

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจirim
อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เมษายน 2550

กย๒๗ ๗ ๒๕๕๑



รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา การวิจัยทางสุขภาพ (55146)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2549

ประกาศคุณูปการ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลงด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากอาจารย์สมเกียรติศรีประสิทธิ์ ที่ปรึกษาและคณะกรรมการทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จสมบูรณ์ได้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคุณอาจารย์ประจำภาควิชาการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร,คุณกฤษณะ คำฟอง เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 สาธารณสุขอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ คุณนรรธ น้อยทัน นักวิชาการสาธารณสุข 5 สถานีอนามัยจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์, นายวีระยุทธ สมป่าคู้ดี นักวิชาการส่งเสริมการเกษตร 7 สำนักงานเกษตรจังหวัดกำแพงเพชร , นายฉันท บวรณะพล นักวิชาการสาธารณสุข 6 โรงพยาบาลทับคล้อ จังหวัดพิจิตร, นายชัยทัต ปัทม นักวิชาการสาธารณสุข 6 สถานีอนามัยมือสมบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ที่กรุณาให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าจนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สมบูรณ์และมีคุณค่า

ขอขอบพระคุณ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุและประชาชน ในพื้นที่ตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

คุณค่าและประโยชน์อันพึงได้จากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขอขอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

กุลนิษฐ์	มีนรินทร์
เกศินี	อินทิพย์
พรรณนภา	เงินเส็ง
วนิดา	ไมตรีอินทัย
สุพจน์	บุญประสงค์

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ตำบลจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

ผู้เขียน กุลนิษฐ์ มินรินทร์ , เกศินี อินทิพย์ , พรรณนภา เงินเส็ง ,
วนิดา ไมตรีอินทัย , สุพจน์ บุญประสงค์

ที่ปรึกษา อาจารย์สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์

ประเภทสารนิพนธ์ รายงานการศึกษาวิชาการวิจัยทางสุขภาพ (55146)
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง 2 ปี)
มหาวิทยาลัยนเรศวร ,2549

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นและเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย ฉะนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีที่จะนำไปสู่ภาวะการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจ ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำไปให้เกิดปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตตำบลจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 218 คน การศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้ χ^2 -test ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ แรงจูงใจด้านสุขภาพค่อนข้างสูง และสิ่งชักนำไปให้เกิดการปฏิบัติปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำไปให้เกิดการปฏิบัติ และ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำไปให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้นในการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ควรเน้นการส่งเสริมด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำไปให้เกิดการปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อยกว่า 70 ปี มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพรับจ้าง จึงจะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ผู้วิจัย จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรได้รับการแก้ไขโดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และให้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่	
1. บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
3. สมมติฐานการวิจัย	5
4. ขอบเขตของการวิจัย	5
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
6. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
7. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
2. ทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิดผู้สูงอายุ	8
2. แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	18
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	34
4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ	38
5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	42
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
2. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ	49
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	52
4. การวิเคราะห์ข้อมูล	53

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4. ผลการวิจัย

- | | |
|---|----|
| 1. ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง | 54 |
| 2. ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ | 56 |
| 3. ข้อมูลแรงจูงใจด้านสุขภาพ | 57 |
| 4. ข้อมูลสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพ | 59 |
| 5. ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 60 |
| 6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ | 63 |

5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

- | | |
|--------------------------------------|----|
| 1. สรุปผลการวิจัย | 69 |
| 2. ข้อเสนอแนะ | |
| 2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย | 71 |
| 2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป | 72 |

บรรณานุกรม

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. แบบสัมภาษณ์

ประวัติผู้วิจัย

*_**

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ 54
2. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนก ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อ 56
3. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้ 57
4. จำแนกและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามแรงจูงใจด้านสุขภาพรายข้อ 57
5. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพ 58
6. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นรายข้อ 59
7. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกระดับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 60
8. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
เป็นรายข้อตามรายด้าน 60
9. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น
รายด้าน 62
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ
และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 63

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

สารบัญตาราง

แผนภูมิที่

	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)	6
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)	19
3. การรับรู้	34
4. กระบวนการรับรู้	35



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพของประชาชนนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ประชาชนจะต้องมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคม เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ ศิลปวัฒนธรรม ประสบการณ์ทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์แก่เยาวชนรุ่นหลังเป็นอย่างมาก และในปี พ.ศ. 2542 ทางองค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดให้เป็น “ปีผู้สูงอายุสากล” (International year of Older Person 1999) รวมทั้งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำขวัญวันอนามัยโลก วันที่ 7 เมษายน 2542 ว่า “Active Aging Make The Difference” ซึ่งหมายความว่า “ผู้สูงวัยอนามัยดี มีคุณค่า ช่วยพัฒนาสังคม” (จดหมายข่าวสภากาชาดไทย, 2542 : 1)

ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรโดยรวมทั้งหมด ขนาดและสัดส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.7 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.5, 10.2 และ 13.9 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543, 2553 และ 2563 ตามลำดับ (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2538 : 12) และจากการสำรวจข้อมูลประชากรในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2542 พบว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 8.4 ของประชากรทั่วประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2542)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สืบเนื่องมาจากมาตรการ การคุมกำเนิดจากรัฐที่สามารถควบคุมการเพิ่มของประชากรหรือสามารถลดอัตราการเกิดได้อย่างรวดเร็วแล้ว อัตราตายของไทย ก็มีแนวโน้มลดลงทั้งนี้สืบเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์และการสาธารณสุขสมัยใหม่ที่สามารถควบคุมป้องกันโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการตายได้ อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง หากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพย่อมทำให้ออกาสเกิดอาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพตลอดจนความพิการก็อาจมีสูงขึ้นได้แม้ว่าอายุจะยืนยาวขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของสุรีย์ กาญจนวงศ์ และคนอื่น ๆ (2540 : 45) พบว่าผู้สูงอายุในเขตภาคกลางร้อยละ 43.5 มีสุขภาพปานกลาง และร้อยละ 52.7 มีโรคประจำตัวหรือป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคชรา การเจ็บปวดกล้ามเนื้อ โรคความดันโลหิต ไชข้อเสื่อม โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับตา ซึ่งสอดคล้องกับโรคที่เป็นสาเหตุของการ

