

ห้องอ่านหนังสือ
คณะสาธารณสุขศาสตร์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังงาม
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก



จรีพร เพ็ชรอ่อน
ทิพย์ยุพา พิศอ่อน
ยุทฐภูมิ วิจารณ์พล
รัตนวดี ทองบัวบาน
วนิดา บัวกล้า

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน... 2 S.A. 2552
หมายเลข bib... 6.2638112
หมายเลข item... 1.480580X
เลขเรียกหนังสือ... WA20.5

พ434

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา การวิจัยทางสุขภาพ (551461) 2548

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2548

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นิทร ทวีธีระวุฒิมังษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัย ที่ได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งคณาจารย์ผู้สอนทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ แนะนำแนวทาง จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสร็จสมบูรณ์ได้

ขอขอบพระคุณ คุณวลัยภรณ์ ทองบัวบาน หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลวังงาม และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้สละเวลาเอื้อเฟื้อข้อมูล ให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานให้การเก็บข้อมูลเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว เรียบร้อย

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุตำบลวังงามทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี และให้ความรู้ ข้อมูลของชุมชน แก่คณะผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณศุภาพิชญ์ มีขันหมาก ที่ได้ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง และช่วยเหลือในการค้นหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับในการทำวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

คณะผู้วิจัย

ชื่อเรื่อง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลจี่งวาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
ชื่อผู้วิจัย	จรีพร เพ็ชรอ่อน (ส.บ.) ทิพย์ยุพา พิศอ่อน (ส.บ.) ยุทธภูมิ วิจารณ์พล(ส.บ.) รัตนาดี ทองบัวบาน(ส.บ.) วนิดา บัวกล้า(ส.บ.)
ที่ปรึกษา	อาจารย์นิทรากิจธีระวุฒิมิวงษ์
ประเภทสารนิพนธ์	รายงานการศึกษาวิจัยทางสุขภาพ สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต(ต่อเนื่อง 2 ปี) มหาวิทยาลัยนเรศวร, (2548)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลจี่งวาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล
ปกติจำนวน 183 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2549 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตาม
คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ของ
ผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุและ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณา
รายด้านทั้งหกด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพ
ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านกิจกรรมทางกายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

สารบัญ

หน้า

บทที่

1. บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	6
แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ.....	15
รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26

3. วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36

4. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล.....	37
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	42

5. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....

บรรณานุกรม.....	56
-----------------	----

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์.....	62
--------------------------	----

ประวัติผู้วิจัย.....	69
----------------------	----

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามหมู่บ้าน.....	33
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของตัวอย่าง.....	38
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	42
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพจำแนกตามรายข้อ.....	43
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจำแนกตามรายข้อ.....	44
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านการออกกำลังกายจำแนกตามรายข้อ.....	45
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านโภชนาการจำแนกตามรายข้อ.....	46
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณจำแนกตามรายข้อ.....	47
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดจำแนกตามรายข้อ.....	48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงอายุของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ จากการสำรวจประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวนเพิ่มขึ้นจาก 3.9 ล้านคนในปี ค.ศ.1990 เป็น 9.9 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนี้ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้มีรายงานว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยก็มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข จากรายงานของสถาบันประชากรและการพัฒนา พบว่าประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ย 72 ปี โดยเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 74 ปี และเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 70 ปี จำนวนผู้สูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพ เนื่องจากความชุกของภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้น โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อเสื่อม จากสถิติสาธารณสุขพบว่า อัตราตายของโรคความดันโลหิตสูงขึ้นจาก 5.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 5.4 ในปี พ.ศ. 2540 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราตายมากที่สุด โรคเบาหวานมีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 33.3 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2528 เป็น 147.2 ในปี พ.ศ. 2540 เช่นเดียวกับโรคหัวใจ พบว่ามีอัตราตายเพิ่มจาก 2.5 ต่อประชากรแสนคน เป็น 3.2 ต่อประชากรแสนคน โดยพบในกลุ่มผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มวัยทำงาน อีกทั้งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายและระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผิวหนังที่เหี่ยวลง ระบบประสาททำงานเสื่อมลง ตา หู คอ จมูก ก็ทำงานเสื่อมลง ระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจก็เสื่อมสภาพลง มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระดูก คือ เปราะหักง่ายขึ้น เซลล์กล้ามเนื้อมีขนาดเล็กลง ต่อมไร้ท่อต่างๆ ผลิตภัณฑ์อินต่าลง เนื่องจากต่อมฝ่อเล็กลง อวัยวะต่างๆ เหล่านี้ ถ้าไม่มีการยับยั้งก็จะดำเนินต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่สำคัญคือภาวะซึมเศร้า

ซึ่งเกิดจากการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรสและเพื่อน รวมทั้งการขาดรายได้ (Ebersole & Hess, 1998) นอกจากนี้จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม เช่น การมีบทบาทของความเป็นผู้นำในครอบครัวน้อยลง การเกษียณอายุงาน เป็นต้น จากปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริหารทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนับวันจะทวีขนาดและความรุนแรงมากขึ้น เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา หากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือป้องกัน ในอนาคตมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท เพราะสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ครอบครัวขยายมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่เคยได้รับการดูแลโดยบุตรหลานในครอบครัวก็เปลี่ยนไป เพราะเมื่อเข้าสู่วัยทำงาน บุตรหลานส่วนใหญ่จะเข้าไปทำงานในกรุงเทพฯ หรือต่างท้องที่ โดยทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยก็ขาดคนดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะการที่จะดำรงสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องอาศัยปัจจัยทั้งทางชีววิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพ ดังที่เพนเดอร์ได้กล่าวไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility), กิจกรรมทางกาย (physical activity), โภชนาการ (nutrition), ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations), การเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (stress management) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังในการเพิ่มระดับภาวะสุขภาพ ความผาสุก และเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เพราะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะทำให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน (ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย) การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่าย จะต้องเข้ามาร่วมมือกัน อย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยเน้นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในเรื่องของการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู และรักษาสุขภาพของตนเอง

เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น มีสุขภาพสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า และมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของประชากรทั้งหมดพบว่า อัตราผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2545 , 2546 และ 2547 มีจำนวนร้อยละ 11.37, 11.43 และ 11.60 ตามลำดับของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2548) และจังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาบริการในระดับปฐมภูมิ โดยจัดตั้งสถานีอนามัยประจำตำบลจี่งวาม เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่เน้นการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุม 7 หมู่บ้าน 761 ครัวเรือน จำนวนประชากรทั้งหมด 3,553 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 337 คน คิดเป็น 9.48% ของจำนวนประชากรทั้งหมด และสถิติโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลจี่งวามมีจำนวนทั้งสิ้น 140 คน คิดเป็น 41.54% ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลจี่งวาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท ผู้สูงอายุมีความหลากหลายในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งเริ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยจึงอยากทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจะทำการศึกษาจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อที่จะได้นำไปเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทาง และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลจี่งวาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ซึ่งได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมทางกาย (physical activity) โภชนาการ (nutrition) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations)

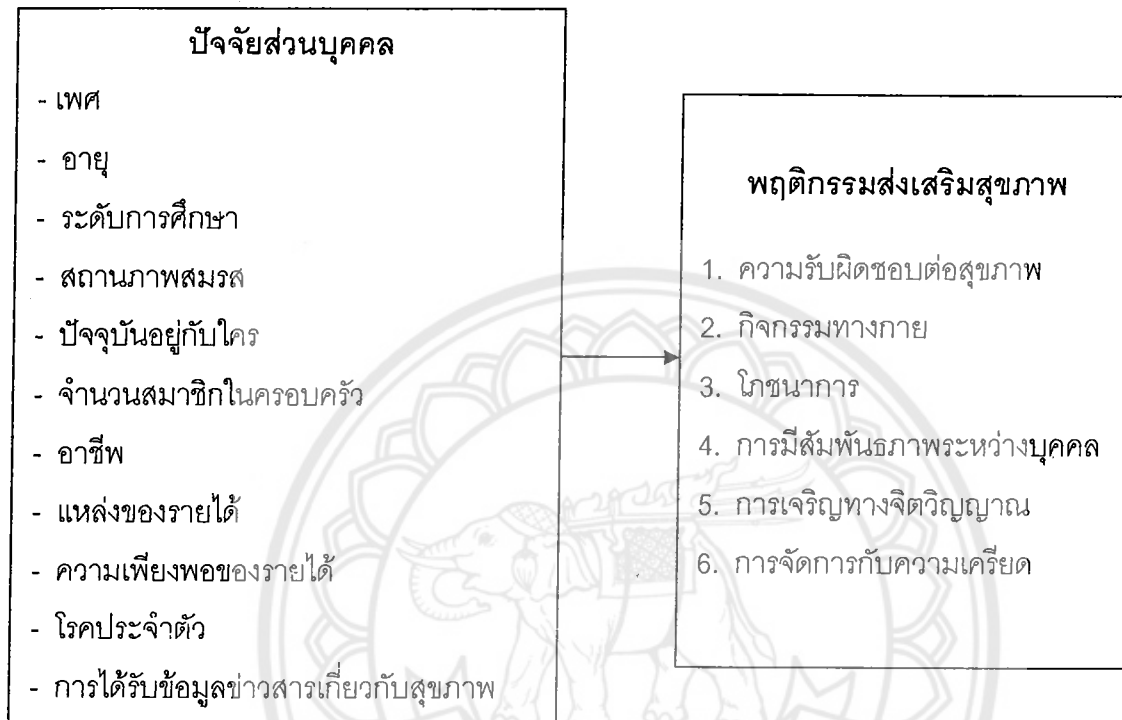
การเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (stress management) ของผู้สูงอายุในตำบลวังงาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริง ในตำบลวังงาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมหรือนิสัยการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่ปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยมีผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านบวกประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของ ปานทิพย์ ประเสริฐผล (และคณะ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลวังงาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ทฤษฎีความสูงอายุ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติเมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย ได้ให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุว่า หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชายและได้กำหนดเป็นมาตรฐานทั่วโลก แต่การกำหนดความเป็นผู้สูงอายุโดยใช้อายุตามเกณฑ์นี้ อาจมีความแตกต่างกันบ้างในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา และแคนาดา ที่กำหนดให้บุคคลเกษียณอายุการทำงาน เมื่ออายุ 65 ปี โดยเห็นว่าเป็นช่วงอายุที่สมควรได้รับผลตอบแทนจากเงินบำนาญและสิทธิประโยชน์อื่น ๆ และถือว่าผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ นอกจากการกำหนดวัยผู้สูงอายุแล้ว ยังได้แบ่งวัยผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ ดังนี้

ผู้สูงอายุวัยต้น (Early old age)	มีอายุระหว่าง 50 – 74 ปี
ผู้สูงอายุวัยกลางคน(Middle old age)	มีอายุระหว่าง 75 – 84 ปี
ผู้สูงอายุตอนปลาย(Late old age)	มีอายุระหว่าง 85 ปี

