นอาหารที่จำเป็นต่อการคงสภาพของเนื้อเยื่อร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ร่างกายต้องการโปรตีนที่มีคุณภาพแต่ปริมาณลดลง อาหารจำพวกโปรตีน ได้แก่ นม ไข่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ที่ไม่ติดมัน ควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อย และควรรับประทานเนื้อปลา เนื่องจากมีไขมันต่ำและย่อยง่าย ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง นมหรือผลิตภัณฑ์นม ผู้สูงอายุควรรับประทานเพราะให้คุณค่าทางอาหารและให้สารแคลเซียม ซึ่งผู้สูงอายุควรรับประทานไข่ ไม่เกินสัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง เพราะไข่แดงจะเป็นตัวเพิ่มไขมันในเลือด ถ้ามีปัญหาไขมันในเลือดสูงก็ควรรับประทานเฉพาะไข่ขาว

3.2 แป้งและน้ำตาล ผู้สูงอายุควรลดการรับประทานอาหารเช้าจำพวกนี้ลง เพราะความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุลดลง ถ้าไม่ลดปริมาณลงจะทำให้เป็นโรคอ้วนและน้ำตาลในเลือดสูง ถ้ารับประทานแป้งและน้ำตาลมากเกินไปอาจทำให้อ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานควรลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล รับประทานผัก ผลไม้ มากกว่าของหวานที่มีน้ำตาลมากซึ่งจะทำให้ น้ำหนักขึ้น มาสเตอร์และลาสเวร์ (Master & Lasser cited by Barbara, 1979 : 37) ที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานกับอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น การควบคุมน้ำหนักจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ การจำกัดอาหารในผู้สูงอายุต้องมีความระมัดระวังเพราะผู้สูงอายุรับประทานน้อยมีแนวโน้มที่จะขาดสารอาหารอยู่แล้ว การดูแล ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องติดตามภาวะขาดโปรตีนและแคลอรีซึ่งจะมีผลคุกคามชีวิต ผู้สูงอายุอย่างมากโดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี (Perry, 1997 : 101)

3.3 รับประทานอาหารไขมันต่ำ ผู้ป่วยสูงอายุควรรับประทานไขมันไม่เกิน 80 กรัมต่อวันโดยรับประทานไขมันจากพืชเช่นน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดฝ้าย เพราะมีกรดไลโนลีนิก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและการขยายตัวของหลอดเลือด (วินัส ลีพทกุลและณอมขวัญ ทวีบุรณ, 2541 : 31) ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงควรลดการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวซึ่งมีมากใน นม เนย ไข่ขาว น้ำมันหมู น้ำมันไก่ น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม เพราะทำให้คลอเรสเตอรอลในเลือดสูงและหลอดเลือดแข็ง การรับประทานปลาช่วยควบคุมน้ำหนักและอาจจะช่วยส่งเสริมในการลดความดันโลหิตในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอาจจะเป็นผลดีต่อระดับไขมัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ดย่าง ห่านพะไล และอาหารทอด หรืออาหารที่มีน้ำมันมาก เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ข้าวเกรียบ หลีกเลียงอาหารที่มีมะพร้าว กะทิ และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมากเพื่อให้ได้ผลในการลดไขมันในเลือดควรได้รับกรดไลโนลีนิก ร้อยละ 12 ของพลังงานที่ได้รับทุกวัน ผู้สูงอายุไม่ควรลดปริมาณไขมันที่รับประทานมากเกินไป เนื่องจากปกติมีแนวโน้มที่จะรับประทานน้อยอยู่แล้ว หากจำกัดไขมันจะทำให้ขาดอาหารได้ จึงไม่ควรลดน้ำหนักโดยการจำกัดไขมัน ยกเว้นในรายที่อ้วนมาก (วิมล ศรีสุข, 2538 : 134)

3.4 วิตามินและแร่ธาตุ อาหารประเภทนี้ ได้แก่ อาหารจำพวกผัก โดยเฉพาะผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คื่นช่าย ถั่วฝักยาว มะเขือเทศ พริกทอง แครอท อาหารประเภทนี้จะมียาอาหารและน้ำ ช่วยให้อิ่มท้องไม่ผูกและไม่อ้วน จึงเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรรับประทานได้ค่อนข้างมาก แม้จะเป็นผลไม้หวานบ้างก็ตาม เพราะน้ำตาลฟรุคโตสเป็นน้ำตาลที่มีผลดีต่อร่างกายมากกว่าน้ำตาลในรูปแบบอื่น ๆ แต่ก็ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดมากเกินไป เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า ผลไม้ที่มีทุกฤดูกาลและเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ กัลยัม ส้มฝรั่ง และมะละกอ นอกจากนี้ผักที่ควรรับประทานเป็นทั้งชนิดดิบและชนิดสุก ใบเขียว ใบเหลือง สำหรับผักที่ให้วิตามินซี ควรรับประทานจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ผักให้วิตามินแล้วให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียมและอื่น ๆ ด้วย ผักสดและผลไม้รับประทานแล้วช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันโรคดี

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะรับประทานเค็มมากกว่าที่เคยเป็นเพราะความสามารถในการรับรสเค็มของผู้สูงอายุเสื่อมลงมาก โดยพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้รส (Detection threshold) ของเกลือโซเดียมสูง เป็น 11.58 เท่าของวัยหนุ่มสาว จึงทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและโรคไตได้ (วิมล ศรีสุข, 2538 : 142)

3.5 ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ผลจากการสูงอายุทำให้ปริมาณน้ำในเซลล์และนอกเซลล์ลดลง กลไกกระหายเสื่อมลงแต่ความต้องการน้ำไม่ลดลงด้วย ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะขาดน้ำได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาขับปัสสาวะ (Reiff, 1987) ภาวะขาด

น้ำระดับต่ำหรือสูญเสียน้ำเพียงร้อยละ 1-2 ของน้ำหนักตัว สามารถทำให้การตอบสนองทางสรีระ และการทำกิจกรรมบกพร่องได้ ผลที่ตามมาจากภาวะขาดน้ำเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปัญหาท้องผูก อุจจาระอัดแน่น ความบกพร่องในการคิดรู้ ความสามารถในการทำหน้าที่ ลดลง และตายได้ สภาวิจัยแห่งชาติของอเมริกัน (National Research Council) แนะนำให้ดื่มน้ำ อย่างเพียงพอประมาณ 1 ซีซี ต่อการใช้พลังงาน 1 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยทั่วไปแล้วในแต่ละวัน ผู้ใหญ่เพศชายควรดื่มน้ำประมาณ 2,900 ซีซี หรือ 12 แก้ว ผู้หญิงควรดื่มน้ำประมาณ 2,200 ซีซี หรือ 9 แก้ว ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีความต้องการน้ำตามเกณฑ์ดังกล่าวหรืออย่างน้อยที่สุด 8 แก้ว (1 แก้วเท่ากับ 240 ซีซี) ต่อวัน และในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรดื่มน้ำก่อนออกกำลังกาย 1 - 2 แก้ว ระหว่าง ออกกำลังกายให้ดื่มน้ำ 4 - 8 ออนซ์ทุก ๆ 15 นาที และอย่างน้อยที่สุด 2 แก้วหลังออกกำลังกาย สำหรับความต้องการน้ำของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต สามารถคำนวณตามสูตร คือ 100 ซีซี ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม สำหรับ 10 กิโลกรัมแรก และ 50 ซีซี ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัมสำหรับน้ำหนักที่เหลือ (Kleiner, 1999 : 200) ดังนั้น เพื่อป้องกันภาวะขาด น้ำอย่างเรื้อรังควร ดื่มน้ำอย่างเพียงพอในแต่ละวัน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน คาร์โบไฮเดรตสูง เพิ่มอาหารประเภท เส้นใย รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมอย่างเพียงพอและรับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว โดยรับประทานในปริมาณ ที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และอาจแบ่งเป็น 4 -5 มื้อ เพื่อลดปัญหาแน่นท้องหลัง อาหาร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงการมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกัน แก้ไขปัญหา การช่วยเหลือซึ่งพวาระหว่างกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ พัฒนาการ (developmental processes) การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยน ความคิด วัฒนธรรมและสังคมซึ่งกันและกัน และได้รับสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต การ เจริญเติบโตและ พัฒนาการ ในขณะที่การอยู่คนเดียวทำให้บุคคลนั้นได้รับสิ่งเร้าทางสังคมลดลง หรือไม่ได้รับการสะท้อนคิดพิจารณาจากบุคคลอื่น (Orem, 1995 : 192) ความเจ็บป่วยเรื้อรังและ การจัดการกับความเจ็บป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแยกตัวออกจากสังคม ขาดการติดต่อกับ เพื่อน (Tilden & Weinert, 1987 : 613) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาการเคลื่อนไหว การได้ยิน ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวและยังพบกับข้อจำกัดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลาย ๆ ด้านจากความสูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว่าเหว และขาดที่พึ่งโดยที่ความรู้สึกว่าเหวนี้อาจเกิดขึ้นได้ แม้จะมีบุคคลอื่น

อยู่รอบข้าง ความว่า เหวในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ดังนั้น การดำรงสัมพันธ์ทางอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคม การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น มีความเป็นตัวของตัวเองหรือมีเวลาเป็นส่วนตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ตนเองต้องการและควรพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมเพียงคนเดียวได้โดยไม่รู้สึกเหงา ว่า เหว ผู้สูงอายุควรที่จะพึ่งพาตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม และติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสิ่งที่ตนเอง ไม่สามารถทำได้ เช่น การเดินทางไปรับการรักษา การรับประทานยาตามเวลา และการจัดหาอาหาร เป็นต้น