ตายมาสู่ผู้สูงอายุได้แก่ โรคหัวใจ วัณโรค เลือดออกในสมอง และกระโหลกศีรษะ ปอดอักเสบ (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภาพ, 2534 : 21)

จะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากแล้วจะมีความแข็งแรงเหมือนกับวัยหนุ่มสาวไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่คิดที่จะทำอะไรและในที่สุดก็จะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ นอกจากนี้คนส่วนมากจะเข้าใจผิดว่าโรคเหล่านี้เป็นโรคผู้สูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ในปัจจุบันนี้ นักวิทยาศาสตร์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการความแก่หรือความชราภาพ พบว่า การมีอายุยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นคือ ปราศจากโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถเป็นไปได้ และโรคต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นโรคผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ โดยการใช้ชีวิตอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้ คือ การรับประทานอาหารให้ถูกส่วนมีคุณค่าทางอาหาร มีแคลอรีต่ำหรือมีไขมันน้อย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า (กชกร สังชาติ, 2536 : 46 - 47) การที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและวัยจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายสูงขึ้น โรคที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายนั้นเกิดได้น้อยลง ร่างกายจะแข็งแรงมีสมรรถภาพดีขึ้น นอกจากนั้นการพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ การนอนหลับวันละ 6 - 8 ชั่วโมง จะช่วยให้ร่างกายสดชื่นมีความคิดแจ่มใส (ศรีจิตรา บุญนาค, 2530 : 35) จากการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2531 : 71) เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงสมบูรณ์นั้นมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย อดอาหาร อดน้ำ ร้อยละ 39.5 ไม่เคยตรวจเช็คร่างกายของตนเอง ร้อยละ 80.1 ส่วนผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า และจากการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534 : 112 - 120) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกรด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 69.29 รับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่สุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 5.60 ดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 7.70 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 30.79 ไม่เคยไปตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 83.30 การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพนั้นจะเร่งขบวนการต่าง ๆ ในการเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเกิดได้มากในวัยสูงอายุและทำให้เพิ่มอัตราการตายในผู้สูงอายุ (WHO, 1989 : 31)

จะเห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลเนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และถือเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม พาแลงก์ (Palank, 1991 : 816) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่

ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well - being) พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด วอกเกอร์ และคนอื่น ๆ (Walker, et al., 1990 : 258) มองว่าวิถีชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความหมายเหมือนกัน และกล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิตมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 76 - 81) ได้พัฒนารูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยพัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพ เพื่อใช้วัดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self Actualization) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) การออกกำลังกาย (Exercise) การรับประทานอาหาร (Nutrition) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ส่วนดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 109) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุควรเน้น การออกกำลังกาย รองลงมาเป็นความรับผิดชอบสุขภาพการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพึ่งพาส่งกันและกัน และการจัดการกับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของมุลลี ชูเนตร (2538 : ก - ข) ได้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพค่อนข้างน้อยไม่สม่ำเสมอ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุปฏิบัติในระดับปานกลาง และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันและกันค่อนข้างบ่อยสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกัน ดังนั้น หากผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติตัวโดยยึดถือแนวทางใดแนวทางหนึ่งที่กล่าวมาแล้วควรที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

กลุ่มผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อสังคมและผู้สูงอายุที่มีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น อาจจะแตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตำบลจรมิ อำเภอบ้านลาด จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นชุมชนเมืองแห่งหนึ่งที่มีแนวโน้มการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชนสถานีอนามัยจรมิ จากแบบสำรวจสุขภาพประจำครอบครัว (Family Folder) ระหว่างปี พ.ศ. 2545- 2549 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 374,401,437,492,528 คน

นอกจากจำนวนประชากรที่เพิ่มของผู้สูงอายุแล้ว การได้รับผลกระทบจากการขยายตัวด้านอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วคือ มีการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองส่งผลให้มีการสร้างที่อยู่

อาศัยกันอย่างแออัด เกิดสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกลักษณะ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดปัญหา การเจ็บป่วยและความพิการตามมาได้ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเห็นได้จากสถิติการ เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลท่าปลา ระหว่างปี พ.ศ. 2546 – 2549 พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคต่าง ๆ 5 อันดับ ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรค ระบบหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และปัสสาวะ โรคระบบประสาท ดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าปลา พ.ศ. 2547 – พ.ศ. 2549 มี 5 อันดับแรก จำแนกตามโรค ดังนี้

อันดับ	การวินิจฉัยโรค	พ.ศ. 2547		พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2549	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	โรคระบบไหลเวียนโลหิต	78	17.84	51	10.37	102	19.31
2.	โรคระบบกล้ามเนื้อ	41	9.38	26	5.28	63	11.93
3.	โรคระบบหายใจ	32	7.32	17	3.45	34	6.44
4.	โรคระบบทางเดินอาหาร	20	4.58	9	1.82	15	2.84
5.	โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และปัสสาวะ	8	1.83	3	0.61	9	1.70

ที่มา : งานเวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลท่าปลา (2549)