1.2 ทฤษฎีความสูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีผู้อธิบายสาเหตุของกระบวนการสูงอายุไว้แตกต่างกัน สรุปเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1.2.1 ทฤษฎีทางชีวภาพ เป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐานของยีน (Gene) การเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์และเนื้อเยื่อ กลุ่มนี้เชื่อว่า สาเหตุของกระบวนการสูงอายุ คือ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) กล่าวว่า อนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายที่สำคัญ คือ อนุมูลอิสระที่เกิดจากการใช้ออกซิเจนในร่างกาย เมื่อกลไกสำหรับการป้องกันลดลง เช่น การขาดวิตามินอี การขาดสารกลูตาไทโอน หรือการขาดเอนไซม์เอสไอดี(S.O.D=Super oxide dismutase) และอื่นๆ พวกอนุมูลอิสระจะทำอันตรายต่อเซลล์และผลสุดท้ายหรือเนื้อเยื่อก็ตายไป

1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา กลุ่มนี้ประกอบด้วย 2 แนวคิด กลุ่มแรก คือ กลุ่มทฤษฎีบุคลิกภาพ(personality theory) กลุ่มนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้สูงอายุเอง ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรัก รักคนอื่นและเห็นความสำคัญของคนอื่น ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข อีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มทฤษฎีความปราดเปรื่อง (intelligent theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีความปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนอยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะต้องมีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี (Esobersole & Hess, 1981 อ้างใน ละออง สุวิทยาภรณ์, 2534; 15-16)

1.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ที่สำคัญ ที่สำคัญมีอยู่ 2 แนวคิด กลุ่มแรก คือ ทฤษฎีไร้ภาวะผูกพัน(disengagement theory) ทฤษฎีนี้ยอมรับให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้ว บุตรหลานและชุมชนจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลงก็ควรทำใจ อีกกลุ่มหนึ่งคือ ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้เห็นว่าแม้จะรู้ว่าสังคมและบุตรหลานให้ความสนใจน้อยลงก็อย่าไปสนใจ ให้ทำตัวเป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลิน จงพอใจชีวิต และพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี(บริบูรณ์ พรพิบูรณ์ อ้างในสุจิตรา นิลเลิศ, 2539 : 11-12)

แนวคิดทฤษฎีทั้ง 3 กลุ่มได้พยายามอธิบายกระบวนการสูงอายุในมุมมองที่ต่างกัน ทฤษฎีอนุมูลอิสระเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งของความชรา เนื่องจากอนุมูลอิสระ สำหรับทฤษฎีการไร้ภาวะผูกพันและทฤษฎีกิจกรรมมองว่า การที่ผู้สูงอายุมีความสุขได้ ด้านหนึ่งผู้สูงอายุต้องรู้จักปลงและทำใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในอีกด้านหนึ่งทฤษฎีกิจกรรมได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นตัวของตัวเอง หากิจกรรมหรืองานอดิเรกทำให้เพลิดเพลิน เป็นการทำตัวเองไม่ให้อ้าง ความคิดไม่ฟุ้งซ่านเกิดความสุขจากการทำงาน ความเครียดย่อมลดลง ความสามารถในการพึ่งตนเองได้ของผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตนั้นปลายได้อย่างมีความสุข

1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

มนุษย์ทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย สภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมวัยผู้สูงอายุ จะมีความเปลี่ยนแปลงไปจากวันอื่น เนื่องจากมีความเชื่อมั่นในการทำงานในระบบต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะระบบผิวหนัง ระบบประสาทและสัมผัส ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบการหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะดำเนินไปอย่างช้าๆ

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

- ระบบผิวหนัง (integumentary system)

ผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยว และมีรอยย่นมากขึ้น ไขมันใต้ผิวหนังลดลงทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับถ่ายเหงื่อได้จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลามีอากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงานน้อยลง ผิวแห้งและแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีผิวทำงานลดลงแต่มีรงควัตถุสะสมเป็นแห่งๆ ทำให้มีจุดน้ำตาลไปทั่วตัว ผมหงอกและขนทั่วไปสีจางลงหรือมีสีขาว และมีจำนวนลดลง การรับรู้ต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเพื่อน และความเจ็บปวด ที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น(วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2543) :หน้า 1)

- ระบบประสาทและประสาทสัมผัส(nervous system and special senses)

ขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความทรงจำโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆแต่ความสามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

การมองเห็นไม่ดี รูม่านตาเล็กลงปฏิบัติการตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง หนังตาตก แก้วตาขุ่นมัว เกิดต้อกระจก รอบๆกระจกตามีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาว หรือเทา ลานสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัดเจน การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี ต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในชั้นหูในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงหูจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปเพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว มีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ และการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมารับรสทำหน้าทีลดลง โดยทั่วไปการรับรสนานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดความเบื่ออาหาร(วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2543) :หน้า 2)

- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก(musculoskeletal system)

กล้ามเนื้อ จำนวนเส้นใยกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อจะลดลง เนื่องจากการสร้างเนื้อเยื่อลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก็ลดลงเช่นเดียวกันในขณะที่กล้ามเนื้อมีขนาดเล็กลง แต่การขับถ่ายของเสียในกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ง่าย ความอ่อนไหวและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

กระดูก กระดูกพรุน และเปราะง่าย มวลกระดูกลดลง มีการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น โดยเฉพาะในสตรีหลังหมดประจำเดือน ส่วนโค้งของกระดูกสันหลังเปลี่ยนไปทำให้หลังงอ ความยืดหยุ่นของการเคลื่อนไหวข้อต่อลดลง

ผลที่ตามมาคือ กระดูกหักง่าย ควรระวังอย่างยิ่งเรื่องการหกล้ม เพราะนอกจากกระดูกจะหักง่ายแล้วการติดของกระดูกจะช้าด้วย เนื่องจากการเจริญของเซลล์กระดูกช้าลง ข้อติดแข็งได้ง่าย หากไม่มีการเคลื่อนไหว การบริหารข้อต่อต่างๆ จึงสำคัญยิ่ง(รศ.เจียมจิต แสงสุวรรณ ; ผศ.พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และบรรณาธิการ. (2544) : หน้า 13)

- ระบบไหลเวียนโลหิต(cardiovascular system)

ขนาดของหัวใจอาจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำล้างการหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที ลดลงประมาณ 1 % ต่อปี กำล้างสำรองของหัวใจลดลง จึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่ายกล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการส่งไฟฟ้าของหัวใจไม่ดี เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเกิดการปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าของหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้

หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์เปราะและเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง เป็นผลให้เกิดการตายและการเสื่อมของอวัยวะต่างๆได้

จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจเกิดโรคแพ้ภูมิตนเองมากขึ้น(วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2543) : หน้า 3)

- ระบบทางเดินหายใจ(respiratory system)

ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลงผนังทรวงอกแข็งแรงขึ้น ขยายตัวได้น้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง การขยายและหดของปอดลดลง ทำให้อาการหายใจลำบากได้ง่าย

จำนวนถุงลดลงแต่ขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลงร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง

สำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขนตลอดทางเดินหายใจลดลง การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงมีความไวลดลง รีเฟล็กการขย้อนและรีเฟล็กการลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่ดี จึงเกิดการสำลักและติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย(วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2543) : หน้า 3)

- ระบบทางเดินอาหาร(digestive system)

ฟันของผู้สูงอายุมักไม่ค่อยดี เคลือบฟันจะมีสีคล้ำขึ้นและเบาบาง แตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอพกรันลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมีฟัน ต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ทำให้เกิดภาวะขาดอาหาร ต่อม้ำลายทำงานน้อยลง การผลิตน้ำลายและเอนไซม์ลดลง การกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้นและปากแห้ง เกิดการติดเชื้อทางปากได้

การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง และหลอดอาหารกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้า กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกและเกิดอาการสำลักได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารที่อยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อทางเดินอาหารเสื่อมลง ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหาร กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้

ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำลายพิษของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลง แต่ระดับคอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง การผลิตฮอร์โมนลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ยังมีเพียงพอต่อความต้องการ(วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2543) :หน้า 3 - 4)

- ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์(genitorinary system)

ไตมีขนาดเล็กลง เมื่ออายุ 75 ปี การทำงานของไตจะลดลงร้อยละ 40-60 การไหลเวียนโลหิตไปยังไตลดลงร้อยละ 50 จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่สมดุลของความเป็นกรดเป็นด่าง อิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย กล้ามเนื้อในการควบคุมหลอดเสื่อมสภาพ ทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย หากมีการค้างของปัสสาวะนานจะมีปัญหาติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ทั้งเพศหญิงเพศชายจะมีความเสื่อมของระบบสืบพันธุ์ อันเนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลง

ในหญิงขนาดของรังไข่ และมดลูกจะลีบเล็กลง เซลล์เยื่อช่องคลอดบางลง ทำให้มีอาการคันและระคายเคืองเยื่อช่องคลอดเพิ่มขึ้น ความชุ่มชื้นของช่องคลอดลดลง รวมถึงความยืดหยุ่นของผนังช่องคลอดลดลงเช่นกัน เหตุปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ และเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ บ่อยครั้งพบว่าสตรีสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะมดลูกหย่อนหรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “กระบังลมเคลื่อน-กระบังลมหย่อน” ได้ง่ายโดยเฉพาะสตรีที่มีบุตรมาก

ในผู้ชายมักมีปัญหาต่อมลูกหมากโต ขนาดอวัยวะเล็กลง การหลั่งน้ำอสุจิจำ แต่ยังมีเพศสัมพันธ์ได้ ในรายที่มีต่อมลูกหมากโตจะทำให้มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะลำบาก บ่อย กระปริดกะปรอย ในส่วนเพศสัมพันธ์ จะมีปัญหาอวัยวะเพศแข็งตัวช้า อ่อนตัวเร็ว และสมรรถภาพทางเพศลดลง(รศ.เจียมจิต แสงสุวรรณ ; ผศ.พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และบรรณาธิการ. (2544) : หน้า 15)

- ระบบต่อมไร้ท่อ(endocrine system)

จำนวนเซลล์และขนาดต่อมไร้ท่อต่างๆ มีขนาดเล็กลง ทำให้มีแนวโน้มจะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อได้ง่าย(เช่น เบาหวาน) อัตราการเผาผลาญอาหารของร่างกายลดลง ทำให้อ้วนง่าย ความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลง เพราะอะดรีนาลีนลดลงทำให้หงุดหงิดง่าย ใจน้อย อุณหภูมิของร่างกายลดลงทำให้ขี้หนาว สารคัดหลั่งบริเวณช่องคลอดแห้งและติดเชื้อง่าย ในผู้ชายการหลั่งอสุจิจะช้าลงและมีจำนวนน้อย เนื่องจากฮอร์โมนเพศลดลง(รศ.เจียมจิต แสงสุวรรณ ; ผศ.พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และบรรณาธิการ. (2544) : หน้า 14)

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

อีริกสัน (Erikson อังโน ศรีเรื่อน แก้วกังวาน, 2536) กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นระยะที่รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีคุณค่าหรือสิ้นหวัง โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีคุณค่า คือผู้ที่มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขความสำเร็จ มีความเจริญก้าวหน้า แสดงโดยมีความเฉลียวฉลาด เข้าใจโลกเข้าใจตนเอง ยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงข้ามกับคนที่ไม่ยอมรับจะมีความรู้สึกว่าคุณค่ามีโอกาสเลือกได้น้อย ต้องการให้ชีวิตให้ยืนยาวต่อไป เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง คับข้องใจรู้สึกว่าตนเอง