การที่ผู้สูงอายุได้มีความสัมพันธ์ติดต่อกับผู้อื่นจะพบได้โดยการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมเป็นสมาชิกขององค์กรต่าง ๆ ที่ชอบและเห็นว่าเป็นประโยชน์แก่สังคมได้ตามความรู้ความสามารถ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนตามแต่โอกาสจะเอื้ออำนวย การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้ใกล้ชิดเพื่อจะได้ปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ ควรไปมาหาสู่ญาติหรือมีการติดต่อกันเป็นประจำโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น ไปเยี่ยมบ้านญาติ หรือชวนร่วมเดินทางไปพักผ่อน ทัศนจรด้วยกัน และที่สำคัญอย่างหนึ่ง การที่ได้มีสัมพันธ์ภาพกับวัยที่แตกต่างกันในหมู่ญาตินั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะหลาน ๆ จะช่วยให้ ผู้สูงอายุมีความสดชื่น ร่าเริง และยังทำให้ความเป็นครอบครัวมีความเชื่อมโยงกันด้วย

5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและมีความจริงจังต่อบุคคลอื่น มีความสงบและความพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถในการพัฒนาด้านศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังการตาย (Pender, 1996 : 132) การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางเสื่อม ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ก็มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการยอมรับในสภาพที่เป็นอยู่และมีความเข้าใจในตนเอง มีความกระตือรือร้นมองการณ์ไกลและมองโลกในแง่ดี ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ เชื่อว่าชีวิตจะเป็นไปตามมุ่งหมายของตน มีความพึงพอใจในชีวิตและประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมาย รู้สึกมีความสุขที่จะแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องรู้จักปรับตัวให้เข้ากับความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในขณะนั้น ผู้สูงอายุจะมีความสุข ความทุกข์เมื่อมีบุคคลใกล้ชิดอยู่ด้วย และยังขึ้นกับการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัว และสภาพแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและบุคคล (ประนอม โอบทานนท์และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2541) ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุเป็นของสำคัญและ

เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลการศึกษาของ ยุพิณ อังสุโรจน์และคณะ (2544) พบว่าภาวะสุขภาพ เพศ และการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความพึงพอใจ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านนี้ ได้แก่ การรับรู้ความจริงอย่างมีประสิทธิภาพ การยอมรับตนเอง การแสดงความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ตามสภาพธรรมชาติ การเอาใจใส่ต่อสวัสดิภาพของมนุษย์ มีความห่วงใยสังคม ประเทศชาติ มีความประทับใจ ในประสบการณ์พื้นฐานอย่างลึกซึ้ง สร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างจริงจังและเข้าใจชีวิต จากโลกทัศน์ที่มีเป้าหมาย โดยมีความคิดสร้างสรรค์

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุจะพบว่า การเกิดความเครียดนั้นเกิดได้จากปัญหาเรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ดังเช่นผลการวิจัยของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson, et. al., 1993) ที่พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทประเทศสหรัฐอเมริกา มีความเครียดมากที่สุด คือ ปัญหาการนอนหลับ รองลงมาคือ จำนวนเพื่อนลดลง การไม่ได้รับใบอนุญาตให้ต่อไป ขับขี่รถยนต์ ความว่าเหว เวลาในครอบครัวน้อยลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การพึ่งพาผู้อื่น การตายจากบุคคลในครอบครัว และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้หวั่น ที่ไม่พบในคนอเมริกัน ได้แก่ การให้การดูแลลูกสาวหรือลูกสะใภ้ในระยะหลังคลอด การไปเยี่ยมญาติ การจัดหาคุ้มครองให้ลูกไม่สำเร็จ การเลี้ยงหลาน การขัดแย้งกับบุตรและสะใภ้ การขอค่าใช้จ่ายจากบุตร การขึ้นรถประจำทาง บุตรปฏิบัติที่จะให้ตนเองอยู่ด้วย (Lin, et. al., 1996) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุไทยเนื่องจากวัฒนธรรมคล้ายกัน

โดยปกติแล้วทุกคนก็มามีปัญหาด้วยกันทั้งนั้น มีความเครียดด้วยกันทั้งสิ้น อยู่ที่ใครจะปรับตัวสู้กับความเครียดนั้นอย่างไร ถ้าปรับตัวได้ร่างกายและจิตใจก็อยู่ในสภาพที่ปกติ ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดภาวะสุขภาพจิตเสื่อม เป็นโรคจิตในผู้สูงอายุได้ ซึ่งในปัจจุบัน ผู้สูงอายุจะพยายามควบคุมจิตใจให้มีความสุขรอบคอบยิ่งขึ้น แต่การปรับแนวคิดต่าง ๆ ยังเป็นไปได้ยาก เพราะค่านิยมที่ ปลูกฝังกันมานาน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ลูกหลานจะแยกครอบครัวออกไป ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการใช้ชีวิตร่วมกับคู่สมรสมากขึ้นและอยู่กันตามลำพังมากขึ้น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตสมรสในช่วงนี้คือ การเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการพูดคุยหรือระบายความทุกข์ใจให้บุคคลใกล้ชิดได้รับทราบ ก็ถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดหนทางหนึ่งเช่นกัน ผลจากการศึกษาของสมหมาย วงษ์กระสันต์ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการจัดการกับความเครียดที่ปฏิบัติประจำเมื่อไม่สบายใจ ผู้สูงอายุจะแก้ปัญหาโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์และไหว้พระสวดมนต์ ร้องมาเมื่อมีเรื่องทุกข์ยากเดือดร้อนผู้สูงอายุโทษว่าเป็นเรื่องเวรกรรม และที่ปฏิบัติบ่อยครั้งคือการหางานอดิเรกทำหรือการออกกำลังกาย

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เป็นสิ่งมีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีของเพนเดอร์

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพในยุคปัจจุบัน ซึ่งแตกต่างจากจุดเน้นของการดูแลสุขภาพในอดีต เน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนวิถีชีวิต สภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2541) กรีน (Green, 1984 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990 : 8) อธิบายการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการให้ความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนในด้านการจัดการ การเงิน และสิ่งแวดล้อมเพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นนิยามในแง่ของการปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว ต่อมามีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ความสำคัญของบุคคลในด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ดั่งนิยามตาม กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จากนิยามดังกล่าวบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของบุคคลกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยมีผลการวิจัยมากมายสนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่น ผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะสุขภาพ (สุดา วิไลเลิศ, 2538) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเตรียมตัวก่อนถึงวัยสูงอายุ และการทำกิจกรรมในเวลาว่างดีกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง (บรรลุ ศิริพานิช, 2531) ดังนั้น การดูแลสุขภาพของประชาชนจึง มุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 ; Pender, 1996) เป็นแบบจำลองที่พยาบาลและวิชาชีพอื่นด้านสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนหรือผู้รับบริการ ตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เชื่อว่า

บุคคลมีลักษณะเป็นผู้ริเริ่มในการปฏิบัติพฤติกรรมทุกรูปแบบ มีบทบาทในการตัดสินใจ สภาพของตนเอง ควบคุม ตัดสินใจ ปรับปรุงวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Pender, 1996 : 8) ในระบบบริการสุขภาพ บุคคลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดทิศทางในการปฏิบัติพฤติกรรมทาง สุขภาพของตนเองและยังเป็นผู้เลือกที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอีกด้วย แนวคิดดังกล่าว เน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มระดับของความเป็นอยู่ที่ดี (well being) และการบรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต (Self-actualization) ของบุคคลและกลุ่มบุคคล ซึ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) 2) ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) และ 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล

บุคคลแต่ละคนมีความคุณลักษณะส่วนตัวและประสบการณ์แตกต่างกัน คุณลักษณะและประสบการณ์นี้จะมีผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง มโนทัศน์คุณลักษณะและประสบการณ์แบ่งออกเป็น 2 มโนทัศน์ย่อย คือ

1.1 ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Prior related behavior) เป็นประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลเคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในอดีต ซึ่งมีผลต่ออารมณ์หรือความคิดต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ามีประสบการณ์ทางบวกบุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมนั้นอีก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เพนเดอร์ได้ปรับปรุงแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพใหม่จากแบบจำลองเดิมที่นำเสนอในปี ค.ศ. 1987 โดยแบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 หมวด คือ (Pender, 1996 : 68)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะหมดประจำเดือน สมรรถนะความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการให้ความหมายหรือความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีผลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

มโนทัศน์นี้ ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ย่อยที่เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมโนทัศน์เหล่านี้จะเป็นแกนกลางในการที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 68-71) มโนทัศน์ย่อยดังกล่าวได้แก่

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceive benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะมีประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceive barriers to action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ตนเองเกิดความยากลำบากหรือไม่สะดวกสบายอย่างไร

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Perceive self-efficacy) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้หรือเชื่อว่าตนเองจะกระทำสำเร็จ

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity - related affect) เป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง หรือหลังการเกิดพฤติกรรม ความรู้สึกนี้จะเก็บไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ

2.5 อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยระหว่างบุคคลเป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทัศนคติของผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการสุขภาพ อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการมีบุคคลเป็นแบบอย่าง

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลจากสถานการณ์ประกอบด้วย การรับรู้ว่ามีข้อเสนอที่สามารถทำได้ การมีคุณลักษณะที่ต้องการ และปัจจัยแวดล้อมที่สร้างสุนทรียะในการปฏิบัติ

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

มโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย ดังนี้

3.1 คำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ (commitment to a plan of action) เป็นกระบวนการคิด ที่ประกอบด้วย การให้คำมั่นสัญญาว่าจะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

ลู่วง และการกำหนดกลวิธีในการกระทำและให้การเสริมแรงต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมกา
ส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความชอบหรือการจำเป็นที่เกิดขึ้นทันที (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นทันทีในจิตสำนึกของบุคคลก่อนที่ จะวางแผนปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น จะไปออกกำลังกาย แต่ระหว่างการเดินทางไปออก กกำลังกายผ่านห้างสรรพสินค้าจึงตัดสินใจไปเดินซื้อสินค้าไม่ไปออกกำลังกาย เพราะชอบซื้อของ มากกว่าการออกกำลังกาย หรือมีความจำเป็นไม่สามารถไปออกกำลังกายได้ เพราะจำเป็นต้อง ทำงานที่รับผิดชอบ