จะเห็นได้ว่าโรคระบบไหลเวียนโลหิตเป็น โรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่ง โรคในระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่โคเลสเตอรอลสูง บริโภคนิสัยไม่ถูกต้อง ขาดการ ออกกำลังกาย ความเครียด สิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และจากสาเหตุดังกล่าวมีส่วนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ ฉะนั้นจากสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดการ เสื่อมของร่างกายและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสาเหตุของการป่วย และเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้ผู้สูงอายุเองต้องมีโอกาสที่จะพบกับปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แน่นอน แต่ก็ สามารถที่จะป้องกันไม่ให้ เกิดขึ้น โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง ดังนั้นควรมีแนว ทางของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพดีของ ผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่น ๆ โดยไม่ต้อง พึ่งพาอาศัยหรือสร้างความ ลำบากให้แก่ครอบครัวและสังคมที่ตนอาศัยอยู่

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จะเห็นว่าการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ เป็น สัญญาณเตือนให้นักวิชาชีพด้านสุขภาพเตรียมรับมือกับสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การได้ช่วยเหลือและรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุได้ตรงประเด็นเพื่อดำเนินการให้ความรู้ที่เป็น

พื้นฐานสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาความปกติสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ร่วมช่วยเหลือเกื้อกูลสังคมของตนอย่างแข็งขัน กลุ่มผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ปัจจัยนี้ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

3. สมมุติฐานจากการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาย่อยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ทั้งนี้จะจำกัดขอบเขตการศึกษาในด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

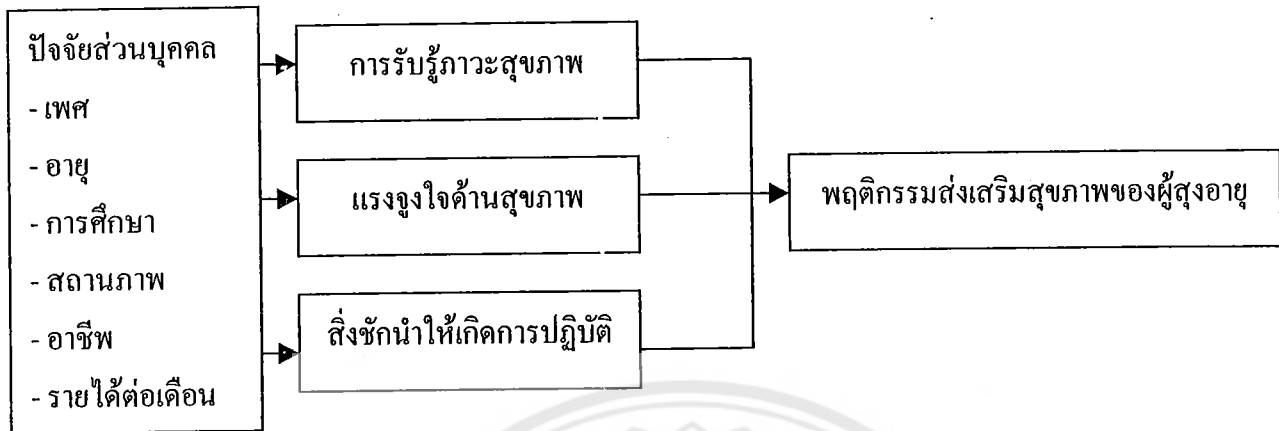
ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. แรงจูงใจด้านสุขภาพ
3. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย



7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และเป็นผู้ที่อาศัยในเขตตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้ตระหนักและรับรู้ในเรื่องของความเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย แล้วพิจารณาที่จะดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้
3. แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึที่เป็นแรงผลักดันของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมในการรักษาสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย และการดูแลเอาใจใส่ให้สุขภาพดีขึ้นมีชีวิตรยืนยาวประกอบไปด้วย การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด
4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง การที่ได้รับการสนับสนุนหรือกระตุ้นจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และสื่อที่นำเสนอทางด้านสุขภาพต่าง ๆ
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข กระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านจิตวิญญาณการจัดการกับความเครียด

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการ โครงการสาธารณสุข หรือจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์

2. เพื่อให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา และจัด
ประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้านสุขภาพ
3. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น
4. เพื่อเป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจจะศึกษาค้นคว้าวิจัยในรายละเอียด
ด้านอื่น ๆ ต่อไป



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า จากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คำว่า แก่ คนชรา ชราภาพ หรือคำอื่นๆ ซึ่งเป็นคำล้อเลียนที่มีความหมาย เช่นเดียวกันนี้ พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายว่า ความแก่ ความชราครุฑโครม ดังนั้น ในวันที่ 1 ธันวาคม 2512 ซึ่งมีการประชุมคณะผู้อาวุโสครั้งแรก พ.ศ. ๓๐ หลวงอรุณ สิริ สิริสุนทร จึงได้เสนอคำว่า ผู้สูงอายุ (กุลยา ต้นผลาชีวะ, 2524 : 3) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุ ควรจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีความเสี่ยงตามสภาพที่กำลังลดลง เชื่องช้า
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ไม่มีโรค ควรได้รับความช่วยเหลือ

กุลยา ต้นผลาชีวะ (2524 : 2) ได้แยกระดับการมีอายุเป็น 2 ระดับ คือ อายุระหว่าง 60-75 ปี เรียกว่า วัยเริ่มมีอายุ (Young Old) และระยะที่ 2 อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีอายุเต็มที่ (Old หรือ Realy Old)

กรมประชาสงเคราะห์ (2526 : 11) ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุหมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะท้ายสุดของช่วงอายุ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ

บรรลุ ศิริพานิช (2526 : 40) ได้เสนอว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