ไร้ค่า ความสามารถที่จะเผชิญกับความสูงอายุลดน้อยลง ในช่วงระยะนี้ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต เพื่อนฝูง การเปลี่ยนแปลงทางสถานะภาพทางครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจ หวาดระแวงเรื่องความเจ็บป่วย กลัวความตาย กลัวถูกทอดทิ้ง ซึมเศร้า หมดกำลังใจ ว้าเหว่ วิตกกังวล โกรธง่าย ใจน้อย และเรียกร้องความสนใจ (กัญญา ชื่นอารมณ์, จรวยพร ทะแกล้วยพันธุ์ และอัจฉรา สิทธิรักษ์ (2543) : หน้า 8-9)

ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆยาก เพราะไม่ มีความมั่นใจในการปรับตัว
2. การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิด โกรธง่าย และ ซึมเศร้า
3. ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลงผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่า เรื่อง ของผู้อื่น
4. การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบกับผู้อื่น พึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง
5. ยอมรับสภาพของการเข้าวัยสูงอายุ จะใช้เวลาใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติตามคำสอนใน ศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . (2542) : หน้า 77-132)

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การสูญเสียบทบาทหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญเช่นเดิม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาอาศัยครอบครัวหรือผู้อื่น จะรู้สึกว่าตนเองเป็นปัญหาหรือเป็นภาระ

การเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรม การอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ ของวัยหนุ่มสาว ส่งให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ต้องดูแลตนเอง

การเปลี่ยนแปลงค่านิยมตามแบบสังคมตะวันตก เกิดการเสื่อมความเคารพผู้สูงอายุ คิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันเหตุการณ์ เกิดความคิดว่าผู้สูงอายุอยู่ส่วนผู้สูงอายุ (พญ.วันดี โภคะกุล ; นส.สมจินต์ โฉมวัฒน์ชัย ; นส.พวงงาม อุ่นมานิช ; นส.วิภาพรรณ สุวรรณณะชฎ ; นางวัชรพร พรหมหาญ และนางลดาวัลย์ พรหมเสนา. (2547) : หน้า 9

1.3.4. การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทางลดอัตราความเจริญลงสู่ความเสื่อม

ทำให้ให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะสุขภาพตามแนวคิดของเฮนเดอร์สัน (Handerson, 1978) จะกล่าวถึงความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการขั้นพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากแนวคิดของเฮนเดอร์สัน การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (กัญญา ชื่นอารมณ์. จรวยพร ทะแก้วพันธุ์ และอัจฉรา สิริรักษ์ (2543) : หน้า10) มีดังต่อไปนี้

1. การหายใจ ความสามารถในการหายใจของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากการทำงานของเซลล์ขนกวัด (cilia) ในทางเดินหายใจลดลง ประสิทธิภาพการไอจึงลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงผิดปกติไป ทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย นอกจากนี้ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดจะลดลง ทำให้ความยอมตามของปอด(lung compliance) ลดลง ปอดขยายและหดตัวได้ไม่เต็มที่ การระบายอากาศและความจุของปอดน้อย กระดูกอ่อนบริเวณชายโครงจะมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง และมีการหายใจลำบาก(กัญญา ชื่นอารมณ์. จรวยพร ทะแก้วพันธุ์ และอัจฉรา สิริรักษ์ (2543) : หน้า10)
2. การรับประทานอาหาร ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจาก ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง ผุ หัก หลุด ทำให้เคี้ยวไม่สะดวก มีภาวะเบื่ออาหารเนื่องจากประสาทสัมผัสรับรสเสียไป
3. การขบเคี้ยว ผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลงประกบกับกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก แต่อาจพบว่ากล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักหย่อนตัว เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ถ่ายกระปริดกระปอย นอกจากนี้ในเพศชายต่อมลูกหมากอาจโตขึ้น ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย และในเพศหญิงกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานจะหย่อนตัวทำให้มดลูกหย่อนตัวไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้
4. การเคลื่อนไหวและการดำรงไว้ซึ่งรูปร่างตามที่ควรจะเป็น ผู้สูงอายุการทำงานของระบบประสาทลดประสิทธิภาพลง ประกอบกับขนาดและสภาพกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆได้ช้าทรงตัวไม่ค่อยอยู่การทำงานจากระบบต่างๆไม่สัมพันธ์กัน
5. การนอนหลับ ผู้สูงอายุจะตื่นบ่อยและต้องใช้เวลา นานกว่าจะหลับ ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับและนอนไม่เพียงพอ
6. การดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติของร่างกาย ผู้สูงอายุผิวหนังจะบางและทนต่อความหนาวเย็นได้น้อย เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลงไม่สามารถขับเหงื่อได้ตามปกติการระบายความร้อนจึงไม่ดี
7. การรักษาความสะอาดของร่างกาย และการแต่งกายของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากการ

ทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อลดประสิทธิภาพลง เคลื่อนไหวทำภารกิจต่างๆได้ไม่สะดวก

8. ผู้สูงอายุประสาทตาจะมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง สายตายาว พาร์มาว ประกอบกับการเคลื่อนไหวไม่สะดวก ระบบประสาทสัมผัสลดประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อการเกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมต่างๆและการได้รับการบาดเจ็บจากผู้อื่นได้ง่าย

9. การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ในผู้สูงอายุความสามารถในการได้ยินลดลง เนื่องจากมีภาวะหูตึง อันเนื่องมาจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในร่วมกับประสาทคู่ที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่ในการได้ยิน สูญเสียทำให้ความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นลง

10. การให้ความเคารพนับถือในความเชื่อหรือลัทธิศาสนาของผู้อื่น ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในวัยที่ต้องประสบกับความสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย การสูญเสียอิสรภาพในการช่วยเหลือหรือการเป็นตัวของตัวเอง การสูญเสียบุคคลต่างๆ หากไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับการสูญเสียดังกล่าว อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและไม่ให้ความนับถือในความเชื่อหรือลัทธิศาสนาของผู้อื่น

11. การปรารถนาที่จะทำงานให้สำเร็จ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ประสบกับความสูญเสียในเรื่องต่างๆมามากมาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกซึมเศร้ารู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงหมดกำลังใจท้อแท้ในการทำกิจกรรมต่างๆให้สำเร็จได้

13. การสังสรรค์และการพักผ่อนหย่อนใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกเจียบเหงา โดดเดี่ยว คิดว่าสังคมทอดทิ้งทำให้ไม่สนใจที่จะหาโอกาสในการสังสรรค์และแสวงหาการพักผ่อนหย่อนใจ

14. การศึกษาค้นคว้าที่จะนำไปสู่ความมีสุขภาพดี ในผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพทางร่างกายและระบบประสาทต่างๆเสื่อมประสิทธิภาพลงจึงทำให้ส่งผลต่อการค้นคว้าข้อมูลต่างๆเพื่อนำมาใช้เพื่อสุขภาพที่ดี

เห็นได้ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางลดอัตราความเจริญงอกงามสู่ความเสื่อม ทำให้ความสามารถหรือประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะต่างๆในร่างกายลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อจิตใจและสถานะภาพทางสังคมของผู้สูงอายุด้วย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าความสามารถทางด้านร่างกายลดลง อาจมีอาการซึมเศร้าแยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามความต้องการขั้นพื้นฐานลดลงด้วย (กัญญา ชื่นอารมณ. จรวยพร ทะแกลั้วพันธุ์ และอัจฉรา สิทธิรักษ์ (2543) : หน้า12)

การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีดังนี้

- โรคหัวใจ
- โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด
- โรคข้อเข่าเสื่อมและโรคกระดูกพรุน
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- โรคในช่องปาก เช่นโรคปริทันต์ โรคฟันผุ
- โรคตา
- โรคระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะ
- โรคมะเร็ง

กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

- ปวดตามข้อ
- ปวดหลัง – ปวดเอว
- ปัญหาด้านสุขภาพจิต
- อาการชี่หลังขี้ลืม
- หน้ามืด วิงเวียน เป็นลม
- นอนไม่หลับ

รวมทั้งปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้วยสรีระร่างกายที่เสื่อมลง ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และความรู้สึททางเพศ ที่มีสมรรถภาพลดลงอีกด้วย

2.แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพในยุคปัจจุบัน ซึ่งแตกต่างจากจุดเด่นของการดูแลสุขภาพในอดีตที่เน้นการป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนวิถีชีวิต สภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541)

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประชาชนไทย มีผลกระทบมาจากปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อม และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้เกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ ยาเสพติด สุขภาพจิต สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ดังนั้น การที่ประชาชนไทยจะมีสุขภาพที่ดีใน

อนาคตได้จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีงาม (วาระสารเพื่อนสุขภาพ. 2540)

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และจะต้องผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล และจะมีผลให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ โดยมีผลในการเพิ่มความตระหนักในตนเอง (self-awareness) ความพึงพอใจ (self satisfaction) ความเพลิดเพลินและความยินดี นอกจากนี้ ยังเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำของบุคคลที่บุคคลมุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นมากกว่าการได้ตอบอิทธิพลที่คุกคามสุขภาพที่มาจากภาวะแวดล้อม ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นและรูปแบบที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender, 1996) โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-value Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งผลประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยพฤติกรรมของบุคคลจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้มีการพัฒนาปรับปรุงจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเดิม (Pender, 1987) โดยอาศัยงานวิจัยที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาพิจารณา และเสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยในแต่ละด้านประกอบด้วย

1. ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) บุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำที่แสดงออก การมีพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน มโนทัศน์ของลักษณะและประสบการณ์แบ่งออกเป็น 2 มโนทัศน์ย่อย คือ

1.1 ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Prior related behavior) เป็นประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลเคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในอดีตซึ่งมีผลต่ออารมณ์หรือความคิดต่อพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ามีประสบการณ์ทางบวกบุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมนั้นอีก

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

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะหมดประจำเดือน สมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการให้ความหมายหรือความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษาภาวะเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีผลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific Cognitions and Affect) การรับรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติหรือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มโนทัศน์นี้ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ย่อยที่เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมโนทัศน์เหล่านี้จะเป็นแกนกลางในการที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) มโนทัศน์ย่อยดังกล่าว ได้แก่

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceive benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะมีประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceive barriers to action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ตนเองเกิดความลำบากหรือไม่สะดวกสบายอย่างไร

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Perceive self-efficacy) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรม นั้น ๆ ได้หรือเชื่อว่าตนเองจะกระทำได้สำเร็จ

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

2.5 อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัย

ระหว่างบุคคลเป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อทัศนคติของผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการสุขภาพ อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการมีบุคคลเป็นแบบอย่าง

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

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจจะผลักดันให้บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม มโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย ดังนี้