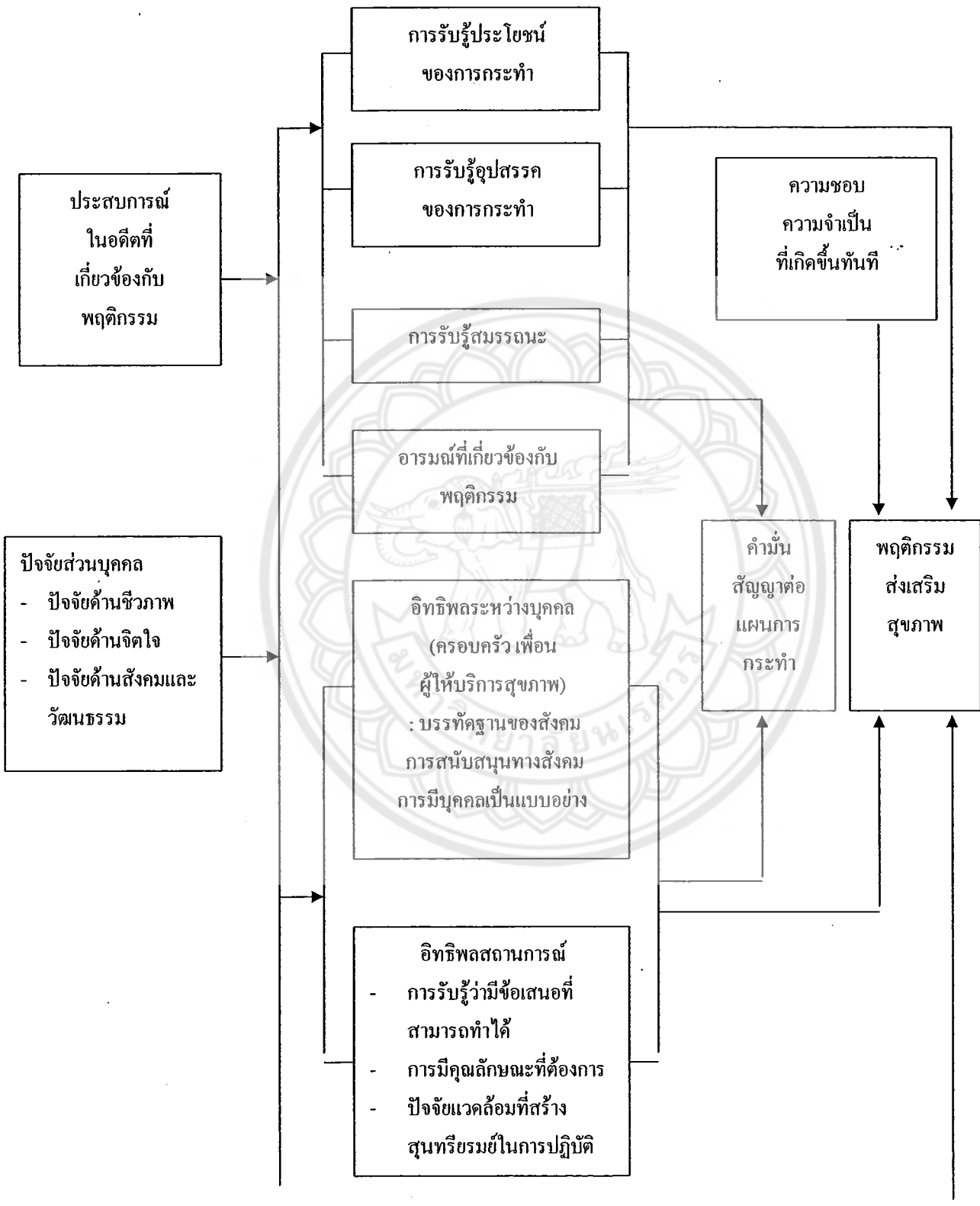
3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behavior) เป็นความสามารถที่ แท้จริงของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อผลในการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987 : 59) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งเป็นจุดสุดท้ายในโมเดลการ ส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพ สำหรับผู้รับบริการ เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบ แผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก (Pender, 1996 : 73)

ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

คุณลักษณะ
และประสบการณ์ส่วนบุคคล

ความคิดและอารมณ์
ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 67)

จะเห็นได้ว่าแบบจำลองดังกล่าวมุ่งเน้นการอธิบายปัจจัยที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกรรมที่ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี ซึ่งบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลได้นำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในหลายสถานการณ์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติ

ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
2. การออกกำลังกาย
3. โภชนาการ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ
6. การจัดการกับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในทุกๆ เรื่องนั้นจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาวางแผนให้การรณรงค์ส่งเสริมอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้นมีเหตุจูงใจหลายประการทั้งในส่วนที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพ จิตใจ และเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการคิดรู้อารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม การวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลตามกรอบแนวคิดที่กล่าวแล้วในบทที่ 1 เพื่อยืนยันข้อค้นพบเดิมและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานในเขตพื้นที่ที่ศึกษารายละเอียดแต่ปัจจัยมีดังนี้

เพศ

เพศ เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบในการดูแลตนเองที่ต่างกัน (Shank & Lough, 1985; รจนารถ ร่องลือ, 2536) ผลการวิจัยที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งในทิศทางความสัมพันธ์ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529; บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2531 ; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535) ในขณะที่ (วรรณิ ชัชวาลทิพากร, 2543) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับลูคินแลนด์และฮาร์ม (Lookinland & Harm, 1996) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการ

ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุพบว่าเพศหญิงออกกำลังกายและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุอเมริกันพบว่าเพศหญิงมีการดื่มสุราน้อยกว่าเพศชาย แต่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการแสวงหาบริการสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (Weaver & Gary, 1996)

อายุ

เพนเดอร์กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการวิจัยหลายเรื่องที่น่าสนใจแนวคิดนี้ดังเช่นการศึกษาของวอร์นีย์ ชัซวาลทิพากรและคณะ (2543) พบว่าอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยพบว่าอายุ 60-64 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวแอปพาเลเชีย (Appalachian) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Riffle, Yoho & Sams, 1989) กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้นแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง แม้ว่าเพนเดอร์ได้นำเสนอไว้ว่า อายุมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จากข้อค้นพบในการวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์บางเรื่องไม่สนับสนุนข้อเสนอนี้ โดยพบว่าผู้สูงอายุทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (เยาว์ลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์, 2529 , วงษ์เดือน สิริลักษณ์และคณะ, 2532)

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพนเดอร์ กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Pender, 1996 : 68) เพราะการรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้องก็จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นไปในทางที่ดี ซึ่งตรงกับแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974 : 3) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล

ภาวะสุขภาพมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ผู้สูงอายุได้ประเมินภาวะสุขภาพหรือการรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพไม่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าด้อยกว่าผู้สูงอายุในเมืองซึ่งประสบปัญหาน้อยกว่า (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2532)

: 26) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีเรือน แก้วกังวาล (2532 : 11) พบว่าผู้สูงอายุในชนบทภาคต่าง ๆ มีการรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุอื่น ๆ ผลการศึกษาของเพชรรา อินทรพานิช (2536) ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เทศบาลเมืองจังหวัดอุดรธานี พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศแคนาดา พบว่าผู้สูงอายุรายงานว่ามีสุขภาพดีมากที่สุด ร้อยละ 13 สุขภาพดี ร้อยละ 50 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 31 และมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 6 (Melanson & Downe-Wamboldt, 1987)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมักจะให้ความหมายของสุขภาพในแง่ของการปราศจากโรคและความเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ทรมาน และมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสุขภาพด้านการแพทย์ (Clinical model) ที่เชื่อว่าสุขภาพดีคือภาวะที่บุคคลปลอดจากโรค การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในการวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินการรับรู้ในอาการความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับที่ สหมมา ยงษ์กระสันต์ (2543) ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุประเมินจากระดับความเสื่อมและสมรรถภาพของอวัยวะในร่างกายรวมทั้งการมีโรคหรือปราศจากโรคของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายตามวัย นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาเกี่ยวกับการปวดข้อมากที่สุด (ร้อยละ 75) รองลงมาคือการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 59) เป็นลม (ร้อยละ 46) ท้องผูก (ร้อยละ 40) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12) ริดสีดวงทวาร (ร้อยละ 10) โรคหัวใจ (ร้อยละ 8) เบาหวาน (ร้อยละ 2) บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพพันทำให้รับประทานอาหารได้ไม่ดีเท่าที่ควร (ร้อยละ 66.7) มีปัญหาการได้ยิน (ร้อยละ 23.9) และการมองเห็นไม่ชัดเจน (ร้อยละ 48.6) เช่นเดียวกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทยวัย 50 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2538 พบว่าในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสำรวจนั้น กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุนั้น ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีอาการปวดเมื่อยหลัง / เหว (ร้อยละ 16.0) โรคความดันโลหิต (ร้อยละ 13.2) โรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 13.0) ปัญหาไขข้ออักเสบหรือข้อเสื่อม (ร้อยละ 12.1) โรคหัวใจ (ร้อยละ 5.6) ต้อกระจก (ร้อยละ 3.8) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.5) โรคต้อเนื้อตา (ร้อยละ 3.0) อาการหอบหืด (ร้อยละ 2.7) โรคทางเดิน

ปัสสาวะและไต (ร้อยละ 2.5) โรคหู (ร้อยละ 1.2) อัมพาต/อัมพฤกษ์ (ร้อยละ 1.2) โรคปอด (ร้อยละ 1.1) ภาวะกระดูกหัก (ร้อยละ 0.5) โรคตับ (ร้อยละ 0.5) มะเร็ง (ร้อยละ 0.3) ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะพบน้อยกว่าร้อยละ 10 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540 : 4)

การรับรู้ในอาการผิดปกติหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าวอาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะอาการไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วยอาจจะเป็นสิ่งคุกคามหรือก่อให้เกิดความกลัวและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) ดังเช่นที่ พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ (2537) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยหลายเรื่องในผู้สูงอายุไทยยืนยันว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ไพเราะ วรทัตและสุวรรณี โสคติริ, 2539 ; วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543) เช่นเดียวกับการศึกษาผู้สูงอายุในต่างประเทศที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Riffle, Yoho & Sams, 1989) ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยครั้งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบันในทางบวกและรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อยในการดูแลสุขภาพตนเอง (Antonacci, 2002) ในทำนองเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่พบว่า การรับรู้สุขภาพเป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Padula, 1997) ดังนั้นบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ในทำนองเดียวกับการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543)