สมัชชาโลกผู้สูงอายุได้มีมติที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง เป็นประชากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอด

ความรู้และประสบการณ์ให้แก่ลูกหลานและเยาวชนรุ่นหลัง อีกทั้งยังเป็นผู้นำทำประโยชน์แก่สังคมหากมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่อนุชนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี (โศภาวรรณ วิมลรัตน์, 2537 : 15)

ไบร์เรน (Birren) ได้กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็นผู้ชรา นั้น ควรพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคม สำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิตนั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความสอดคล้องในการรับรู้ การจดจำ การรับความรู้ใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตน ส่วนทางด้านสังคมก็จะพิจารณาทบหาหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ ถ้าจะใช้หลักของไบร์เรน เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใดคือผู้ชรา ก็คือเน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลนั่นเอง ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดีปรับตัวก็ยังไม่แก่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536 : 2)

จะเห็นได้ว่า จากความหมายของผู้สูงอายุที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าเป็นการให้คำจำกัดความถึงผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเสื่อมสภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และส่งผลถึงสังคมตามมาด้วย ซึ่งเห็นควรให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็สามารถดูแลตนเองโดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากการเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ภาวะประชากรผู้สูงอายุ

ภาวะประชากร หมายถึง ภาวะการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเพิ่มจำนวน การตาย การย้ายถิ่น องค์ประกอบประชากร การกระจายความหนาแน่น และผลสืบเนื่องในระดับครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ มี 3 ด้านคือ (ศุภวัลย์ พลายน้อย, 2525 : 68 – 69)

1. การลดลงของอัตราการตาย จากปรากฏการณ์ทางประชากรที่ผ่านมา ทำให้พบข้อสรุปว่า การลดลงของอัตราการตายในระยะแรก จะทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุต่ำลงและสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป ประมาณ 60 ปี
2. การลดลงของอัตราเกิด ซึ่งก่อให้เกิดการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ อาจจะมีอธิบายได้คือ การลดลงของอัตราเกิดจะลดสัดส่วนของกลุ่มอายุต่ำกว่า 10 ปีและจะเพิ่มสัดส่วนของกลุ่มอายุด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า การลดอัตราเกิดจะมีผลต่อการเพิ่มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้รวดเร็วกว่าอัตราการตาย แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านการลดอัตราเกิดและอัตราการตาย ทั้งสองปัจจัยนี้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่จะทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

3. การย้ายถิ่น จากปรากฏการณ์การย้ายถิ่นโดยทั่วไป ผู้ย้ายถิ่นมักจะเป็นประชากร

วัยหนุ่มสาว การที่คนหนุ่มสาวย้ายถิ่นออกเป็นผู้ที่อยู่ที่วัยเจริญพันธุ์สูง การย้ายถิ่นออกไม่เพียงแต่ลดประชากรหนุ่มสาวแต่จะเป็นการลดภาวะเจริญพันธ์ด้วย ทำให้ในระยะต่อมาอัตราเกิดในถิ่นต้นทางลดต่ำลง จำนวนเด็กน้อยลง ยิ่งทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุในถิ่นต้นทางสูงขึ้นอีกเป็นทวีคูณ

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความสูงอายุเป็นผลรวมของพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์ นับตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสิ้นอายุขัยของบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะไปในลักษณะ การเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดจนอายุขัย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแยกเป็น 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological Change) สำหรับด้านร่างกายของ

ผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงหน่วยที่เล็กที่สุดของชีวิต ระดับเซลล์ ซึ่งมีการเกิดเจริญเติบโต และตายลง และมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน อย่างไรก็ตามในภาวะของผู้สูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม มากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุมีดังต่อไปนี้

1. ระบบผิวหนัง (Integumentary System) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงเซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เดิมลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงบางและเหี่ยวย่น

1. ระบบประสาทและสมอง (Nervous System) ศูนย์การควบคุมประสาทส่วนกลางทำงานลดลง มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทเกิดขึ้นอย่างเห็น

2. ระบบประสาทสัมผัส (Special Sense) มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นไม่ดี หูชั้นในเสื่อมมากมีอาการหูตึง ต่อมรับรสและลิ้นลดลง

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System) การแลกเปลี่ยนแลกเปลี่ยนเกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจ มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะบริเวณผนังของหัวใจจะหนาขึ้นหัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจจะแข็ง

5. ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงเนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง

6. ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ความสามารถในการรับกลืนและรส ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร

7. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) ในผู้สูงอายุต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลง

รูปร่างและทำงานลดน้อยลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change) ส่วนหนึ่ง
เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น โซโลมอน (Solomon 1996 : 48) กล่าวว่า การเกิดความเจ็บป่วย หรือความเสื่อมของร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บุตรหลาน คู่สมรส เพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อิลิโอเปอลอส (Eliopolos, 1979 : 55) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลอันเป็นที่รัก ญาติสนิท หรือคู่ชีวิตต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2. การสูญเสียเสถียรภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงานขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลง เนื่องจากหาคณะการติดต่อทางด้านธุรกิจ การงานหรือหาคณะที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่าไม่มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือต่อชุมชน และขณะเดียวกัน ก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุนั้นบุตรธิดา จะมีครอบครัวกันแล้ว และแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะสังคมยุคปัจจุบันที่ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดลง บทบาทด้านให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง กิจกรรมร่วมกันลดลง ทำให้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ยิ่งขาดกำลังในการดูแลกิจกรรมในบ้านของตนเองก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บปวดเหงาเปล่าเปลี่ยว หัวเหว่และรู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง

4. การที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญทั้งนี้เพราะ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้งๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชายนอกจากนี้เหตุผลทาง สังคม วัฒนธรรม โดยเจตคติของสังคม ที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social Change) ในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคม

จะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา ซึ่งเกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 80 – 82) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงแบบของสังคมในอดีต ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรม ที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของส่วนตนเอง การพึ่งพาลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขอดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

2. ความคับข้องใจทางสังคม การเข้าสู่วัยสูงอายุการปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีผลกระทบจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่การมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น นอกจากนี้การเกษียณอายุหรือยุติการทำงาน อาจมีความหมายที่ดีสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่มเช่น ผู้ที่มีความเบื่อหน่ายการทำงาน ต้องทำงานเพราะฐานการยอมรับพิจารณามอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออกความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยจะลดลง ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

3. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี การยอมรับของครอบครัวมีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมต่อไปได้

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุ และเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อความสมดุลของชีวิตซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ ดังนั้นผู้สูงอายุต้องพยายามที่จะปรับตัวให้อยู่ได้ด้วยความที่มีภาวะสมดุลของร่างกายในการที่จะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วยการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ทฤษฎีผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อีเบอร์โซลและเฮส (Ebersol & Hess, 1981 อ้างถึงในละออง สุวิทย์ภรณ์, 2534 : 13 – 18) ได้สรุปทฤษฎีของการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (Collagen) และไฟบรัสโปรตีน (Fibrous Protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น และเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงบริเวณกระดูกข้อต่อ จะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30 – 50 ปี บริเวณที่มีการจับตัวสูงได้แก่ ผิวหนัง กระดูก เอ็น กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติน้อยลงพร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย คล้ายคลึงกันหลายชั่วคน เมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้จะมีอายุเท่ากัน

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำหรือได้รับขนาดสูงทันที จะมีผลทำให้เซลล์มีชีวิตสั้นลง

ส่วนทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไป RNA และเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกติ นั้น จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์ มีผลต่อขบวนการเผาผลาญซึ่งอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากมีผลทำให้เสียชีวิต

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบ สิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่า หลังจากการใช้งานครั้งแล้วครั้งเล่าย่อมมีการสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตต่างกับเครื่องจักร ตรงที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเองได้ เนื้อเยื่อบางชนิด เช่น ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าที่ตายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอย แต่ในระบบเซลล์อื่นๆ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่อีก เมื่อเข้าสู่การมีอายุการเสริมสร้างจะต่าง

จากพวกแรก คือ เป็นการเสริมสร้างภายในเซลล์เดิม ประสิทธิภาพในการซ่อมเสริมจึงดีกว่า จึงชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่า ซึ่งเห็นว่า ถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดยุ ถ้ามีการใช้มากมีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมที่บกพร่อง (Deprivation Theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจาก ความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเป็นผลให้การอดซึม หรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ในเลือดไปสู่เซลล์ของอวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ อวัยวะต่างๆ จึงเสื่อมลง

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าในน้ำเหลือง (Serum) ของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่ามีการสะสมของสารบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์ และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารดังกล่าว ในปัจจุบันยังไม่สามารถแยกสกัดออกจากร่างน้ำเหลืองได้ และยังไม่พองค์ประกอบทางเคมีจากการทดลองต่างๆ สรุปได้ว่า สารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง ในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

1.8 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการให้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ จะทำให้เกิดพวกเรดิคัลอิสระ (Free Radical) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารนี้จะถูกเร่งให้เกิดมากขึ้นโดยการฉายรังสี แต่มีสารที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเรดิคัลอิสระ ได้แก่วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนั้นพวกวิตามินเอ วิตามินซีและไนอาซิน ยังช่วยจับสารเรดิคัลอิสระอีกด้วย

1.9 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress - Adaptation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญความเครียดบ่อยๆ จะทำให้นุคคณนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

จากทฤษฎีดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ทฤษฎีความสูงอายุในแง่ชีวิตวิทยามีความคล้ายคลึงกัน คือพยายามอธิบายว่าสาเหตุแห่งความชราเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในและ ไม่สามารถอธิบายเพียงทฤษฎีเดียวได้ต้องอาศัยหลายทฤษฎีจึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ ชับซ้อนเกี่ยวกับความชราภาพของมนุษย์ได้

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) มี 2 ทฤษฎี ดังนี้ (ละออง สุวิทยา ภรณ์, 2534 : 15 - 46)

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความ มั่นคง อบอุ่น มีความรัก แบบด้อยที่ด้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่น และ

ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูก หลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่มี ความเคียดแค้น แต่ในทางกลับกัน ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตจกกับแคบ ผู้สูงอายุนั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมี ความสุข

2.2 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่มีผู้ศึกษาและรวบรวมไว้มี 5 ทฤษฎี ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2334 : 32 – 37)

1. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้ให้แนวคิดว่าการปรับตัวต่อ การเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบทบาท คือบุคคลผู้นั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกัน ไปตลอดชีวิตของเขา เช่น บทบาทการเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา ฯลฯ ความเป็นอยู่ของบุคคลจะ ถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบ บุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและดี เพียงใด ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนต่อบทบาทที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยที่อาจจะเป็ นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ของตนเอง อันจะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมที่กำลังจะมาถึงหรือกำลังจะเปลี่ยนไป ในอนาคต