3.1 คำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ (Commitment to a plan of action) เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยการให้คำมั่นสัญญาว่าจะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จลุล่วงและการกำหนดกลวิธีในการกระทำ และให้การเสริมแรงต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความชอบหรือความจำเป็นที่เกิดขึ้นทันที (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นทันทีในจิตสำนึกของบุคคลก่อนที่จะวางแผนปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น จะไปออกกำลังกายแต่ระหว่างการเดินทางไปออกกำลังกายผ่านห้างสรรพสินค้าจึงตัดสินใจไปเดินซื้อสินค้าไม่ไปออกกำลังกาย เพราะชอบซื้อของมากกว่าการออกกำลังกาย หรือมีความจำเป็นไม่สามารถไปออกกำลังกายได้ เพราะจำเป็นต้องทำงานที่รับผิดชอบ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behavior) เป็นความสามารถที่แท้จริงของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลในการส่งเสริมสุขภาพ (Pender , 1987) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งเป็นจุดสุดท้ายในโมเดลการส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก (Pender , 1996)

จะเห็นได้ว่าแบบจำลองดังกล่าว มุ่งเน้นการอธิบายปัจจัยที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี ซึ่งบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลได้นำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในหลายสถานการณ์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของมนุษย์ ซึ่งหมายถึงความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุกสูงสุด การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pender , 1996) เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในทุก ๆ ด้านของชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต (Pender , 1996)

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Heidrich , 1998) ดังนั้น การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Walker , 1997) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) และความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล (Walker , Sechrist , & Pender , 1987) วอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker , Sechrist , & Pender , 1987) ได้เสนอพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเองที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่างๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) และ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่จะตรวจร่างกาย หรือสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของปาลีรัตน์ พรทวีกันหา (2541) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพ

ประจำปี ในขณะที่การศึกษาของชุดิกายจน์ ฉัตรรุ่งและนพนันท์ สิงห์ลาว (2545) และ การศึกษาของ พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อและทัศนีย์ เกริกกุลธร (2545) กลับพบว่า ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพจะได้มีการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

2. กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบ กระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานและใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น และเป็นการ เคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย (Jones & Jones , 1997) โดยปกติแล้วเมื่ออายุมาก ขึ้น ความสนใจในกิจกรรมทางกายจะลดลง เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง โครงสร้างและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียน การทำหน้าที่ของหัวใจ ในการสูบน้ำโลหิตลดลง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดและการขยายตัวของ ทรวงอกลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม (Beckingham & Dugas , 1993) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การกำหนดการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัยสูงอายุจึงเป็นกิจกรรมของ การรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุ ซึ่งการกำหนดกิจกรรมทางกายประกอบด้วย (Jones & Jones , 1997)

2.1 ความถี่ในการทำกิจกรรม (frequency) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ทุก ๆ วัน ในแต่ละสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น

2.1.1 กิจกรรมที่ทำทุกวัน ได้แก่ การเดิน การทำงานในสวน การเดินขึ้นบันได

2.1.2 กิจกรรมที่ควรทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น และการทำกิจกรรม ที่ให้ความบันเทิง (recreational activities) เช่น การเดินรำ การวาดรูป การเล่นกีฬา เป็นต้น

2.1.3 กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมยามว่าง (leisure activities) เช่น การปลูกต้นไม้ การเล่นเกม เป็นต้น และกิจกรรมที่มีการยืดเส้นยืดสายคลายกล้ามเนื้อ และการอ่อนตัวของข้อ เช่น การทำกายบริหาร โยคะ ไทชิ (tai-chi)

2.2 ความหนักเบา (intensity) กิจกรรมที่ปฏิบัติควรมีความหนักอยู่ในระดับเบาหรือ ปานกลาง โดยพิจารณาจากการใช้พลังงานของร่างกาย หรืออัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สำหรับ ผู้สูงอายุได้กำหนดความหนักเบาไว้ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Abrams , Beers , & Berkow , 1995) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จากเอาอายุของบุคคลนั้น ๆ

ลบออกจาก 220 (บวรลุ ศิริพานิช , 2540) ทั้งนี้ประเมินได้จากการจับชีพจรภายหลังการออกกำลังกายแล้ว 3-5 นาที (Long , 1995) หรือใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะออกกำลังกายว่าเป็นอย่างไร ถ้าเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไป หรือถ้าไม่รู้สึเหนื่อยแสดงว่าเบาไป (Jones & Jones , 1997) การทำกิจกรรมจะต้องทำให้เกิดความเหนื่อยหรือมีความหนักเบาที่เหมาะสม จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย

2.3 ระยะเวลา (timming) เป็นช่วงระยะเวลาของการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย คือ ประมาณ 20 นาที เป็นอย่างน้อย

ในวัยสูงอายุเป้าหมายของการมีกิจกรรมทางกายก็เพื่อรักษาสุขภาพ ป้องกันความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก เพิ่มความอ่อนตัวของข้อต่อ ทำให้การทำงานในระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น (Schilke , 1991) ส่วนทางด้านจิตใจการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Wiest & Lyle , 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรกานต์ ป้อมบุญมี (2538) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยให้ผู้สูงอายุเดินเร็ว ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์ พบว่า สมรรถภาพทางกาย อาทิ เช่น แรงบีบมือ ความอ่อนตัวของข้อและกระดูกสันหลัง ความจุปอด มีคะแนนดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งร่างกายและจิตใจแก่ตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะมีรายงานมากมายบ่งชี้ว่าการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายมีประโยชน์กับสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุก็มีกิจกรรมทางกายน้อย ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายในผู้สูงอายุของชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และ นพรัตน์ สิงห์ลาว (2545) ดวงเดือน พันธุ์โยธี (2539) ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา (2541) วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) และ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่

3. โภชนาการ จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิตไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อาหารที่รับประทานจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามมา

ได้แก่ การเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากฟันหักมากขึ้นและต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารน้อยลง เนื่องจากการรับรสและกลิ่นลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เช่น การดูดซึมอาหาร การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางโภชนาการได้ง่าย เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืด หรือขาดสารอาหารได้ง่าย ซึ่ง ชะลอศรี แดงเปี่ยม และ ชรินทร์น พุทธิปวณ (2536) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารผู้สูงอายุตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความอยากอาหารลดลง รองลงมาคือ ท้องอืดและเคี้ยวอาหารลำบาก ซึ่งจากการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุไทยภาคกลางส่วนใหญ่รับประทานอาหาร 3 มื้อ ผู้ที่รับประทานอาหารเช้าเพียงวันละ 2 มื้อ มีมากถึงร้อยละ 23.3 และสอดคล้องกับการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจาก 8 จังหวัดใน 4 ภาคของประเทศไทย ของสุรีย์พันธ์และคณะ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุไทยบางส่วนประสบกับปัญหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index , BMI) ต่ำและเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และมีภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาทางด้านทุพโภชนาการอยู่

ในแต่ละวันผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ขนาด ส่วนประกอบของร่างกายและการทำกิจกรรม คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนไทย (2532:153) กำหนดว่า ผู้สูงอายุไทยที่ทำกิจกรรมหนักปานกลางควรรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานวันละ 2,250 กิโลแคลอรีสำหรับเพศชาย และ 1,850 กิโลแคลอรีสำหรับเพศหญิง ผู้สูงอายุควรปรับเปลี่ยนแผนการรับประทานอาหาร โดยลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลง แต่รับประทานให้บ่อยขึ้น อาจเป็น 4-5 มื้อต่อวัน เพื่อช่วยไม่ให้ระบบย่อยอาหารทำงานหนัก และทำให้การเผาผลาญไขมันดีขึ้น (Kleiner , 1998) การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้สารอาหารที่สมดุล ควรประกอบด้วย โปรตีนที่เพียงพอไม่มากเกินไป คือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ และคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ ธัญพืชต่าง ๆ และมัน (Edelman & Mandle , 1994) สารโคเลสเตอรอลควรได้รับน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน กากใยควรได้รับ 25-35 กรัมต่อวัน กากใยอาจจะได้รับผัก ผลไม้ พืชที่เป็นผัก เช่น กระถิน ถั่ว พืชชนิดเมล็ด อาหารกากใย เหล่านี้จะช่วยลดอาการท้องผูกของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มี

แคลเซียมอย่างน้อยวันละ 800 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน และรับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บรอดเฮดและคณะ (Broadhead et al ; 1983 cited in Smith , 1996) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า "เป็นความรู้สึกนึกคิดที่ตีระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ" ส่วนวอล์คเกอร์ (S.N.Walker , Personal communication , Feb 14 , 1999 อ้างถึงใน ศิริมาวงศ์แหลมทอง , 2542) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า "เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้งและความใกล้ชิดมากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึก ทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด" จากทฤษฎีเชิงจิตสังคมได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยินลดลง ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวและยังพบกับข้อจำกัดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลาย ๆ ด้านจากความสูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว่ และขาดที่พึ่งโดยที่ความรู้สึกว่าเหว่นี้อาจเกิดขึ้นได้แม้จะมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ดังนั้น การดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนๆ อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น ดังนั้น การคงไว้ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller , 1991) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ จำนวน 6 ราย พบว่า การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2539) และอุทัยวรรณ กสานต์สกุล (2536) ยังพบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) การเจริญทางจิตวิญญาณ จะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยผ่านมาทางสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ (transcending) การติดต่อ (connecting) และการพัฒนา (development) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเอง ในอันที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุขและเปิดกว้างในการคิด

สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิต และทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (S.N. Walker , Personal communication , Feb 14 , 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง , 2542) เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัยและชีวิตหลังการตาย (Pender , 1996) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการสูญเสียมากมายทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว สร้างความเสื่อมถอยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Berggren-Thomas & Griggs , 1995) ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Muzaffar , 1991) ซึ่งการเจริญทางจิตวิญญาณนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (Berggren-Thomas & Griggs , 1999) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่ไม่ยึดติดกับตัวตนของตนเอง สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น และเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบกับสิ่งแปลกใหม่และท้าทายในชีวิต ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ (Nelson , 1991) ในการศึกษาการเจริญทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ และเชื่อว่าชีวิตของตนมีจุดมุ่งหมาย (จิตรา จันชนะกิจ, 2541 ; จีวรรณ อินคุ่ม, 2541; ปาสีรัตน์ พรทวีกันหา, 2541)

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย ซึ่งวอล์คเกอร์ (Walker , 1997) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ 3 ชนิด คือ

1) สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (chronic stressors) เป็นปรากฏการณ์ต่างๆ ไปที่เกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรังในชีวิตของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด

2) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (major life events) ที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่อาจเกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่ตามมาอาจจะดีหรือไม่ดี เช่น การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว การผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

3) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (acute daily hassles) เช่น อุบัติเหตุต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การผัดผ่อน การทำเงินหาย

ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และมีความเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันทางร่างกายลดลง (Pender, 1996) ซึ่งการจัดการกับความเครียดจะเป็นการปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือลดความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยแหล่งจากร่างกายและจิตใจของตนเอง (S.N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) สำหรับความเครียดในผู้สูงอายุจะพบว่าเกิดจากปัญหาเรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ดังเช่น ผลการวิจัยของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson, et al; 1993) ที่พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทประเทศสหรัฐอเมริกา มีความเครียดมากที่สุดคือ ปัญหาการนอนหลับ รองลงมาคือ จำนวนเพื่อนลดลง การไม่ได้รับใบอนุญาตให้ต่อใบขับขี่รถยนต์ ความว่าเหว่ เวลาในครอบครัวน้อยลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การพึ่งพาผู้อื่น การตายจากบุคคลในครอบครัว และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้วันที่ไม่พบในคนอเมริกัน ได้แก่ การให้การดูแลลูกสาวหรือลูกสะใภ้ในระยะหลังคลอด การไปเยี่ยมญาติ การจัดหาคู่ครองให้ลูกไม่สำเร็จ การเลี้ยงหลาน การขัดแย้งกับบุตรและสะใภ้ การขอค่าใช้จ่ายจากบุตร การขึ้นรถประจำทาง บุตรปฏิเสธที่จะให้ตนเองอยู่ด้วย (Lin, et al; 1996) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุไทยเนื่องจากวัฒนธรรมคล้ายกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องลดความเครียดของตน ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม นั้น เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ ดังนี้