อย่างไรก็ตาม มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ไม่สนับสนุนกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่น ผลการศึกษาของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดเทศบาลเมืองจังหวัดอุดรธานี (เพชรรา อินทรพานิช, 2536) และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, 2537) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในทำนองเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี ของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) พบว่า การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกับที่แคมเบลล์ และครีดเลอร์ (Campbell & Kreidler, 1994) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความ รับผิดชอบต่อสุขภาพ และการรับรู้ความผาสุกในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบ

แนวคิดของเพนเดอร์ พบว่า ผลการศึกษาไม่ได้สนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่า บุคคลที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในทางบวก

การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 68) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับข้อเสนอนี้ โดยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านความสำเร็จในตนเองสูง (Riffle, Yoho & Sams, 1989) และการศึกษาของพาดูลา (Padula, 1997) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทำนองเดียวกับที่ลูคินแลนด์และฮาร์ม (Lookinland & Harm, 1996) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายมากกว่า สำหรับการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน (วงษ์เดือน สิริลักษณ์และคณะ, 2532) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักจะมีการรับรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (เขาวลัักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) จากผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนว่าการศึกษาอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยของวรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รายได้

รายได้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ยังไม่สามารถสรุปทิศทางที่แน่ชัดเจนนในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาของรจนารอด ร่องลือ (2536) และพนิดา คุณาธรรม (2538) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ในระดับอื่น ๆ และจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชายที่อยู่ ในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ของวรรณนิมล เบญจกุล (2535) พบว่า รายได้สามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตามผลการวิจัยหลายเรื่องพบว่าภาวะเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ไพเราะ วรทัตและ สุรัตน์ โสตศิริ 2539 ; วรรณิ ชัชวาลทิพากร , 2543 ; วงษ์เดือน สิริลักษณ์และคณะ, 2532)

ในด้านการศึกษานำมาจากการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุนครสวรรค์ พบว่า จำนวนปีการศึกษาและรายได้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าเฉพาะจำนวนปีที่ศึกษาและรายได้อธิบายความแปรปรวนของการจัดการความเครียดและการออกกำลังกายได้ร้อยละ 12.5 และ 6.7 ตามลำดับ (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538) ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกับที่พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ (สดไธ ศรีสะอาด, 2540) พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ (2537) พบว่า อายุ การศึกษา รายได้ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและพบว่า อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม เป็นกลุ่มตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 35.97 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาสตรีสูงอายุในประเทศไทยได้หวั่น พบว่า อายุ และการศึกษา เป็นปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มไฮโล (Ho-Lo) ในขณะที่ การศึกษาและจำนวนปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มแฮกกา (Hakka) (Wang, 1999)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นมีปัจจัยหลายประการที่ต้องคำนึงในการนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษาและรายได้เป็นต้น ซึ่งการวิจัยนี้ต้องการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สร้อยรัตน์ พลอินทร์และคณะ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 427 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพ GHQ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนในสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคส์แคร์ การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรส และอายุ สามารถทำนาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เป็นร้อยละ 20.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปริญา โตมานะ, ระวีวรรณ ศรีสุชาติ ศึกษาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีชั้นภูมิในพื้นที่ 4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ และ 2 เขต ในกรุงเทพมหานครกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ จำนวน 308 คน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40.9 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ สถานภาพทางสังคม ปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความภาคภูมิใจในชีวิตที่ประสบความสำเร็จหรือทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม ความช่วยเหลือที่ได้รับหรือได้จากบุตรหลาน หรือญาติ และเพื่อน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุตรหลาน หรือญาติ และเพื่อน และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยเกื้อหนุนข้างต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

บุญพา ณ นคร (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ความเชื่อมั่น 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยรวมในระดับพอใช้โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่กิจกรรมด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

สุดารัตน์ พุฒิพงศ์ (2545) ศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1)แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2)แบบวัดอัตมโนทัศน์ซึ่งดัดแปลงมาจากของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.23 มีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางบวก และร้อยละ 39.77 มีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางลบ สำหรับองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 52.84 ด้านจิตใจร้อยละ 61.36 และด้านสังคมร้อยละ 86.36

ต่อจาก ไรุ่่น (2547) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 221 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยในการดูแลและสุขภาพในระดับที่สูงสุดเท่ากับ 39.57 และ 38.87 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ส่งผลทำให้ลดปัญหาเรื่องสุขภาพหรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดาดำบลบ้านนา อำเภอลำดวน จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดาดำบลบ้านนา อำเภอลำดวน จังหวัดพิจิตร จากสถิติทะเบียนราษฎรพบว่า ในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 466 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. โดยได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ในกรณีประชากรมีขนาดเล็ก

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{Nz_{\alpha/2}^2 - P(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2} \\
 &= \frac{466(3.84)(0.3)(0.7)}{(3.84)(0.3)(0.7) + (466)(0.0025)} \\
 &= \frac{375.782}{1.9714} \\
 &= 190.62 \\
 &= 191
 \end{aligned}$$

เมื่อ n = ขนาดของตัวอย่างประชากร

N = จำนวนประชากร

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ไม่ควรน้อยกว่า 191 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ มีจำนวน 3 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเครื่องชั่งน้ำหนักแบบยืนและตลับเมตรสำหรับวัดส่วนสูง

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและอาการผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 13 ข้อ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และโรคประจำตัว มีคำตอบให้เลือก 2 ประการ คือ มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

มีอาการป่วย	ได้	0	คะแนน
ไม่มีอาการป่วย	ได้	1	คะแนน

คะแนนจะอยู่ในช่วง 0 - 13 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงว่ามีภาวะสุขภาพดี คะแนนน้อย หมายถึง ภาวะสุขภาพไม่ดี และจัดลำดับภาวะสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอิงกลุ่ม ดังนี้

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 เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมหมาย วงษ์กระสัน ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนน	คะแนน
	ข้อความที่มีลักษณะ ทางบวก	ข้อความที่มีลักษณะทางลบ
สม่ำเสมอ	4	1
บ่อยครั้ง	3	2
นาน ๆ ครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติ	1	4

โดยมีคำถามที่มีข้อความทางลบ คือคำถามข้อที่ 1, 2, 5, 13, 17 และ 30 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35 - 140 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาใช้เกณฑ์ของ Theoretical range score หรือ Absolute scale โดยใช้คะแนนของแบบวัดลบกับคะแนนต่ำสุดของแบบวัดหารด้วยระดับของผู้วิจัยต้องการประเมิน โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดแบ่งเป็น 3 ระดับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย
ระดับดี	3.01 – 4.00
ควรปรับปรุง	2.01 – 3.00
ระดับต่ำ	1.00 – 2.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดมีการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การหาความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการศึกษาและการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปหาความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุเขตในจังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ดังกล่าวโดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ประสานงานขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยที่ เกี่ยวข้อง ในการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
2. ชี้แจงและประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยเข้าพบและแนะนำตัว ต่อหัวหน้าสถานีอนามัย ผู้นำหมู่บ้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละหมู่บ้านที่ ดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ในการช่วยรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์ และ ทำความเข้าใจในเนื้อหาของแต่ข้อคำถาม จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์จนมี ความเข้าใจที่ชัดเจนในแต่ละข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

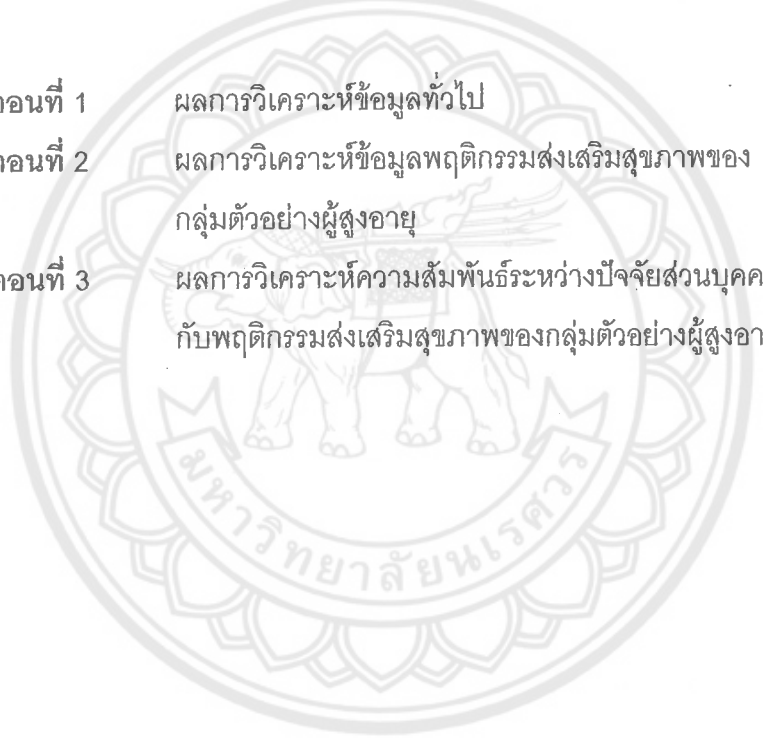
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ จำนวน และร้อยละ
2. ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยใช้จำนวน และร้อยละ
3. ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกโดยรวมและรายด้านวิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย และวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม เกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้จำนวนและร้อยละ
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุใช้ค่าไคส์แควร์ (Chi-square)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอวิบูลย์บุรี จังหวัดพิจิตร โดยผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 
- ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
 - ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 191 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1 - 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 191)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	89	46.60
หญิง	102	53.40
อายุ		
60 - 69 ปี	114	59.69
70 - 79 ปี	71	37.17
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	6	3.14
สถานภาพสมรส		
โสด	12	6.28
สมรสและอยู่ด้วยกัน	129	67.54
ม่าย	47	24.61
สมรสแต่แยกกันอยู่	3	1.57
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	40	20.94
ประถมศึกษา	142	74.35
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	4.71
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	18	9.42
1,001 - 3,000	135	70.68
3,001 - 6,000 บาท	29	15.18
9,001 บาทขึ้นไป	9	4.71