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีกิจกรรมเป็นอีกทฤษฎี หนึ่งที่ทำให้มองเห็นภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากขึ้น ทฤษฎีนี้พัฒนาจากการวิเคราะห์ของโร เบิร์ต ฮาร์วิงฮูร์ต (Robert Harvinghurst) ผลสรุปของทฤษฎีกิจกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มี กิจกรรมอยู่เสมอๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง และมีภาระกิจอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึง พอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ใดๆ มีภาพพจน์ เกี่ยวกับตนเองในด้านบวกและชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมและต้องการคงลักษณะนิสัยนี้ไว้เหมือน เมื่ออยู่ในวัยกลางคนให้มากที่สุด นอกจากนี้การร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจากการปฏิบัติงานกล่าว โดยสรุป ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้นควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคม ตามสมควร เช่น การมีงานอดิเรกทำหรือการเป็นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรม สมาคม ชมรม เป็นต้น

3. ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้ระบุว่าเป็ นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคมเมื่อ ตนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงหนีจากความกดดันและความตึงเครียด โดยการ ถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าคุณมีความสามารถลดลง นอก จากนี้นักทฤษฎีการแยกตนเองเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและบทบาท ทางสังคม นั้นเป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเอง ให้แก่คนหนุ่มสาวหรือคนที่จะมี บทบาทหน้าที่ ได้ดีกว่า ทฤษฎีนี้มีความเห็นว่า ตามปกติแล้วผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมให้น้อยลง ในขณะที่จะปรับ ตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการของการเป็นผู้สูงอายุ

4. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการ

ปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุอีกทฤษฎีหนึ่ง ตามแนวคิดทฤษฎีนี้ระบุว่าผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้เหมาะสมกับบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไป และยังคงสภาพที่จะพยายามปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

5. ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดภายในกลุ่มอายุและระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ทฤษฎีนี้ถือว่าอายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ เป็นต้น ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นของอายุจากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

จากทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ว่า มีแนวคิดต่างกัน 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่อธิบายถึงการอยู่ร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีความต่อเนื่อง และทฤษฎีระดับชั้นอายุ และอีกกลุ่มหนึ่งอธิบายถึงการแยกตัวออกจากสังคม ได้แก่ทฤษฎีการแยกตนเอง ความรู้เกี่ยวกับทัศนคติ

ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมสมรรถภาพลง การรับรู้ว่าคุณภาพของสุขภาพอย่างไรขึ้นกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิต

ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุทั่วไปเหมือนกันทุกวัย คือ

1. เศรษฐกิจ ภาวะของเศรษฐกิจมีผลต่อสุขภาพโดยตรงทั้งผู้มีฐานะดีและยากจน คนที่มีฐานะดีแต่ขาดความรู้ ความเข้าใจ การเอาใจใส่ต่อตนเองไม่ถูกต้อง จะเป็นในลักษณะ เกินพอดี ส่วนคนยากจนก็ขาดความพอดี มีความขัดสนที่จะใช้เงินเพื่อจะรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นทำให้เกิดโรคได้ง่าย

2. การศึกษา ทำให้คนพัฒนาในทุกด้าน สามารถเรียนรู้ในการที่จะทำให้ตนเองดีขึ้นในแง่สุขภาพก็รู้จักที่จะรักษาและดูแลตนเองให้ดี ไม่เจ็บป่วยและเป็นโรค แต่ผู้มีการศึกษาน้อยมักจะไม่เข้าใจถึงการที่จะดูแลสุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้อง

3. สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันคนในเมืองใหญ่ต้องประสบกับปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษและภาวะแวดล้อมเครียด โดยเฉพาะคนที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่หรือเขตอุตสาหกรรมจะเสี่ยงต่ออันตรายทางสุขภาพมากกว่าคนที่อาศัยในชนบทที่อากาศดีและความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเป็นนิมิตผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และก็พบว่าคนที่มียุ้ยยืนมักจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบและอากาศดี

4. ความรับผิดชอบ บ่อยครั้งที่พบคนมีความรู้ดี ฐานะดีป่วยด้วยโรคที่ขาดความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น โรคอ้วน ไขมันโลหิตสูง หรือเบาหวาน ทั้งนี้เพราะการเพิกเฉยต่อสุขภาพตนเอง ขาดความระมัดระวัง ใช้ชีวิตตนเองไม่ถูกต้อง กินไม่เป็น อยู่ไม่เป็นขาดความพอดี ขาดความระมัดระวังสุขภาพ เช่น สารพิษ อุบัติเหตุ และที่สำคัญแม้ยังไม่เจ็บป่วยมีชีวิตอยู่

คิดตามปกติก็ไม่ใส่ใจที่จะบำรุงรักษาสุขภาพ ปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติเพราะเข้าใจผิดว่าถ้ายังไม่เจ็บป่วยก็ยังคงไม่เป็นไร ซึ่งผลแห่งการขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเป็นโรคได้ง่ายตามมา

5. สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ พื้นฐานทางอารมณ์และจิตใจมีผลต่อสุขภาพอย่างมากคนที่มึปัญหาทางอารมณ์ การไม่รู้จักระวังกันรักษาพื้นฐานทางจิตใจตั้งแต่วัยเด็กอาจนำไปสู่โรคจิต เช่น โรคประสาทบุคลิกภาพแปรปรวน

นอกจากนี้สาเหตุร่วมจากปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุอีก 2 ประการคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาตามอายุ ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคร้าย เจ็บป่วยได้ง่าย ความอ่อนแอของร่างกายทำให้การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานและโรคที่เป็นจะเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษา

2. การยอมรับความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้วการรักษาในบางครั้งไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้มีผลต่อการรักษาเป็นอย่างมากนอกจากนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ความมีอายุก็ทำให้เวลาการรักษานานกว่าปกติด้วยสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาก็คือ

2.1 เห็นความเจ็บป่วยเป็นเรื่องคู่กับความมีอายุเป็นธรรมดาของชีวิตเมื่อเกิดได้ก็หายได้จะไปพบแพทย์ต่อเมื่อมีปัญหามากมายซึ่งบางครั้งก็สายเกินแก้แล้ว