6.1 การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

6.2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดสามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจ สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเอง และเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด สำหรับการจัดการกับความเครียด โดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกาย ทำได้โดยการออกกำลังกาย จากการศึกษาของโจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุชาวแอฟริกันกับอเมริกา พบว่า การออกกำลังกายมีผลต่อการลดความรู้สึกเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของชนินัฐ วโรทัยและคณะ (2539) และศักดิ์สุภาพงษ์ ไชยศร (2541) ที่

ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การออกกำลังกายทำให้จิตใจแจ่มใส กระปรี้กระเปร่าและมีความเครียดลดลง

6.3 การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีรวิทยา ที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiological arousal resulting from stress) โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายโดยใช้เครื่องไบโอฟีดแบค (Biofeedback)

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

① สวัสดิ์รัตน์ พลอินทร์ และคณะ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 427 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพ GHQ แบบสัมภาษณ์ การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคสแควร์ การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรสและอายุ สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เป็นร้อยละ 20.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปริญา ไตมานะ, ระวีวรรณ ศรีสุชาติ ศึกษาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิในพื้นที่ 4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ และ 2 เขต ในกรุงเทพมหานครกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ จำนวน 308 คน พบว่า พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40.9 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และความพึงพอใจของรายได้ สถานภาพทางสังคม ปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความภาคภูมิใจในชีวิตที่ประสบ

ความสำเร็จหรือทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม ความช่วยเหลือที่ให้ หรือได้รับจากบุตรหลาน หรือญาติ และเพื่อน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุตรหลาน หรือญาติ และเพื่อน และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยเกื้อหนุนข้างต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

(๑) บุญพา ณ นคร (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์บิลฟาของครอนบาค ได้ความเชื่อมั่น .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่กิจกรรมด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

สุดารัตน์ พุดมพิมพ์ (2545) ศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดอัตโนทัศนคติซึ่งดัดแปลงมาจากของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.23 มีอัตโนทัศนคติโดยรวมในทางบวก และร้อยละ 39.77 มีอัตโนทัศนคติโดยรวมในทางลบ สำหรับองค์ประกอบของอัตโนทัศนคติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตโนทัศนคติในทางบวกทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 52.84 ด้านจิตใจ ร้อยละ 61.36 และด้านสังคม ร้อยละ 86.36

ต่อจาก ไ้ร่หนู่น (2547) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 221 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงและเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านสุขภาพจิตการค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพทั่วไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 39.57 และ 38.87 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ส่งผลทำให้ลดปัญหาเรื่องสุขภาพหรือชะลอความเสื่อมของร่างกายทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

ชลธิชา วัจวิเวก (2537) ศึกษาความสัมพันธ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสุขภาพกายและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 202 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสุขภาพกาย และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่สามารถอธิบายการแปรผันของคะแนนการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยนี้สามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 33.1 ($r = 0.0331$)

๑) กัญญารัตน์ อุบลวรรณและคณะ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพการเรียนรู้คิดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยสำรวจจากผู้ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2 จำนวน 1,065 คน ใช้สถิติพรรณนาและใช้ค่าไค - แสควร์และค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สันในการทดสอบสมมติฐานพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับรู้คิด เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุมีความสัมพันธ์กับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดุสิต สุนทรานู (2532) ได้ศึกษาการระบาดวิทยาของผู้สูงอายุในประเทศไทย (An Epidemiological Survey on Thai elderly) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาถึงความแตกต่างในเรื่องเพศ อายุและสถานที่อยู่โดยแยกเป็นเขตเมืองและเขตชนบท ในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ซึ่งผู้สูงอายุชายมีภาวะสุขภาพแข็งแรงกว่ามีภาวะสุขภาพของผู้หญิง และพบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นภาวะของการเจ็บป่วยก็จะมากขึ้นตามด้วย และเมื่อเปรียบเทียบที่อยู่อาศัยแล้วพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองนั้นมีภาวะสุขภาพที่เป็นปกติมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท และโรคที่พบมากในผู้สูงอายุคือ โรคข้อ/กระดูก , โรคแผลในกระเพาะอาหาร , โรคความดันโลหิตสูง , โรคปอด

ด้านสมรรถภาพทางร่างกาย

พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการจัดการหรือดูแลกิจวัตรประจำวันได้ แต่ก็พบว่าเมื่อมีอายุสูงขึ้นความสามารถในการจัดการหรือดูแลกิจวัตรประจำวันก็จะถดถอยลงไปด้วย โดยพบว่าผู้สูงอายุในเมืองมีความสามารถในการจัดการหรือดูแลกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท อาจจะเป็นเนื่องจากผู้สูงอายุในเขตชนบททำงานทางด้านเกษตรมากกว่าก่อนซึ่งส่งผลต่อสมรรถภาพของร่างกาย ตลอดจนจนมีการใช้เครื่องทุ่นแรงน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

ด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุตรหลาน

พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับความห่วงใยจากบุตรหลาน ทั้งนี้เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นแบบครอบครัวขยายที่ยังคงผูกพันกันอยู่ และพบว่าบุตรหลานของผู้สูงอายุเต็มใจที่จะรับฟังผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาหรือเป็นกังวลอยู่ในสัดส่วนที่สูง

ด้านสติปัญญาและสุขภาพจิต

พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความทรงจำที่ดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท ทั้งนี้สามารถอธิบายได้อีกว่าผู้สูงอายุในชนบทส่วนมากจะถูกลูกหลานจัดแยกที่อยู่อาศัยออกมาจากคนในบ้านเนื่องจากสภาพการขึ้นลงบ้านมีความลำบากแต่ยังคงอยู่ในบริเวณบ้าน สภาพการจัดแยกแบบนี้ดูคล้ายกับว่าถูกแยกออกจากคนในบ้าน ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นความทรงจำก็ยิ่งถดถอยลงสภาพจิตใจจะมีความรู้สึกเหงาว่าเหว่มากขึ้นด้วย ขณะที่ผู้สูงอายุในเมืองที่นี้ครอบครัวรองรับปัญหานี้จะน้อยกว่าผู้สูงอายุในชนบท และจะพบมากในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ด้านศาสนาและสังคม

ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 65 ยังคงสวดมนต์และไปวัดเพื่อไปงานศพหรืองานบวช กิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมหรือพบปะผู้สูงอายุอื่นๆ การได้พูดคุยทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายและความกังวลใจลดลงได้ เมื่อเรียงลำดับชนิดของงานสังคมที่ผู้สูงอายุไปร่วมงาน พบว่าผู้สูงอายุไปร่วมงานศพสูงสุด รองลงมาคือพิธีทางศาสนาและงานแต่งงาน ซึ่งจะเห็นได้ว่างานเหล่านี้เป็นงานที่ให้เกียรติยกย่อง ผู้สูงอายุที่ไปร่วมงานทำให้รู้สึกที่ตนเองยังมีคนให้ความสนใจ มีคุณค่า ให้ความรู้สึกดีแก่ผู้สูงอายุ ส่วนการเป็นสมาชิกขององค์กรต่างๆ จะพบน้อยมาก

④ อริสา จิตติวิบูลย์ (2547) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านท่านางหอม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 126 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจงและใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ , คำนวณหาค่าร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , เปอร์เซนไทล์ การทดสอบสมมติฐานด้วยสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 50.80 รองลงมาคือระดับปานกลางและไม่ดีร้อยละ 48.40 และ 0.80 ตามลำดับ เมื่อทำการพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 75.40 รองลงมาคือความรับผิดชอบต่อสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการร้อยละ 52.40 และ 44.40 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ไม่ดีมาร้อยละ 35.70 และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.645$) , อายุ สถานะภาพสมรสและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.342$, $-r = -0.341$ และ $r = 0.385$) ตามลำดับ และเพศนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

๕) ปานทิพย์ ประเสริฐผล (2547) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทตำบลทับทิม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในตำบลทับทิม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 239 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรสและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = 0.43$, $p < 0.001$)

๖) ทศนีย์ เกริกกุลธร และคณะ (2546) ศึกษาปัญหาสุขภาพและภาวะเศรษฐกิจของสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลทับทิม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลทับทิม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 241 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ที่มารับบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่จากหน่วยบริการวิชาการในงานสุขภาพสัมพันธ์สร้างขวัญผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกประชากรและเศรษฐกิจและแบบบันทึกปัญหาสุขภาพพบว่า สภาวะทางเศรษฐกิจของกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ในด้านความเพียงพอของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 59.10 ประเมินว่ารายได้ไม่เพียงพอกับค่าครองชีพประจำเดือน โดยมีรายได้จากบุตรหลานให้คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมาคือการทำงานด้วยตนเองร้อยละ 33.60 ส่วนปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบว่ามีโรคประจำตัว โดยพบว่าเป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.60 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหอบ คิดเป็นร้อยละ 8.70 และ 5.00 ตามลำดับ

✓ ละลวย วันดี (2539) ศึกษาการเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนนอกเขตเทศบาลกับชุมชนในเขตเทศบาลของอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 183 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.90 รองลงมาคือระดับไม่ดีและระดับดี คิดเป็นร้อยละ 19.70 และ 16.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลสามารถดูแลตนเองได้แตกต่างจากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร การขับถ่ายของเสีย และด้านการรักษาสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสามารถดูแลตนเองได้แตกต่างจากผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ในด้านการนอนหลับและการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านการออกกำลังกายและด้านการใช้สารเสพติด พบว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนนอกเขตเทศบาลกับชุมชนในเขตเทศบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และการดูแลตนเองโดยรวมทุกด้านนั้นพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ระหว่างผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลกับผู้สูงอายุในเขตเทศบาล

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2545) ศึกษาการศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย ปี 2545 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ 4 ภาค 16 จังหวัด จำนวน 4,753 คน โดยใช้แบบสำรวจโภชนาการผู้สูงอายุไทยเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินอาหารครบ 3 มื้อคิดเป็นร้อยละ 83.30 ไม่กินอาหารหลังเวลา 22.00 น. ร้อยละ 88.70 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบอาหารรสจืดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.30 รองลงมาคือ เค็มและหวาน คิดเป็นร้อยละ 18.50 และ 13.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินอาหารมื้อเย็นมากที่สุดร้อยละ 47.30 รองลงมาคือมื้อเช้าคิดเป็นร้อยละ 29.60 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มน้ำมากกว่า 5 แก้วต่อวันคิดเป็นร้อยละ 69.80 ส่วนเรื่องความอยากอาหารพบว่า ผู้สูงอายุกินอาหารได้ตามปกติร้อยละ 77.50 และความอยากอาหารลดลงร้อยละ 5.10 เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์จากตัวแปรต่างๆ พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 , ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ(MNA)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 , ความถี่ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 , ปริมาณการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (MNA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลจี่วงาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยอยู่ในตำบลจี่วงาม จำนวน 337 คน โดยการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยใช้จับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) โดยมีคุณสมบัติดังนี้คือ

1. อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและชาย
2. มีสติสัมปชัญญะที่ดีโดยสามารถตอบคำถาม 10 ข้อ และได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 ข้อ (

Kahn , R. L. , Goldfarb , A. I. , Pollack , M. , & Peck , A. (1996)

3. สื่อสารด้วยภาษาไทย
4. ยินดีให้ความร่วมมือ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตาม Tara Yamane โดยใช้ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

- n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
N = จำนวนประชากรทั้งหมด ในที่นี้มีจำนวน 337 คน
e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยินยอมให้ผิดพลาดได้

แทนค่า

$$n = \frac{337}{1 + 337(0.05)^2} = 183$$

ขนาดของตัวอย่างที่คำนวณได้จากจำนวนทั้งสิ้น 183 คน และได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากทุกๆหมู่บ้านที่อยู่ในตำบลจวังาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยได้คำนวณจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่ที่ / ชื่อบ้าน	จำนวนประชากร			จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
	N = 337 คน			n = 183 คน		
หมู่ที่ 1 บ้านปากพิง	7	15	22	4	8	12
หมู่ที่ 2 บ้านปากพิง	18	19	37	10	10	20
หมู่ที่ 3 บ้านปากพิง	21	37	58	12	20	32
หมู่ที่ 4 บ้านจวังาม	30	57	87	16	31	47
หมู่ที่ 5 บ้านบางทราย	36	22	58	20	12	32
หมู่ที่ 6 บ้านปากพิง	22	31	53	12	17	29
หมู่ที่ 7 บ้านบึงขุนนนท์	13	7	20	7	4	11

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ในส่วนต่างๆดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ เป็นการทดสอบความสามารถในการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุทำได้คะแนนตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไปจึงจะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างและทำการทดสอบในส่วนอื่นๆต่อไป (Kahn , R. L. , Goldfarb , A. I. , Pollack , M. , & Peck , A. (1996)

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ สร้างโดยผู้วิจัยประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส ปัจจุบันอยู่กับใคร จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการได้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

3. แบบสัมภาษณ์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดัดแปลงมาจากปานทิพย์ ประเสริฐผลและคณะ (2547) ในการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยจำนวนคำถามทั้งหมด 43 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 กิจกรรม คือ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	มีจำนวนข้อคำถาม	7	ข้อ
กิจกรรมทางกาย	มีจำนวนข้อคำถาม	7	ข้อ
โภชนาการ	มีจำนวนข้อคำถาม	5	ข้อ
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	มีจำนวนข้อคำถาม	7	ข้อ
การเจริญทางจิตวิญญาณ	มีจำนวนข้อคำถาม	12	ข้อ
การจัดการกับความเครียด	มีจำนวนข้อคำถาม	5	ข้อ

ลักษณะคำตอบแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ สม่่าเสมอ นานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยกำหนดคะแนนดังนี้ คือ

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	นานๆครั้ง
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	สม่ำเสมอ

การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาใช้เกณฑ์ของ Theoretical range score หรือ Absolute scale โดยใช้คะแนนสูงสุดของแบบวัดลบกับคะแนนต่ำสุดของแบบวัดหารด้วยระดับของผู้วิจัยต้องการประเมิน โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่ำที่สุด
 คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยของ ปานทิพย์ ประเสริฐผลและคณะ มาดัดแปลงจากพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สุขภาพทางจิตวิญญาณ การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย การจัดการกับความเครียด การสุขภาพที่อยู่อาศัย และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงของเนื้อหาโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้าฝ่ายคลินิกบริการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและ หัวหน้าสถานีอนามัย ตำบลวังงามอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ได้ค่า 0.8853 แล้วจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เตรียมตัวผู้วิจัยให้พร้อมก่อนออกเก็บรวบรวมข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจอย่างลึกซึ้ง หลักการ วิธีการเก็บเป็นไปในแนวทางเดียวกันและบทบาทที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ มีการซักซ้อมในการสัมภาษณ์กันก่อน
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลวังงาม อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้
 - 2.1 สสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในตำบลวังงามจากสถานีอนามัยตำบลวังงาม
 - 2.2 สสำรวจชื่อหมู่บ้านที่มีอยู่ในตำบลวังงาม
 - 2.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยเข้าแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย ขอความร่วมมือ

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistical Package for Science Version) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าเฉลี่ย

1.2 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

(แสดงไว้ในตารางที่ 2-3)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(แสดงไว้ในตารางที่ 4-10)

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในตำบลจันทาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 183 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจุบันอยู่กับจำนวน สมาชิกในครอบครัว อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และแหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการได้รับสุขภาพตนเอง มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของตัวอย่าง

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=183)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	82	44.8
	หญิง	101	55.2
อายุ			
	60 - 64 ปี	38	20.8
	65 - 69 ปี	43	23.5
	70 - 74 ปี	54	29.5
	75 - 79 ปี	29	15.8
	80ปีขึ้นไป	19	10.4
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านและเขียนไม่ได้	32	17.5
	ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านออกและเขียนได้	9	4.9
	ประถมศึกษา	138	75.4
	มัธยมศึกษา	4	2.2
	อนุปริญญา	0	0.0
	ปริญญาตรี	0	0.0
สถานภาพสมรส			
	โสด	3	1.6
	ม่าย	63	34.5
	คู่	112	61.2
	หย่า/แยกกันอยู่	5	2.7

* ผู้สูงอายุ 1 คน ตอบได้มากกว่า แหล่ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=183)	ร้อยละ
ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ*		
อยู่คนเดียว	13	7.1
อยู่กับบุตร	97	53.0
อยู่กับคู่สมรส	116	63.4
อยู่กับหลาน	85	46.4
อยู่กับญาติ	14	7.7
อยู่กับบุคคลอื่นๆ	2	1.1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 - 2 คน	47	25.7
3 - 4 คน	82	44.8
5 - 6 คน	48	26.2
7 คน ขึ้นไป	6	3.3
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	118	64.6
เกษตรกรรม	47	25.7
รับจ้าง	7	3.8
ข้าราชการบำนาญ	1	0.5
ค้าขาย	9	4.9
อื่นๆ	1	0.5

* ผู้สูงอายุ 1 คน ตอบได้มากกว่า แหล่ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของตัวอย่าง(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=183)	ร้อยละ
แหล่งของรายได้*		
ตนเอง	68	32.7
บุตรหลาน	134	73.2
ญาติ	13	7.1
ทรัพย์สินเดิม	36	19.7
เงินบำนาญ	4	2.2
อื่นๆ	6	3.3
ความเพียงพอของรายได้		
เหลือเก็บ	7	3.8
พอใช้	46	25.1
ไม่พอใช้	71	71.1
แหล่งการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง*		
โทรทัศน์	148	80.0
หนังสือพิมพ์	27	14.8
วิทยุ	82	44.8
หอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน	165	90.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	137	74.9
อื่นๆ	14	7.7

* ผู้สูงอายุ 1 คน ตอบได้มากกว่า แหล่ง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-89 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 90 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 70.61 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ร้อยละ 75.4 จบประถมศึกษา

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

โรคประจำตัว	จำนวน (N=183)	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	75	40.98
มีโรคประจำตัว *	108	59.02
โรคความดันโลหิตสูง	68	37.16
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	17	9.29
โรคเบาหวาน	15	8.19
โรคหัวใจ	9	4.92
โรคหลอดเลือดในสมอง	6	3.28
โรคไทรอยด์	4	2.18
โรคตาต้อกระจก	4	2.18
โรคมะเร็ง (ทุกประเภท)	3	1.64
โรคแผลในกระเพาะอาหาร	3	1.64
โรคเกาต์	2	1.09
โรคริดสีดวงทวาร	1	0.55
โรคไขมันในเลือดสูง	1	0.55
โรคหอบหืด	1	0.55

* ผู้สูงอายุ 1 คน ตอบได้มากกว่า แห่ง

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 40.98 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 59.02 เมื่อพิจารณาตามโรคพบว่า โรคความดันโลหิตสูง,โรคกระดูกและกล้ามเนื้อและโรคเบาหวาน มีกลุ่มตัวอย่างป่วยตามอันดับดังนี้คือ ร้อยละ 37.16, 9.29 และ 8.19 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม
 สุขภาพจำแนกตามรายด้านและโดยรวม(N=183)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.53	0.593	สูง
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.71	0.519	สูง
กิจกรรมทางกาย	2.23	0.766	ปานกลาง
โภชนาการ	2.63	0.552	สูง
การเจริญทางด้านจิตวิญญาณ	2.71	0.506	สูง
การจัดการกับความเครียด	2.45	0.616	สูง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.54	0.648	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.54 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.71 รองลงมาคือด้านโภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และด้านกิจกรรมทางกาย มีค่าเท่ากับ 2.63 2.53 2.45 และ 2.23 ตามลำดับ

3.55?

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพจำแนกตามรายข้อ(N=183)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ปรึกษาการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้	2.48	0.563	สูง
ปรึกษาการปฏิบัติตัวกับครอบครัวและญาติ	2.51	0.582	สูง
ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติ	2.64	0.515	สูง
พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้อื่น	2.38	0.642	สูง
สังเกตอาการผิดปกติในตัวเอง	2.64	0.642	สูง
บอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย	2.72	0.496	สูง
หาความรู้ใหม่มาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง	2.32	0.717	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.53	0.593	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.53 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการบอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่สบาย , การสังเกตอาการผิดปกติในตนเองและการเข้ารับคำปรึกษาเมื่อมีอาการผิดปกติอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.72 , 2.64 และ 2.64 ตามลำดับ ส่วนการหาความรู้ใหม่มาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.32

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจำแนกตามรายชื่อ(N=183)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	Mean	S.D.	ระดับ
ญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	2.77	0.474	สูง
ท่านติดต่อพูดคุย หรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง	2.27	0.529	ปานกลาง
ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ดี	2.66	0.580	สูง
ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	2.72	0.531	สูง
ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง	2.76	0.497	สูง
ท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ	2.80	0.412	สูง
ท่านเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว	2.60	0.574	สูง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.71	0.519	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.71 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ , ผู้สูงอายุมีญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และผู้สูงอายุมีการพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.80 , 2.77 และ 2.76 ตามลำดับ ส่วนการติดต่อ พูดคุยหรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูงอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.27

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายจำแนกตามรายชื่อ(N=183)

การออกกำลังกาย	Mean	S.D.	ระดับ
ทำนออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 20 นาที	2.03	0.755	ปานกลาง
ในขณะที่ออกกำลังกายท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก	2.11	0.720	ปานกลาง
หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ	1.91	0.754	ปานกลาง
ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา	2.42	0.720	สูง
ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย	1.75	0.735	ปานกลาง
ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก	2.33	0.712	ปานกลาง
ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น	2.05	0.760	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.23	0.766	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.23 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ พบว่าการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.42 , การออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออกและออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.33 และ 2.05 ตามลำดับ ส่วนการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย ก่อนออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 1.75

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการจำแนกตามรายชื่อ(N=183)