คณะสาธารณสุขศาสตร์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 191)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
ทำงานด้วยตนเอง	109	57.07
บำนาญ/บำเหน็จ	9	4.71
หลายแหล่งรวมกัน	73	38.22
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	165	86.39
ไม่เพียงพอ	26	13.61

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.40 อายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.69 มีการสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.54 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.35 รายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมี รายได้ 1,000-3,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.68 และแหล่งที่มาของรายได้จากการทำงานด้วยตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.07 ในเรื่องความเพียงพอของค่าครองชีพประจำเดือน พบว่ามีความพอเพียงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.93

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพรายข้อ

ภาวะสุขภาพ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน (n = 191)	ร้อยละ	จำนวน (n = 191)	ร้อยละ
1. ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย	69	36.13	122	63.87
2. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก หอบ	55	28.80	136	71.20
3. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง	20	10.47	171	89.53
4. ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ปัสสาวะขัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท้องผูก	31	16.23	160	83.77
5. ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตาเมัว ตาฟาง ตาอักเสบ	87	45.55	104	54.45
6. ปัญหาเกี่ยวกับเหงือก ฟัน	32	16.75	159	83.25
7. ปัญหาเกี่ยวกับหู เช่น หูอื้อ ได้ยินไม่ชัดเจน	32	16.75	159	83.25
8. ปัญหาเกี่ยวกับการไต่กลิ่น	4	2.09	187	97.91
9. ปัญหาเกี่ยวกับการรับรส เช่น ไม่รู้รสชาติอาหาร	12	6.29	179	93.71
10. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวด หลัง ปวดข้อ ปวดเมื่อย	132	69.11	59	30.89
11. ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาตแขน ขา อากาการสั่น เคลื่อนไหวลำบาก	20	10.47	171	89.53
12. ปัญหาเกี่ยวกับความจำ หลงลืม	34	17.80	157	82.20
13. โรคประจำตัว	114	59.69	77	40.31
รู้ภาวะสุขภาพ	Mean	S.D.	Range	
	9.65	2.02	1.00-13.00	

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพรายข้อ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเกี่ยวกับปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด ร้อยละ 69.11 รองมา มีปัญหาการมีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.69 โดยที่โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.00 และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นโรคเรื้อรังอีก เช่น หอบหืด เบาหวาน หัวใจ และถุงลมโป่งพอง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (n = 191)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพระดับดี	57	29.84
ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	98	51.31
ภาวะสุขภาพระดับไม่ดี	36	18.85

จากตารางที่ 3 พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.31 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 18.85



ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนดังแสดงในตารางที่ 4 -10

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	3.91	.29	ดี
งดการดื่มสุรา	3.89	.31	ดี
การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.01	.67	ปรับปรุง
การไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข	2.97	.42	ปรับปรุง
เมื่อพบอาการผิดปกติ			
การซื้อยาชุดมารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย	3.44	.56	ดี
การแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ	2.67	.47	ปรับปรุง
ในการดูแลสุขภาพ			
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวม	3.15	.45	ดี

ตารางที่ 4 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 3.15 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีค่าเฉลี่ยของคะแนนใกล้เคียงกันอยู่ในระดับดีเท่ากับ 3.91 และ 3.89 ตามลำดับ และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.01

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

การออกกำลังกาย	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นาน ครั้งละประมาณ 20-30 นาที	2.18	.39	ปรับปรุง
ในขณะที่ออกกำลังกายท่านรู้สึกสนุก	2.18	.39	ปรับปรุง
ท่านออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสมตามวัย เช่น การรำมวยจีน ไร่ไม่พลอง เดินเล่น	2.18	.39	ปรับปรุง
ท่านผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนหยุดออกกำลังกายแต่ ละครั้งด้วยการบริหารกายช้า ๆ	2.18	.39	ปรับปรุง
ท่านมีการทำให้ร่างกายอบอุ่นก่อนออกกำลังกาย	2.18	.39	ปรับปรุง
การทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องออกแรง เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน ทำนา	3.64	.64	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายโดยรวม	2.42	.43	ปรับปรุง

จากตารางที่ 5 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปรับปรุง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 2.42 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ
พบว่า การออกกำลังกายโดยการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องออกแรง เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน ทำนา มี
ค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.64 และการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายด้วยวิธีการที่
เหมาะสมตามวัย เช่น เดินเล่น รำมวยจีน และอื่น ๆ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์
การอบอุ่น ร่างกายก่อนการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกายมี
ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 2.18

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

โภชนาการ	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เค็ม จัด	2.95	.44	ปรับปรุง
ท่านดื่มเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เช่น นมถั่วเหลือง น้ำ สมุนไพร	2.78	.53	ปรับปรุง
ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เป็นประจำ	3.06	.55	ดี
ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	2.99	.58	ปรับปรุง
ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ตัดมัน หรือไขมันเจือปน	3.03	.62	ดี
ท่านใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร	2.86	.85	ปรับปรุง
ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา	2.61	.61	ปรับปรุง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
ด้านโภชนาการโดยรวม	2.90	.60	ปรับปรุง

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ
อยู่ในระดับปรับปรุง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 2.90 เมื่อจำแนกตามรายชื่อพบว่า
โภชนาการในการรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด
เท่ากับ 3.06 และการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลามีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.61

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	Mean	S.D.	ระดับ
การไปร่วมงานสังคัมต่าง ๆ	3.58	.57	ดี
มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว	3.09	.61	ดี
ช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว	3.12	.68	ดี
การร่วมทำบุญหรือกิจกรรมทางศาสนา	3.28	.58	ดี
มีญาติพี่น้องหรือเพื่อนให้ความช่วยเหลือ เมื่อต้องการ	3.25	.65	ดี
การพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	2.94	.63	ปรับปรุง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวม	3.21	.62	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 3.21 เมื่อจำแนกตามรายชื่อพบว่า ไปร่วมงานสังคัมต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุด 3.58 และ มีการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.94

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ	3.34	.63	ดี
ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่ท่านมุ่งหวังไว้แล้ว	3.35	.65	ดี
ท่านพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.36	.53	ดี
ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ชีวิตท่านมีความสุข	3.23	.60	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณโดยรวม	3.32	.60	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 3.32 เมื่อจำแนกตามรายชื่อพบว่าการพัฒนาด้านจิตวิญญาณในเรื่องมีความพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.36 ท่านท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ท่านมีความสุขมีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.23

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายชื่อ

การจัดการความเครียด	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านพยายามควบคุมใจให้สงบเมื่อเกิด ความเครียด	3.34	.67	ดี
เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ที่อยู่ใกล้ซิด เพื่อระบายความรู้สึก	3.16	.61	ดี
เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านพยายามหาทางแก้ไข เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	3.38	.55	ดี
ท่านสามารถจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมี สติ	3.46	.50	ดี
เมื่อมีเรื่องทุกข์ยากเดือดร้อน ท่านบอกว่าปัญหา ทุกอย่างแก้ไขได้	3.36	0.48	ดี
ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการหางาน อดิเรกทำหรือออกกำลังกาย	3.39	0.49	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
ด้านการจัดการความเครียดโดยรวม	3.34	0.55	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของ
กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมเท่ากับ 3.34 เมื่อจำแนกตามรายชื่อ
พบว่า การจัดการกับความเครียดในเรื่องการเผชิญปัญหาต่าง ๆ อย่างมีความสุข มีค่าเฉลี่ยของ
คะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.46 และจะปรึกษาผู้ที่อยู่ใกล้ซิดเพื่อระบายความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยของ
คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.16

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 191)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.15	.45	ดี
การออกกำลังกาย	2.43	.43	ปรับปรุง
โภชนาการ	2.90	.60	ปรับปรุง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.21	.62	ดี
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.32	.60	ดี
การจัดการกับความเครียด	3.35	.32	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.06	.34	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 3.06 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.35 และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.43

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยา ด้านสังคมวัฒนธรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มี ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 11



ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม						
เพศ						
ชาย (n = 89)	52	27.23	37	19.37		
หญิง (n = 102)	62	32.46	40	20.94		
รวม (n = 191)	114	59.69	77	40.31	0.11	0.7
พฤติกรรมส่งเสริมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
เพศ						
ชาย (n = 89)	50	26.18	39	20.42		
หญิง (n = 102)	72	37.69	30	15.71		
รวม (n = 191)	122	63.87	69	36.13	4.28**	0.0375
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย						
เพศ						
ชาย (n = 89)	10	5.24	79	41.35		
หญิง (n = 102)	27	14.13	75	39.28		
รวม (n = 191)	37	19.37	154	80.63	7.06**	0.0075
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ						
เพศ						
ชาย (n = 89)	19	9.95	70	36.65		
หญิง (n = 102)	29	15.18	73	38.22		
รวม (n = 191)	48	25.13	143	74.87	1.27	0.3

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
เพศ						
ชาย (n = 89)	76	39.79	13	6.81		
หญิง (n = 102)	70	36.35	32	16.75		
รวม (n = 191)	146	76.44	45	23.56	7.42**	0.0075
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาจิตวิญญาณ						
เพศ						
ชาย (n = 89)	53	27.75	36	18.85		
หญิง (n = 102)	65	34.03	56	29.32		
รวม (n = 191)	109	61.78	82	48.17	2.53	0.3
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด						
เพศ						
ชาย (n = 89)	70	36.65	19	9.95		
หญิง (n = 102)	82	49.93	20	10.47		
รวม (n = 191)	113	79.85	78	20.42	0.09	0.7