2.2 กลัวโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมักปฏิเสธทันทีเมื่อลูกหลานจะพาไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยการกลัวโรงพยาบาลนี้ ส่วนลึกลงมาจากการกลัวความตาย ซึ่งหมายถึง การพลัดพรากและการจบชีวิตลงหลังจากรับรู้การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็น โรคอะไร

2.3 ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองอ่อนแอ เกรงว่าจะขาดการยอมรับสมรรถนะทางสังคมสังคมจะทอดทิ้ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุกลัวมาก

2.4 การเพิกเฉยของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ลูก หลาน ญาติพี่น้อง ที่อาจขาดความสนใจในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและเห็นว่ามึอายุแล้ว ความเจ็บป่วยย่อมเกิดได้ง่ายเป็นธรรมดาและส่วนหนึ่งเป็นการตามใจผู้สูงอายุด้วย เห็นคล้ายกับความไม่จำเป็นต้องรักษาจนละเลยจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง

จากการสัมมนาปัญหาสาธารณสุขผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพการชะลอความชรา ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2534 นั้น (อาทิชา ศาสตร์สาระ และคณะ, 2534 : 6-7) ได้พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุมีหลายด้านแต่สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพแล:อนามัยมีดังนี้

1. ผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น จากการศึกษาของภา

พรและคณะ (2531 : 91) พบว่า ผู้สูงอายุของไทย 60% มีสุขภาพดี และ 71.2% มีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงตามวัยที่กำลังวังชา-คดงอ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม จะยิ่งทำให้มีปัญหาสุขภาพทางจิตเพิ่มขึ้นด้วย

2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ด้อยการศึกษา ไม่มีข้อมูลและความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพของตนตั้งแต่วัยเด็กเป็นต้นมา ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าที่ควร

3. ความจำกัดของทรัพยากร และการที่สังคมมองข้ามความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุทำให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ดำเนินการมาก่อนๆ นั้น อยู่ในวงแคบมาก ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งการขาดการรวบรวมข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนต่อไป

4. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

4.1 โรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคติดต่อ ไข้หวัด วัณโรค ไข้หวัด โรคขาดอาหาร การใช้ยาที่ผิด ฯลฯ

4.2 โรคที่สามารถป้องกันไม่ได้แต่สามารถลดความรุนแรงได้ หรือชะลอการเกิดได้ เช่น มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคความเสื่อมต่างๆ

5. ผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวลสูง มักเกรงการถูกทอดทิ้งและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเราจะเห็นว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุและอัตราส่วนเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคไม่ติดเชื้อ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นระบบสังคมอุตสาหกรรม ทำให้คนหนุ่มสาวต้องทำงานเพื่อการอยู่รอดของตนเอง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังและมีบางส่วนต้องทำงานเพื่อเลี้ยงตนเอง

ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โกชแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธุ์, 2532 : 44-45) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการแสดงที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยาเป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น

วอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 76) กล่าวร่วมกันว่าวิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความหมายเหมือนกันโดย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิตมีผลโดยตรงการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล

คาร์ (Kar, 1989 : 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคลหรือสังคมเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี และเป็นการป้องกันโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

พาแลงค์ (Palank, 1991 : 816) ให้ความหมาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well Being) พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993 : 659) ได้สรุปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุกเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชนและสังคม

เคมม์และโคลส (Kemm & Ciose, 1995 : 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันภาวะเจ็บป่วยและการเกิดโรค และทำให้บุคคลในสังคมหรือชุมชนนั้นมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 34) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำ เพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นถึงความพยายามในการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี โดยมีความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายของตนและมีศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยพฤติกรรมนั้นๆ มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 57) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการคือ

1. เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
3. เพื่อผสมผสานงานวิจัยอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 57 – 60) กล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้

การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ของบุคคล ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors)

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) นับเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่าปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987 : 60, Struifbergen & Becker, 1994 : 3) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อยๆ ดังนี้

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น และเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 61) ยังกล่าวอีกว่าบทบาทของการให้คุณค่าของสุขภาพในการสร้างแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ ยังต้องการการศึกษาต่อไป เพราะยังมีตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวและการให้คุณค่ากับพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior Specific Values) น่าจะมีอิทธิพลมากกว่าพฤติกรรมทั่วไป (Global Life Values)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control) เป็นการเชื่ออำนาจภายในภายนอกด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลจากผู้อื่น และเป็นผลของความบังเอิญหรือโชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเอง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในขณะที่ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตนจะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น ความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลที่มีความเชื่อว่าตนเองจะมีความสามารถประสบความสำเร็จ หรือผลที่ตนเองต้องการเมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตนและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) คำจำกัดความหรือการให้ความ

หมายของคำว่า “สุขภาพ” ของบุคคลนั้นส่งผลต่อ: การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึงการบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Self-Actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและเพื่อความผาสุก (Well - Being) นั่นคือ การที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพของตนแตกต่างกัน มีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่ และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี และส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health - Promoting Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน จะส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Health - Promoting Behaviors) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคล ซึ่งอาจเป็นการคาดคะเนหรือความจริง และการรับรู้ในแง่ของความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก การไม่มีโอกาสในการทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อันจะส่งผลต่อสุขภาพ

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 58) กล่าวว่า ปัจจัยร่วมจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้ - การรับรู้ของบุคคล นั่นคือ ปัจจัยด้านนี้มีผลทางอ้อม (Indirect Effect) ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยร่วมประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้คือ