โภชนาการ	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านรับประทานผลไม้	2.70	0.469	สูง
ท่านรับประทานผัก	2.82	0.426	สูง
ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	2.70	0.535	สูง
ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด	2.39	0.627	สูง
ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา	2.56	0.580	สูง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.63	0.552	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านด้านโภชนาการโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.63 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อพบว่าการรับประทานผลไม้ , การรับประทานผัก และการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.82 , 2.70 และ 2.70 ตามลำดับ ส่วนการรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.39

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณจำแนกตามรายชื่อ(N=183)

การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ	2.59	0.526	สูง
ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว	2.71	0.467	สูง
ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่	2.85	0.361	สูง
ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน	2.75	0.444	สูง
ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา	2.75	0.444	สูง
ท่านได้ทำตัวเป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ	2.77	0.438	สูง
ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	2.85	0.371	สูง
ท่านเป็นที่เคารพและนับถือของเพื่อนบ้าน	2.87	0.332	สูง
ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	2.84	0.386	สูง
ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข	2.61	0.619	สูง
ท่านเตรียมพร้อมที่อาจจะเกิดความเปลี่ยนแปลงในอนาคต	2.68	0.522	สูง
ท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ	2.23	0.689	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.71	0.506	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.71 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ พบว่าการเป็นที่เคารพ , มีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่และการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.87 , 2.85 และ 2.85 ตามลำดับ ส่วนการนึกถึงอนาคตอยู่เสมอของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.23

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดจำแนกตามรายชื่อ(N=183)

การจัดการกับความเครียด	Mean	S.D.	ระดับ
ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	2.53	0.591	สูง
ท่านบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	2.59	0.566	สูง
ท่านสามารถจะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ	2.58	0.586	สูง
เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน	2.43	0.615	สูง
ท่านปฏิเสธคำขอร้องของคนอื่นบ้างในบางโอกาส	2.14	0.609	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.45	0.616	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.45 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้, ผู้สูงอายุสามารถจะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติและผู้สูงอายุมีความพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.59, 2.58 และ 2.53 ตามลำดับ ส่วนการปฏิเสธคำขอร้องของคนอื่นบ้างในบางโอกาส มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.14

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลวังงาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพได้แก่การดูแลรับผิดชอบ ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการอาหาร การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด โดยเลือกกลุ่มประชากรจำนวน 183 คน มีคุณสมบัติดังนี้ อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและชาย สื่อสารด้วยภาษาไทย ยินดีให้ความร่วมมือ และประเมินโดยใช้แบบ Mental status Questionair ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยใช้จับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงของเนื้อหาโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ณ ตำบลเสาดิน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก แล้วจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.8853 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / PC+ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงร้อยละ 55.2 เพศชายร้อยละ 44.8 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้สูงอายุมีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา, 2541) กลุ่มตัวอย่างจะมีอายุเฉลี่ย 70.61 ปี มีสถานะภาพสมรสคู่ และเรียนอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง

70-74 ปีมากที่สุดถึงร้อยละ 29.5 กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาเป็นร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 61.2 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 63.4 และ 53 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวโดยร่วมผู้สูงอายุ มีจำนวนมากที่สุด 3-4 คนเป็นร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานถึงร้อยละ 54.6 และแหล่งรายได้ของครอบครัวมาจากบุตรหลานและตนเอง เป็นร้อยละ 73.2 และ 32.7 ตามลำดับ ส่วนความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุที่ใช้จ่ายต่อเดือน ยังไม่เพียงพอถึงร้อยละ 71.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่น้ำหนักเฉลี่ย 58.39 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 159.05 เซนติเมตร

โรคประจำตัวที่เป็นกันมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 37.16 รองลงมาโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 9.29 และ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 8.19 แหล่งการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพตนเองได้มาจากหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้านและจากสื่อทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 90.2 และร้อยละ 80.9 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean=2.54 , SD=0.648) กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.54 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.71 รองลงมาคือด้านโภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และด้านกิจกรรมทางกาย มีค่าเท่ากับ 2.63 2.53 2.45 และ 2.23 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังงาม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความห่วงใย เอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงการปรึกษาพูดคุย และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในด้านนี้อยู่ในระดับสูง (Mean=2.53 , SD=0.593) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอายุสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ซึ่งมักจะประสบปัญหา

เกี่ยวกับสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสนใจ สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายมากกว่าวัยอื่น ๆ ดังผลการศึกษาของวอล์คเกอร์ , วอลแกน , ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, et al., 1988) และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.02) มีโรคประจำตัว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องไปปรึกษาพูดคุยกับผู้ที่ความรู้ ครอบครัว ญาติ หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากชุมชนมีการคมนาคมที่สะดวก พื้นที่ของหมู่บ้านไม่ได้ห่างไกลกันมาก สามารถไปมาหาสู่กันได้สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีปัญหาสุขภาพ หรือเมื่อต้องการปรึกษาปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังได้รับข่าวสารทางสาธารณสุขและข่าวสารสุขภาพ ทั้งจากทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน และจากการแลกเปลี่ยนพูดคุยปัญหาสุขภาพจากการรวมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุ จากผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในเขตบริการของสถานีอนามัยแห่งนี้อีกด้วย ผลการศึกษาค้นคว้าคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ชูติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาว (2545) และการศึกษาของพนิตนาฏ ขำนาญเสื่อ และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับดี

2. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นกิจกรรมที่แสดงออกถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ซึ่งการแสดงออกอาจอยู่ในรูปของคำพูดหรือไม่เป็นคำพูด จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง (Mean=2.71 , SD=0.519) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการแสดงออกถึงสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น ทั้งในและนอกครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมวัฒนธรรมไทยยังเห็นความสำคัญและให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ ประกอบกับสังคมไทยในชนบทจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความรักใคร่สนิทสนม ซึ่งสุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2540) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตภาคกลางพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบุตรหลานและสังคมภายในครอบครัวชนบทค่อนข้างดี ผู้สูงอายุจะมีการพบปะพูดคุยกับสมาชิกทั้งในบ้านและนอกบ้าน นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการ ในงานบุญ งานวัดหรืองานรื่นเริงต่าง ๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร , 2541) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งในวัยเดียวกัน และวัยอื่น ๆ ได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี

มาก (ชุดิภาญจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาว , 2545 ; พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และทัศนีย์ เกริกกุลธร , 2545 ; ปาลีรัตน์ พรทวีภินหา, 2541 ; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

3. กิจกรรมทางกาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นประจำสม่ำเสมอรวมถึงการออกกำลังกายที่มีแบบแผน จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.23 , SD=0.766) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีการทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดรอบบริเวณบ้าน ซึ่งการทำกิจกรรมเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นการออกกำลังกาย แต่ จริง ๆ แล้วยังไม่ถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่มีแบบแผน เพราะการทำงานบ้านอาจจะทำไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการออกกำลังกายทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เนื่องจากภาวะเสื่อมของร่างกาย และหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เช่น กระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อ และจากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ความคิดเห็นของผู้สูงอายุยังคิดว่าการออกกำลังกายคือการเดินแอโรบิค และการออกกำลังกายยังถูกมองว่าเป็นกิจกรรมสำหรับหนุ่มสาว จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมองการออกกำลังกายนั้นว่าไม่เหมาะสมกับตนเอง คะแนนกิจกรรมทางร่างกายจึงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (ดวงเดือน พันธุโยธี ,2539 ; ชุดิภาญจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาว,2545 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538 ; ศิริมา วงศ์แหลมทอง,2542)
4. โภชนาการ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลือกบริโภคอาหารในแต่ละวัน ให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่า ก่อให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพและร่างกายของตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง (Mean=2.63 , SD=0.552) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเข้าทุกวัน และอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยผักและผลไม้ ซึ่งผู้สูงอายุจะปลูกผักและผลไม้ไว้รับประทานในครัวเรือน ประกอบกับเป็นอาหารที่หาง่ายในท้องถิ่นและราคา

ไม่แพง แต่อาหารประเภทเนื้อสัตว์พบว่ารับประทานน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอหนองม่อน จังหวัดสงขลา ของวรรณี จันทร์สว่าง (2533) การศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ของอำไพ ชนะกอกและคณะ (2535) และการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลทับทิมของทัศนีย์ เกริกกุลธร และคณะ (2546) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการเคี้ยว เนื่องจากใส่ฟันปลอม ฟันผุ ฟันหลอ และฟันหลุดหมดปากแต่ไม่ได้ใส่ฟันปลอม จึงไม่ค่อยรับประทานเนื้อสัตว์ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำกิจกรรมอยู่ที่บ้านเป็นส่วนมาก ประกอบกับมีบุตรหลานคอยดูแล จึงทำให้รับประทานอาหารตรงเวลา

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาจิตของบุคคล โดยบุคคลที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่ตระหนักว่าชีวิตมีจุดมุ่งหมายและพยายามไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีความพอใจในสิ่งที่ตนเป็น รวมถึงการเปิดโอกาสให้ตนเองได้มีประสบการณ์ใหม่ ๆ เข้ามาในชีวิต จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (Mean=2.71 , SD=0.506) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการเจริญทางจิตวิญญาณมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุทุกคนนับถือศาสนาพุทธแล้วได้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสวดมนต์ภาวนา การทำสมาธิ การทำบุญตักบาตรทุกวัน หรือในวันพระ และการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในวันสำคัญของพระพุทธศาสนา ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าว เป็นการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจ และมีสุขอยู่กับชีวิตของตนเองในปัจจุบัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน และกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว และเพื่อนนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้คุณค่ามากที่สุดในชีวิต ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว จึงเป็นการทำนุบำรุงจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (บุปผา ขอบใช้, 2536) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 40.98) ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองไม่ได้มีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ยังคงสามารถทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ จึงส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิต

วิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี (จิตรา จันชนะกิจ, 2541; จีวรธรณ อินคัม, 2541 ; พนิตนาฏ ขำนาญเสื่อและทัศนีย์ เกิดกุลธร, 2545)

6. การจัดการกับความเครียด เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการลดหรือหลีกเลี่ยงความเครียดที่เกิดขึ้น ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง (Mean=2.45 , SD=0.616) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยพบว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านช่วงวัยและประสบการณ์ชีวิตหลายรูปแบบทำให้สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแหล่งที่ช่วยในการเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดที่เกิดขึ้น คือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน และวัด โดยกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ มีการนำคำสอนตามหลักของพระพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิตและลดความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิ การทำใจให้สงบ การปล่อยวาง เป็นต้น ศาสนาจึงเป็นสิ่งที่ช่วยในการลดความเครียดที่เกิดในผู้สูงอายุ และอีกทั้งผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความเข้าใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม ประกอบกับผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ จะเป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตใจ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Pender, 1996) จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ดี (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541 ; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542 ; พนิตนาฏ ขำนาญเสื่อและทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2545 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538)

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

1. ทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลจวังาม
2. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในตำบลจวังามและชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก
3. เป็นแนวทางให้บุคลากรด้านสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว องค์กรและหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนวางแผนหารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อ

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้นซึ่ง
จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีเพิ่มมากขึ้น

4. แนวทางในการดำเนินการศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรจัดโครงการเตรียมความพร้อมก่อนเข้า
ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีการ
ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องไปจนถึงวัยสูงอายุ
2. ควรให้ความสนใจการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านกิจกรรม
ทางกายให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง
3. ควรมีการศึกษาถึงชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของ
ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกายใน
ผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- กรกานต์ ป้อมบุญมี. (2538). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญา ชื่นอารมณ ; จรวพร ทะแก้วพันธ์ และอัจฉรา สิทธิรักษ์. (2543). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. (ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง) หน้า10)
- กัญญารัตน์ อุบลวรรณและคณะ . (2547) . ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพการเรียนรู้คิดของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2 . วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี , 2547
- กัญญารัตน์ อุบลวรรณ. (2540) . พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข กรุงเทพมหานคร, 2534.
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล : (2543). การชะลอความเสื่อมของผลกระทบบจากการเปลี่ยนวัย. (การดูแลตนเองในวัยทอง) หน้า(1-9)
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541).การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541).การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รศ.เจียมจิต แสงสุวรรณ และผศ.พรรณงาม พรรณเชษฐ์ : (2544). ข้อปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อร่างกาย. (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) หน้า (13)

- ชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินทร์รัตน์ พุทธิพาน. (2536). พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่บ้านฮ่องกอก ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. พยาบาลสาร, 20(3), 11-19
- ชลธิชา วังวิเวก . (2537) .ความสัมพันธ์ของสถานสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537.
- ชนินัฐ วโรทัย จรรยา และคณะ (2539). การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง. วารสารสาธารณสุข ศาสตร์, 26,(1), 15-26.
- ชุติกัญจน์ ฉัตรรุ่ง และนพนันท์ สิงห์ลาว. (2545). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี.
- ดวงเดือน พันธุโยธี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดุสิต สุนทรานู และคณะ (2532) . โครงการระบาดวิทยาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ 2535 . กระทรวงสาธารณสุข , 2532
- ต่อลาภ ไกรนุ่น และคณะ . (2547) . พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลแม่เปิง อำเภอแม่เปิง จังหวัดนครสวรรค์. งานวิจัยสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร , 2547.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร และคณะ. (2546). ปัญหาสุขภาพและภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในเขต ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2540). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ปานทิพย์ ประเสริฐผล . (2547) . พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี . วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี , 2547

- ปาริรัตน์ พรทวีกันหา. (2541). แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการ
 ดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
 ศึกษามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2545). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ
 ของผู้สูงอายุอำเภอเสื่อให้ จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 สระบุรี.
- ละลวย วันดี . (2539) . การเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนนอกเขต
 เทศบาลกับชุมชนในเขตเทศบาลของอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว . ปริญญา
 นิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2539
- วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2539). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเข้มแข็ง
 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์,
 26(3) ,165-178
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะ
 สุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พญ.วันดี ไกคะกุล ; นส.สมจินต์ โฉมวัฒน์นะชัย ; นส.พวงงาม อุ่นมานิช ; นส.วิภาพรรณ สุวรรณ
 ณะชฎ ; นางวัชรพร พรหมหาญ และนางลดาวัลย์ พรหมเสนา. (2547) . บทที่2
 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง. (ผลการสำรวจภาวะสุขภาพและการออก
 กำลังกายของผู้สูงอายุ) หน้า (9)
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศักดิ์รัฐพงษ์ ไชยสร. (2541). โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.(2548). มิติของการประเมินผู้สูงอายุและเครื่องมือ ที่แนะนำ. (มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ) หน้า54-61
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ . (2545) . ศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย ปี 2545 . สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2545
- สร้อยรัตน์ พลอินทร์ และคณะ . (2547) . ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี . วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าธนบุรี จังหวัดเพชรบุรี , 2547
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : (2542). "บทที่ 4 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน". (คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข) หน้า (77-132)
- สุวิพันธ์ บุญวิสุทธิ และคณะ . (2541). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 21(3) , 105-111
- อริสา จิตดีวิบูลย์ . (2547) . ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านท่านางหอม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา . วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา , 2547
- อุทัยวรรณ กสานต์สกุล. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการกระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัย. (พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- Abrams, W.B. , Beers,M.H. ,& Berkow, R. (1995). The Merck manual of geriatrics (2nd ed). Whitehouse Station : Merck & CO.
- Beckingham, A.C.,& Dugas, B.W. (1993). Promoting healthy aging. St.Louis : Mosby-year Book.
- Berggren-Thomas, P., & Griggs, M.J. (1995). Spiritual in aging : spiritual need or spiritual. Journal of Gerontological Nursing, 21(3), 5-10.
- Conn, V.S. (1998). Older adults and exercise : Path analysis of self-efficacy related constructs. Nursing Research, 47 , 180-188.

- Edelman, P., & Mandle, P. (1994). Health promotion throughout the life span. 3th ed. St.Louis : Mosby.
- Jones, J. M. , & Jones , K. D. (1977) . Promoting physical activity in the senior years. Journal of Gerontological Nursing , 23(7), 41-48.
- Jones, M., & Nies, M. A. (1996). The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercise in older African American woman. Public Health Nursing , 6 , 204 – 211.
- Kahn , R. L. , Goldfarb , A. I. , Pollack , M. , & Peck , A. (1996) . Brief objective measure for the determination of mental status in the aged . American journal of Psychiatry , 117 326 - 328
- Long, B. C. (1995). Healthy life – style : nutrition, exercise, rest and sleep in W.J. Phipps, V. L. Cassmeyer, J. K. Sans, & M. K. Lehman (Eds.), Medical-Surgical Nursing : Concept and Cinical Practice (5th ed, pp. 135 - 161). St.Louis : Mosby.
- Matteson, M.A., McConnell, E.S. and Linton, A.D. Gerontological Nursing Concepts and Practice. 2nded. Philadelphia: W.B. Sauaders, 1997.
- Miller , M. P. (1991). Factors promoting wellness in the age person : an ethnographic study. Advance Nursing Scince, 13(4) , 39 – 51
- Nelson, P. B. (1991). Intrisic / Extrisic religions orientation of the elderly : relationship to depression and self- esteem. Journal of Gerontological Nursing , 16(2), 29 - 35.
- Pender , N. J & Pender A.R. (1987). Health promotion in nursing practice. (2^{ed}Edition). Norwalk : Appleton & Lange.
- Pender , N. J. (1996). Health promotion in nursing practice. (3^{ed} Edition). Stamford : Appleton & Lange.
- Schilke, J.M.(1996).Slowing the aging process with physical activity. Journal of Gerontological Nursing, 17(6) , 4-8 .

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N.J. (1987). The Health-promotion lifestyle profile : development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36, 76-80.
- Walker, S. N. (1997). Wellness for older . In B.W. Spradly & J.A. Allender (Eds.), Reading in community health nursing (5th ed.,pp.459-467). Philadelphia : Lippincott.
- Wiest, J., & Lyli, R.M. (1997). Physical activity and exercise : A first step to health promotion and disease prevention in women of all ages. Women's Health, 7(1), 10-16.





ภาคผนวก ก
ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

ชุมชน.....

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ

เป็นแบบการวัดการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุสามารถตอบได้ 8 ใน 10 ข้อ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนอื่นๆ ต่อไป

	ตอบได้ถูกต้อง	ตอบไม่ได้
1. หมู่บ้านนี้ชื่อหมู่บ้านอะไร	()	()
2. ท่านอยู่บ้านเลขที่อะไร	()	()
3. วันนี้เป็นวันอะไร	()	()
4. เดือนนี้เดือนอะไร	()	()
5. ปีนี้ปีอะไร	()	()
6. ท่านอายุเท่าไร	()	()
7. ท่านเกิดเดือนอะไร	()	()
8. ท่านเกิดปีหรือปี พ.ศ.อะไร	()	()
9. ผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบันชื่ออะไร	()	()
10. ผู้ใหญ่บ้านคนก่อนชื่ออะไร	()	()

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงตัวเดียว หรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง ให้คำตอบตามความจริงของผู้สูงอายุ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปัจจุบัน.....ปี
3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านและเขียนไม่ได้ () อนุปริญญา
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านออกและเขียนได้ () ปริญญาตรี
 - () ประถมศึกษา () อื่นๆ(ระบุ).....
 - () มัธยมศึกษา
4. สถานภาพสมรส
 - () โสด () คู่
 - () หม้าย () หย่า/แยก
5. ปัจจุบันท่านอยู่กับใครบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
 - () อยู่คนเดียว () อยู่กับคู่สมรส
 - () อยู่กับบุตร () อยู่กับหลาน
 - () อยู่กับญาติ(ระบุ)..... () อื่นๆ(ระบุ).....
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมตัวผู้สูงอายุด้วย).....คน
7. อาชีพ
 - () ไม่ได้ทำงาน () รับราชการบำนาญ
 - () เกษตรกรรม (ระบุ)..... () ค้าขาย
 - () รับจ้าง () อื่นๆ(ระบุ).....
8. แหล่งของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ตนเอง () ทรัพย์สินเดิม
 - () บุตรหลาน () เงินบำนาญ
 - () ญาติ () อื่นๆ(ระบุ).....
9. ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุที่ใช้จ่ายต่อเดือน
 - () เหลือเก็บ () พอใช้
 - () ไม่พอใช้
10. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

() ไม่มี

() มี (ระบุ).....

12. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากที่ใดบ้าง

	ได้รับ	ไม่ได้รับ
12.1 โทรทัศน์	()	()
12.2 หนังสือพิมพ์	()	()
12.3 วิทยุ	()	()
12.4 หอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน	()	()
12.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	()	()
12.6 อื่นๆ (ระบุ).....	()	()



ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อละ 1 ช่อง ท่านได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน

2 = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้งหรือน้อยมาก

1 = ไม่ปฏิบัติเลย หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยทำเลยหรือแทบจะไม่ได้ทำเลย

ข้อความ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
	3	2	1
ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ			
1. ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้			
2. ท่านปรึกษากับคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ			
3. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ			
4. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น			
5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวเอง			
6. ท่านบอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย			
7. ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ หรือการเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ			
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
8. ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ			
9. ท่านติดต่อพูดคุย หรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง			
10. ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ดี			
11. ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน			

ข้อความ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
	3	2	1
12. ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง			
13. ท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ			
14. ท่านเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจกับคนในครอบครัว			
การออกกำลังกาย			
15. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 20 นาที			
16. ในขณะที่ออกกำลังกายท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก			
17. หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ			
18. ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา			
19. ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย			
20. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก			
21. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น			
โภชนาการ			
22. ท่านรับประทานผลไม้			
23. ท่านรับประทานผัก			
24. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
25. ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด			
26. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา			
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ			
27. ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ			
28. ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว			
29. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่			
30. ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน			
31. ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา			

ข้อความ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
	3	2	1
32. ท่านได้ทำตัวเป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ			
33. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน			
34. ท่านเป็นที่เคารพและนับถือของเพื่อนบ้าน			
35. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า			
36. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข			
37. ท่านเตรียมพร้อมที่อาจจะเกิดความเปลี่ยนแปลงในอนาคต			
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (ต่อ)			
38. ท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ			
การจัดการกับความเครียด			
39. ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น			
40. ท่านบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้			
41. ท่านสามารถจะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ			
42. เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน			
43. ท่านปฏิเสธคำขอร้องของคนอื่นบ้างในบางโอกาส			