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม						
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	105	27.23	77	19.37		
ประถมศึกษา (n = 182)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 9)	9	32.46	0	20.94		
รวม (n = 191)	114	59.69	77	40.31	6.06**	0.0175
พฤติกรรมส่งเสริมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	113	59.16	69	36.13		
ประถมศึกษา (n = 182)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 9)	9	4.71	0	0.00		
รวม (n = 191)	122	63.87	69	36.13	5.34	0.0175
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย						
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	33	17.28	149	78.01		
ประถมศึกษา (n = 182)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 9)	4	2.09	5	2.62		
รวม (n = 191)	37	19.37	154	80.63	3.80	0.045
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ						
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	43	22.51	139	36.65		
ประถมศึกษา (n = 182)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 9)	5	12.62	4	38.22		
รวม (n = 191)	48	25.13	143	74.87	4.65**	0.0375

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	138	72.25	44	23.04		
ประถมศึกษา (n = 182)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 9)	8	4.19	1	0.52		
รวม (n = 191)	146	76.44	45	23.56	0.81	0.7
พฤติกรรมส่งเสริมด้านพัฒนาจิตวิญญาณ						
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	101	52.88	81	42.41		
ประถมศึกษา (n = 182)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 9)	8	4.19	1	0.52		
รวม (n = 191)	109	61.78	82	48.17	3.90**	0.055
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด						
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	106	55.50	77	40.31		
ประถมศึกษา (n = 182)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 9)	8	4.19	1	0.52		
รวม (n = 191)	113	59.16	78	40.84	3.40	0.075

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม						
รายได้						
เพียงพอ(n= 165)	104	54.45	61	31.94		
ไม่เพียงพอ (n = 26)	10	5.24	16	8.38		
รวม (n = 191)	114	59.69	77	40.31	5.63**	0.0013
พฤติกรรมส่งเสริมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
รายได้						
เพียงพอ(n= 165)	112	58.64	53	27.75		
ไม่เพียงพอ (n = 26)	10	5.24	16	8.38		
รวม (n = 191)	122	63.87	69	36.13	8.42**	0.005
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย						
รายได้						
เพียงพอ(n= 165)	37	19.37	128	67.01		
ไม่เพียงพอ (n = 26)	0	0.00	26	13.61		
รวม (n = 191)	37	19.37	154	80.63	7.23**	0.0075
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ						
รายได้						
เพียงพอ(n= 165)	41	21.47	124	64.92		
ไม่เพียงพอ (n = 26)	7	3.67	19	9.95		
รวม (n = 191)	48	25.13	143	74.87	0.05	0.7

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
รายได้						
เพียงพอ(n= 165)	132	69.11	33	17.28		
ไม่เพียงพอ (n = 26)	14	7.33	12	6.28		
รวม (n = 191)	146	76.44	45	23.56	8.53**	0.005
พฤติกรรมส่งเสริมด้านพัฒนาจิตวิญญาณ						
รายได้						
เพียงพอ(n= 165)	96	55.50	69	36.13		
ไม่เพียงพอ (n = 26)	13	6.81	13	6.81		
รวม (n = 191)	109	57.07	82	42.93	0.61	0.3
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด						
รายได้						
เพียงพอ(n= 165)	101	52.88	64	33.51		
ไม่เพียงพอ (n = 26)	12	6.28	14	7.33		
รวม (n = 191)	113	59.16	78	40.84	2.11	0.3

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม						
อายุ						
60-69 ปี (n=114)	78	40.84	36	18.85		
70-79 ปี (n=71)	34	17.80	37	19.37		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (n = 6)	2	1.05	4	2.09		
รวม (n = 191)	114	59.68	77	40.31	9.45**	0.0175
พฤติกรรมส่งเสริมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
อายุ						
60-69 ปี (n=114)	99	51.83	51	26.70		
70-79 ปี (n=71)	23	12.04	12	6.28		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (n = 6)	0	0	6	3.14		
รวม (n = 191)	122	63.87	69	36.13	10.95**	0.005
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย						
อายุ						
60-69 ปี (n=114)	29	15.18	85	44.5		
70-79 ปี (n=71)	6	3.14	65	34.03		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (n = 6)	2	1.05	4	2.09		
รวม (n = 191)	37	19.37	154	80.63	8.86**	0.0175
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ						
อายุ						
60-69 ปี (n=114)	25	13.09	89	46.60		
70-79 ปี (n=71)	20	10.47	51	26.70		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (n = 6)	3	1.57	3	1.57		
รวม (n = 191)	48	25.13	143	74.87	2.94	0.3

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
อายุ						
60-69 ปี (n=114)	94	49.21	20	10.47		
70-79 ปี (n=71)	48	25.13	23	12.04		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (n = 6)	4	2.09	2	1.05		
รวม (n = 191)	146	76.44	45	23.56	5.69	0.075
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาจิตวิญญาณ						
อายุ						
60-69 ปี (n=114)	60	31.41	54	28.27		
70-79 ปี (n=71)	43	22.51	28	14.66		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (n = 6)	6	3.14	0	0		
รวม (n = 191)	109	61.78	82	42.93	5.78	0.075
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด						
อายุ						
60-69 ปี (n=114)	67	35.08	47	24.61		
70-79 ปี (n=71)	40	20.94	31	16.23		
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (n = 6)	6	3.14	0	0		
รวม (n = 191)	113	59.16	78	40.84	4.38	0.075

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม						
ภาวะสุขภาพ						
ดี (n=57)	39	20.42	18	9.42		
ปานกลาง (n=98)	59	30.89	39	20.42		
ไม่ดี (n = 36)	16	8.38	20	10.47		
รวม (n = 191)	114	59.68	77	40.31	5.29	0.075
พฤติกรรมส่งเสริมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
ภาวะสุขภาพ						
ดี (n=57)	45	23.56	12	6.28		
ปานกลาง (n=98)	59	30.89	39	20.42		
ไม่ดี (n = 36)	18	9.42	18	9.42		
รวม (n = 191)	122	63.87	69	36.13	9.19**	0.0175
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย						
ภาวะสุขภาพ						
ดี (n=57)	11	5.76	46	24.08		
ปานกลาง (n=98)	23	12.04	75	39.27		
ไม่ดี (n = 36)	3	1.57	33	17.28		
รวม (n = 191)	37	19.37	154	80.63	3.86	0.3
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ						
ภาวะสุขภาพ						
ดี (n=57)	13	6.81	44	20.04		
ปานกลาง (n=98)	29	15.18	69	36.13		
ไม่ดี (n = 36)	6	3.14	30	15.71		
รวม (n = 191)	48	25.13	143	74.87	2.57	0.3

p-value < 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				χ^2	p-value
	ระดับดี		ควรปรับปรุง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
ภาวะสุขภาพ						
ดี (n=57)	49	25.65	8	4.19		
ปานกลาง (n=98)	76	39.79	22	11.52		
ไม่ดี (n = 36)	21	10.99	15	7.85		
รวม (n = 191)	146	76.44	45	23.56	9.49**	0.0175
พฤติกรรมส่งเสริมด้านพัฒนาจิตวิญญาณ						
ภาวะสุขภาพ						
ดี (n=57)	41	21.47	16	8.38		
ปานกลาง (n=98)	49	25.65	49	25.65		
ไม่ดี (n = 36)	19	9.95	17	8.90		
รวม (n = 191)	109	61.78	82	48.17	7.41**	0.0175
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด						
ภาวะสุขภาพ						
ดี (n=57)	31	16.23	47	13.61		
ปานกลาง (n=98)	64	33.51	31	17.80		
ไม่ดี (n = 36)	18	9.42	0	0		
รวม (n = 191)	113	59.16	78	40.84	3.32	0.075

p-value < 0.05

จากตารางที่ 13 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม เมื่อจำแนกตาม รายด้าน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34) และผลการวิเคราะห์รายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ยกเว้นด้านการออกกำลังกายและด้านโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับปรุงแสดงว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในแต่ละเขตพื้นที่มีการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการป้องกันแก้ไขจึงทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและยังมีโครงการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลท่าช้างที่ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อการดำรงภาวะสุขภาพดี (กันยารัตน์ อุบลวรรณ และคณะ, 2544) นอกจากนี้ในแต่ละหมู่บ้านมีชมรมผู้สูงอายุรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันทุกเดือนซึ่งเป็นการส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมีการปฏิบัติธรรมบ่อยครั้งจึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม อีกทั้งเขตพื้นที่ 3 ตำบล ที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่คือตำบลบ้านยาง ท่าช้าง และต้นตาลนี้เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุเกือบทุกรายจะได้รับการดูแลส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากนักศึกษาพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบทมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีเช่นเดียวกับการวิจัยของขวัญใจ ต้นติวัฒน์เสถียร (2534) พบว่าผู้สูงอายุเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีแตกต่างจากผู้สูงอายุในเขต

กรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาทที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ (วรรณิ์ ชัชวาลทิพาทพร และคณะ, 2543)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมี ค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.35 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.32 ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่ยังคงดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน จากผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา สามารถให้การช่วยเหลือครอบครัว มีการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านและร่วมทำกิจกรรมทางสังคมและศาสนากับผู้อื่นแสดงให้เห็นว่าแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยจากวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอชिरบารมี จังหวัดพิจิตร ยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมในลักษณะที่เป็นการสร้างสรรค์ให้แก่สังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity theory) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมักจะดำเนินชีวิตเหมือนกับคนวัยกลางคน และสามารถจะทำกิจกรรมเช่นเดียวกับวัยหนุ่มสาว (Ebersole & Hess, 1981; สุรกุล เจนอบรม, 2534) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุไทยในเขตภาคกลางของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการร่วมทำกิจกรรมทางสังคม

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับควรปรับปรุงมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.43 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในด้านการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 20 - 30 นาที การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและการผ่านคลายหลังออกกำลังกายอยู่ในระดับควรปรับปรุงคือน้อยกว่า 3.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 59.75 ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุและสมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลงตามอายุอาจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และอาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุไม่รู้วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงความต้องการการส่งเสริมในด้านการออกกำลังกายต่อไป ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรีมีการออกกำลังกายในระดับต่ำและการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตภาคกลางประมาณร้อยละ 50 ไม่มีการออกกำลังกาย

นอกจากนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการยังอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ 2.61 รองมาคือ การรับประทานอาหารเคี้ยวเพื่อ

สุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.78 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความเคยชินในการรับประทานอาหาร จึงยากที่จะปรับเปลี่ยนซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคกระเพาะอาหาร

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์รายชื่อในด้านอื่น ๆ พบว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และเป็นที่น่าสังเกตว่า พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีมีคะแนนเฉลี่ยเพียง 2.01 ซึ่งอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง แสดงว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องดังกล่าวยังไม่ถูกต้อง การที่ผู้สูงอายุบางท่านไม่ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ นั้น เพราะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติจึงไม่มาตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2531) กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 80 ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ รายได้และการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอชิรหารมี จังหวัดพิจิตรนั้น พบว่า มีทั้งสนับสนุนสมมติฐานตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและปฏิเสธสมมติฐาน ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม นั่นคือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะดีหรือไม่ดีนั้นไม่ขึ้นกับเพศของผู้สูงอายุซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ศึกษานี้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยครอบคลุมทุกคนและผู้สูงอายุไม่ว่าเพศหญิงหรือชายมีการร่วมกิจกรรมในโครงการผู้สูงอายุทุกครั้ง จึงทำให้ทั้งเพศหญิงและชายมีโอกาสได้รับข้อมูลความรู้ต่างๆ เท่ากัน จึงทำให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลการวิจัยหลายเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันพฤติกรรมสุขภาพหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529; Shamk & Lough, 1985; รจนารถ ร่องลือ, 2536) และผลการวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าเพศ

ชาย และผลการวิจัยของลูคินแลนด์และฮาร์ม (Lookinland & Harm, 1996) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุ พบว่าเพศหญิงออกกำลังกายและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศชาย แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.69 มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับดี อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตและสังคมที่เกิดจากความสูงอายุมากกว่าเพศชายและโดยธรรมชาติของเพศหญิงที่ให้ความสนใจในตนเองมาก (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) ประกอบกับสังคมไทยไม่ยอมรับ ผู้หญิงที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ซึ่งการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับผลการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุอาฟริกันอเมริกา พบว่าเพศหญิงมีการดื่มสุราน้อยกว่าเพศชายแต่ไม่สอดคล้องในเรื่องเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการแสวงหาบริการสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (Weaver & Gary, 1996)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำและกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ย่อมมีความแข็งแรงของร่างกายลดลงจากความเสื่อมสภาพหรือการทำหน้าที่ของเซลล์และอวัยวะต่างๆ ในร่างกายตามวัยและการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวทำให้สมรรถภาพการทำงานหรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันลดลง (ทัศนีย์ ระย้า, 2537) ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลงนี้จึงเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องใช้การออกแรง เช่น การออกกำลังกาย และการเดินทางไปร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมทางศาสนา ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) พบว่าอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยพบว่าอายุ 60-64 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวแอปพาเลเชียน (Appalachian) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Riffle, Yoho & Sams, 1989) แต่ผลการวิจัยนี้ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) และวงษ์เดือน สิริลักษณ์และคณะ (2532) ที่พบว่า ผู้สูงอายุทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความมั่นคงทางจิตวิญญาณและความสามารถในการจัดการกับความเครียดไม่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีโรคประจำตัวที่เพิ่มมากขึ้นกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดและไม่พึงพอใจในชีวิตดังที่ผู้สูงอายุบางท่านกล่าวว่า "แก่แล้วไม่มีอะไรดี" สิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต ไม่อยากที่จะค้นหาความหมายหรือปฏิบัติกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะสุขภาพสูงและกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีนั้นก็มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่าภาวะสุขภาพหรือการรับรู้ในอาการผิดปกติหรือปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะอาการไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วยไม่เป็นสิ่งคุกคามหรือก่อให้เกิดความกลัวและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยครั้งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบันในทางบวกและรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อยในการดูแลสุขภาพตนเอง (Antonacci, 2002) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศที่พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ไพเราะ วรทัต และ สุรัตน์ โสตศิริ, 2539 ; วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543) Riffle, Yoho & Sams, 1989 แต่ผลวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่พบว่าภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เพชร อินทรพานิช, 2536 ; พวงเพ็ญ ฝือกสวัสดิ์, 2537) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพของแคมเบลล์ และครีตเลอร์ (Campbell & Kreidler, 1994) ที่ไม่ได้สนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่า บุคคลที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในทางบวก

เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทางร่างกายหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุและภาวะทางจิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างชัดเจนมากกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านอื่นๆ นั่นคือผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีหรือมีปัญหาสุขภาพน้อยจะสามารถดำรงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น สามารถไปร่วม

กิจกรรมทางสังคมและศาสนาได้และมีความพึงพอใจในชีวิตและกำลังใจที่จะทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตซึ่งสะท้อนถึงความเป็นองค์รวมระหว่างกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณของบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อจำแนกตามรายด้านจะเห็นว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และด้านพัฒนาด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับการศึกษาของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์และผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมักจะมีการรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านความสำเร็จในตนเองสูง (Riffle, Yoho & Sams, 1989) และการศึกษาของพาดูลา (Padula, 1997) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่พบว่า การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทำนองเดียวกับที่ลูคินแลนด์และฮาร์ม (Lookinland & Harm, 1996) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในศูนย์บริการ ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายมากกว่า จากผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับรายได้ของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอส่วนใหญ่ร้อยละ 86.39 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีเพียงร้อยละ 13.61 ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะมุ่งเน้นการทำกิจกรรมเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพและ ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบางอย่างต้องมีค่าใช้จ่าย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม การ

พบปะผู้อื่น เป็นต้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์และผลการศึกษาของ รจนารถ ร่องลือ (2536) และพินดา คุณาธรรม (2538) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ในระดับอื่น ๆ

เมื่อจำแนกวิเคราะห์รายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และความสัมพันธระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ที่มีรายได้พอเพียงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกายในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอไม่มีความวิตกกังวลใจหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจของตนเองเพราะมีเงินเพียงพอที่จัดหาในสิ่งที่ต้องการได้ ทำให้มีชีวิตอย่างสงบสุขหรือพอใจในตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตจำต้องแสวงหาดิ้นรนเพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีพ จึงอาจไม่พึงพอใจในชีวิตและรู้สึกว่าตนเองยังไม่บรรลุหรือประสบความสำเร็จในชีวิต และผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งถึงแม้ว่าภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะพ่องมากขึ้นตามวัย แต่ถ้าหากมีรายได้เพียงพอ นั้นย่อมทำให้สามารถจัดหาอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอในการบริโภคในแต่ละวัน

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยทดสอบกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ที่เสนอว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ รายได้และการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ได้ข้อมูลทั้งในด้านที่เป็นสนับสนุนและขัดแย้งกับข้อเสนอดังกล่าวโดยพบว่า อายุ การศึกษารายได้ และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่เพศ และภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอชирบารมี จังหวัดพิจิตร

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอชирบารมี จังหวัดพิจิตร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอในเขตสถานีอนามัยหนองสะเดา ตำบลบ้านนา อำเภอชирบารมี จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 191 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์มีจำนวน 3 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดได้รับการ

ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับผู้สูงอายุ เขตในจังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะ สุขภาพและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ ผู้วิจัยรวบรวม ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนครบ 191 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ พรรณนาและทดสอบสมมติฐานด้วยไคร์สแควร์ ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.69 สถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.54
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.31 รองมาเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีและไม่ดี ร้อยละ 29.84 และ 18.85 ตามลำดับ
3. กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกายและด้านโภชนาการอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง
4. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการ ออกกำลังกาย และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
5. อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการ ออกกำลังกาย
6. ระดับการศึกษาสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พบว่า ระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ และ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ
7. รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้าน การออกกำลังกาย และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
8. ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อพิจารณาราย ด้านพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริการสุขภาพ

1. จากผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำที่สุด จึงควรมีนโยบายและให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ความรู้และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับควรปรับปรุง จึงควรวางแผนเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารไขมันและอาหารที่มีรสหวาน
3. ควรจัดบริการตรวจสุขภาพในชุมชนให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อการค้นหาโรคเบื้องต้นและการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างไม่มาตรวจสุขภาพประจำปีและเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานเอง
4. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมาก (oldest old) ซึ่งมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง
5. ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพควรมุ่งเน้นในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการมาร่วมกิจกรรมในชุมชน เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อยไม่เพียงพอมีสัดส่วนของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับควรปรับปรุงมากกว่าระดับดี

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ อีก เพื่อยืนยันแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ และควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว และความเชื่อในการปฏิบัติสุขภาพ
2. ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร โดยคำนึงถึงความแตกต่างของอายุ รายได้ และธรรมชาติของผู้สูงอายุ

ด้านการศึกษา

1. นำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอทิวชัยมี ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับกลวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายและการบริโภคที่ถูกต้อง เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติตนจริงสอดคล้องกับปัญหาของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ และคณะ. (2544). ผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ. สระบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- เกษม ตันติผลาชีวะและกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.
- ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศาสตร์จุฬาลงกรณ์, 2(3), 65 - 72.
- คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนไทย. (2532). ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคสำหรับคนไทย. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยปี 2538. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2536). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุไทยให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : ศุภนิชการพิมพ์.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ระย้า. (2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. (2530). ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้นในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ กรุงเทพมหานคร : สมาคมประชากรไทย.

บรรลุ ศิริพานิช. (2531). พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์การพิมพ์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2541). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ประคอง กรรณสูตร. (2530). สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี : ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า.

พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พนิดา คุณานุธรรม. (2538). ทศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิสมัย จันทวิมล. ผู้แปล. (2541). นิยามศัพท์การส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบ.

เพชร อินทรพานิช. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ไพเราะ วรทัต และสุรัตน์ โสตศิริ. (2539). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลคอคโค อำเภอมือ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ, สุรินทร์, บุรีรัมย์, ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2539) : 43-49.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอมือ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รจนารถ ร่วงลือ. (2536). การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง
ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วงเดือน ศิริลักษณ์และคณะ. (2532). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วลัย อินทร์พรรย์. (2530). โภชนบำบัด. กรุงเทพฯ : คณะวิทยาศาสตร์ ประสานมิตร
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 205-203.
- วรรณิ์ ชัชวาลทิพากร และคณะ. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
กรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย,
1 (3 กรกฎาคม - กันยายน) : 4-13.
- วรรณวิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับ
แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะ
สุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัส ลิฬหกุล และณอมขวัญ ทวีบุญ. (2541). โภชนศาสตร์สำหรับพยาบาล เล่ม 1 กรุงเทพฯ :
บุญศิริการพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2533). ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ.
วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21 (1). 1-12.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัด
ลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุข
ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดใส ศรีสะอาด. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัด
อำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). ทฤษฎีการพยาบาลของไอเรม ไน สมจิต หนูเจริญกุล
(บรรณารักษ์), การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. หน้า 1-45,
กรุงเทพมหานคร : บริษัท วิสิฐสินจำกัด.

- สมหมาย วงษ์กระสันต์. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดา วิไลเลิศ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สุรเกียรติ อชานานุภาพ. (2541). วัฒนนาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ. กรุงเทพฯ : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2544). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : งานสำเนาประชากรและเคหะ ฝ่ายสถิติประชากรและเคหะ กองสถิติสังคม.
- Antonacci, C.T. (2002). The effect of health beliefs on health-promoting behavior in the rural elderly. UMI ProQuest Digital Dissertation-Full Citation & Abstract. [Online] Available : <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fulcit/3047720>. [Access Sep 51, 2002]
- Bao, D.G., et. al. (1998)" Effects of dietary fish and weight reduction on ambulatory blood pressure in over weight hypertensives. Hypertension, 32, 710-717.
- Campbell, J & Kreidler, M. (1994). Older adults' perception about wellness. Journal of Holistic health nursing. 12(4) 437-447.
- Deschapms, V. et. al., (2002). Nutritional status of healthy elderly persons living in Dordogne, France, and relation with mortality and cognitive or functional decline. European, Journal of Clinical Nutrition. 56, 305 - 312.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1985)" Toward healthy aging : Human needs and nursing response. St. Louis : C.V. Mosby.
- Evashwick, C.G. & Branch, L.G. Client of the Continuum of care (1987). In Managing the Continuum of Care. Edited by C.G., Evashwick & LIJ., Weiss. Maryland : Aspen publication.

- Jitapunkul, S. & Bunnag, S. (1999). Aging in Thailand. Fact sheet Family planning and population. [Online], ___2 (6 March). Available :
<http://www.anamai.moph.go.th/factsheet/Aging.html>. [2001, December 25]
- Glanz, K; Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (1990)" Health behavior and health education : Theory. Research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Johnson, J.E.; Walde, M. & John, R.G. (1993)" Research consideration stress and perceived health status in the rural elderly. *Journal of Gerontology Nursing*, 19(9): 24-29.
- Kaplan, M.s> et.al., (2001)" Demographic and psychosocial correlates of physical activity in later life. *Am J Prev Med.*, 21(4) : 306 - 312.
- Kart, C.S.; Metress, E.K. & Metress, S.P. (1992). Human aging and chronic illness. Boston : Jones and Bartlett.
- Kleiner, SM> (1998). Strategies for energetic aging. *The Physical and Sportmedicine*, [Online], 26 (11 Nov). Available : <http://www.physportsmed.com/issues/1998/11nov/aging.htm>. [2000, Sep 28].
- Kleiner, S.M. (1999). Water : An essential but overlooked nutrient. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, (2 Feb), 200-206.
- Kart, C.S. ; Metress, E.K. & Metress, S.P. (1996). The development of Taiwanses. *International Journal of Nursing Study*, 33(1) : 29-36.
- Melanson, P. & Downe-Wamboldt,B. (1987). Identification of older adults, perceptions of their health, felling toward their future and factors affecting these fellings. *Journal of Advanced Nursing Science*, 12 : 29-34.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing Concepts of Practice*. 5th ed. St. Louis : Mosby.
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). WHO/HPR/HEP/95.1.WHO, Geneva.
- Padula, C.A. (1997). Predictors of participation in health promotion activities by elderly couples. *Journal of Family Nursing*. 3(1) : 88-106.
- Perry, H.MI (1997). Management of essential hypertension in the elderly. In F.E., Kaiser, J.E., Morley, R.M., Coe. *Cardiovascular in older people*. New York : Springer publishing.
- Pender, N.J. & Pender, A.R. (1987). *Health promotion in nursing practice*, 2nd Edition. Norwalk : Appleton & Lange.

- Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice. 3rd Edition. Stamford :
Appleton & Lange.
- Perissionotto, E., et. al., (2202)" Antropometric measurements in the elderly : age and
gender differences, Br. J. Nutr. 87, (2): 177-186.
- Reiff, T.R. (1987). Water loss in aging and its clinical significance. Geriatrics, 42 (6
June), 55-62.
- Riffle, K.L., Yoho, J. & Sams,J. (1989) Health promiting behavior, perceived social
support, and self [reported health of Appalachian elderly. Public health nursing,
6 (4 December) : 204-211.
- Tilden, V.P. & Weinert C. (1987). Social Support and the chronically ill individual. Nursing
Clinic of North America, 22 (3 September) : 613-619.
- Wang, H. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among three ethnic groups of
elderly rural women in Taiwan. Public Health Nursing, 16 (5), 321 - 328.
- World Health Organization Geniva (1998). The World Health Report 1998 : Life in the 21st
Century : a vision for all, Report of the Director-Geniva. Geniva : World Health
Organization.
- Weaver, G.D. & Gary, L.E. (1996)" Correlates of health-related behaviors in older African
American adults: Implications ofr health promotion. Family & Community Health.
(July) : 43 - 57.



แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างใน

ข้อความต่อไปนี้ให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() คู่ () โสด () หม้าย () สมรสแต่แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () อาชีวศึกษา ()ปริญญาตรี
5. รายได้ (ต่อเดือน)
() ต่ำกว่า 1,000 บาท () 1,001 - 3,000 บาท () 3,001 - 6,000 บาท
() 6,001 - 9,000 บาท () 9,001 บาทขึ้นไป
6. แหล่งที่มาของรายได้
() ทำงานด้วยตนเอง () คู่สมรส () ค่าเช่า
() บำนาญ / บำเหน็จ () บุตรหลาน () เงินสะสม / มรดก
() หลายแหล่งรวมกัน ระบุ.....
7. ความเพียงพอของค่าครองชีพประจำเดือน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

ตอนที่ 2

แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์

ท่านมีอาการหรือปัญหาสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาดังต่อไปนี้หรือไม่

อาการปัญหาสุขภาพ	มี อาการ ป่วย	ไม่มี อาการ ป่วย
1. ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย		
2. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก หอบ		
3. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง		
4. ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ปัสสาวะขัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท้องผูก		
5. ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ตาฟาง ตาอักเสบ		
6. ปัญหาเกี่ยวกับเหงือก ฟัน		
7. ปัญหาเกี่ยวกับหู เช่น หูอื้อ ได้ยินไม่ชัดเจน		
8. ปัญหาเกี่ยวกับการได้กลิ่น		
9. ปัญหาเกี่ยวกับการรับรส เช่น ไม่รู้รสชาติอาหาร ขมปาก		
10. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ ปวดเมื่อย		
11. ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาตแขนขา อาการสั่น เคลื่อนไหวลำบาก		
12. ปัญหาเกี่ยวกับความจำ หลงลืม		
13. โรคประจำตัว ระบุ.....		

ตอนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่แสดงถึงระดับการมีพฤติกรรมสุขภาพตามความเป็นจริง โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

สม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ หรือทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นบ่อยครั้ง หรือเกือบทุกวัน

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือบางวันเท่านั้น

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ				
1. ท่านสูบบุหรี่				
2. ท่านดื่มสุรา				
3. ท่านไปตรวจสุขภาพเพื่อหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
4. ท่านไปพบบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุข 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. ท่านผ่อนคลายนกล้ามเนื้อก่อนหยุดออกกำลังกายแต่ละครั้งด้วยการบริหารกายช้า ๆ				
11. ท่านมีการทำให้ร่างกายอบอุ่นก่อนออกกำลังกาย				

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
12. ท่านออกแรงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน				
โภชนาการ				
13. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เค็มจัด				
14. ท่านดื่มเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เช่น นมถั่วเหลือง น้ำ สมุนไพร				
15. ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เป็นประจำ				
16. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว				
17. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมัน หรือ ไขมันเจือปน				
18. ท่านใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร				
19. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา				
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
20. ท่านไปร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ				
21. ท่านพูดคุยปรึกษาหารือ ร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ ของสมาชิกในครอบครัว				
22. ท่านมีโอกาสช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้				
23. ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่น ๆ ทางศาสนา				
24.ญาติพี่น้องหรือเพื่อนใกล้ชิดให้ความสนใจและยินดีให้ ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ				
25. ท่านพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				

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

การหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบัต

ใช้ในกรณีการสร้างเครื่องมือให้คะแนนเป็นแบบจัดอันดับหรือมาตราส่วนประมาณค่า
ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$\text{สูตร} \quad \text{ค่าความเชื่อมั่น} = \frac{k}{k-1} \left(\frac{\sum S_i^2}{S_i^2} \right)$$

ขั้นที่ 1 หาค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมรายข้อ

$$\begin{aligned} S_i^2 &= \frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)} \\ &= \frac{30(342,088) - (3196)^2}{30(30-1)} \end{aligned}$$

ดังนั้นค่าความแปรปรวน = 53.64

ขั้นที่ 2 หาค่าผลรวมของความแปรปรวนรายข้อ

$$\begin{aligned} S_i^2 &= \frac{n \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2}{n(n-1)} \\ &= 10.27 \end{aligned}$$

ขั้นที่ 3 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

$$\begin{aligned} \text{สูตร} \quad \text{ค่าความเชื่อมั่น} &= \frac{k}{k-1} \left(\frac{\sum S_i^2}{S_i^2} \right) \\ \text{ค่าความเชื่อมั่น} &= \frac{30}{30-1} \left(\frac{10.27}{53.64} \right) \\ \text{ค่าความเชื่อมั่น} &= 0.84 \end{aligned}$$