2.1 ปัจจัยทางประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา และรายได้ ซึ่งตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ภายในตัวบุคคล แต่จอห์นสันและคณะ (Johnson, et al., 1993 : 132 - 138) ได้ทำการทดสอบแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์แล้วพบว่า ปัจจัยทางประชากรหรือปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคลรวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางทีมสุขภาพล้วนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น โดยทางเลือกยังมีมากเท่าไรยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ดังเช่นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโคเรสเตอรอลต่ำ ไขมันพอกดี จำนวนแคลอรีพอเหมาะ มีแนวโน้มเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำหรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลเองจะต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior Factors) ประสบการณ์ของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุข การเรียนรู้และทักษะทางปัญญา (Cognitive and Psychomotor Skills) มีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการ โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียด ด้วยการเรียนรู้ และทักษะจากประสบการณ์เดิมจะส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to Action)

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 68 – 69) ได้เสนอว่า การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำภายในและจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคลได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองที่มีต่อการพัฒนาการและความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบาย (Feeling Good) อันเป็นผลจากการออกกำลังกาย ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย ลักษณะของการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลเปรียบเสมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอกที่ผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 135 – 143) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแผนการ

ดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Life Style and Health – Habits Assesment : LHHA) ประกอบไปด้วยคำถาม 100 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self Care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหารและลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคเกลือหรือใช้เกลือในปริมาณเล็กน้อย สำหรับการปรุงอาหารและในระหว่างการรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือบริโภคในปริมาณจำกัดรวมไปถึงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในปริมาณน้อย
3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational Activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ความสนใจในการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืนของแต่ละบุคคล
4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคน สภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ความพอใจต่อการนอนหลับ ความต้องการเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด ความกังวล วิธีบริหารจัดการที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ รวมทั้งเทคนิคผ่อนคลายและวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่ ผู้ป่วยนำมาใช้เมื่อนอนไม่หลับ
5. การจัดการความเครียด (Stress Mangement) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
6. การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง (Self – Actualizarion) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีตามมาในที่สุด
7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิตการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships With Others) เป็นการประเมินถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์แง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ตึงเครียดลดลงหรือช่วยให้การแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เช่น เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้แก่ ภาวะต่างๆ เช่น เสี่ยงที่ดั่งเกินไป สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค ฝุ่นควัน รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยกับบุคลากรสุขภาพเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ของร่างกายจากบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น

ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่นิยมนำมาใช้กันคือ แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ในปี ค.ศ.1987 ได้แบ่ง พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Positive Health Practice) ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (Health Protection) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) โดยอธิบายว่าพฤติกรรมทั้งสองนี้มีความหมายและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (Pender, 1996 : 34) คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเกิดจากแรงจูงใจที่จะสร้างแนวโน้มเพื่อความสำเร็จในชีวิตตน (Actualizing Tendency) ในขณะที่พฤติกรรมป้องกันสุขภาพเกิดจากแนวโน้มที่จะสร้างความเสถียรภาพในชีวิต (Stabilizing Tendency)

นอกจากนี้ในการเสนอแนวคิดของเพนเดอร์ ในปี ค.ศ.1996 ได้เสนอว่า โดยความจริงแล้วทั้งการมุ่งสู่ภาวะสุขภาพและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยล้วนเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคคลส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในวัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน หรือผู้สูงอายุ และในการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพนเดอร์และคณะ ได้พัฒนาและทดสอบเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและได้รูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกายภาวะโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promontion Behavior) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวได้ดัดแปลงการประเมินจากแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2 ของจอร์จเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Health – Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) (Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 76 – 81) ประกอบด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอา

ใจใส่ภาวะสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ทางด้านสุขภาพ และขอคำปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ

2. การออกกำลังกาย (Physical Activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ โดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย เช่น การทำงานบ้าน การเดินขึ้นลงบันได

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกันมีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา

5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการที่จัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ได้มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ข้อคิดและเสนอแนวทางไว้มากมายดังนี้

กรมการแพทย์ (2526 : 4) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ไว้ว่า

1. ไปหาแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี
2. ปรึกษาหารือจิตแพทย์ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจและสิ่งแวดล้อม
3. บริหารร่างกายทุกวัน เช่น ฝึกท่ากายบริหาร เล่นกีฬากลางแจ้งเป็นประจำ
4. รับประทานอาหารดีมีประโยชน์
5. งดเสพสิ่งที่เป็นพิษสุขภาพ เช่น สุรา บุหรี่ หรือของมีเมาอื่นๆ
6. อย่าซื้อหรือใช้ยาต่างๆ เพื่อรักษาตนเอง ควรพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและรักษาตัว
7. พบประสังสรรค์กับเพื่อนฝูงเป็นประจำ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ หรือการปฏิบัติ

คนที่สมควรและถูกต้องต่อสุขภาพจิต

เกษม ตันติผลาชีวะ (2528 : 22 – 23) ซึ่งแนะอีกว่า หลักการสำคัญ 4 ประการสำหรับการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. กินเป็น หมายถึงการกินอยู่ที่ถูกต้อง ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย ไม่มาก

เกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลียงอาหารที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพถ้ากินมากเกินไป เช่น อาหารที่มีไขมันสูง งดเว้นสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ชา กาแฟ สุรา

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอของผู้สูงอายุ จะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพประจำปี กระปรี่และร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น หมายถึง การรู้จักรักษาสุขภาพที่ดี การรู้จักออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายมีความตื่นตัว และคงความสดชื่น การรักษาให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน รู้จักวิธีลดความเครียดทางจิตใจ การมีอารมณ์ดี จิตใจแจ่มใส มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมในระยะต่างๆ ของการปรับตัว อาจสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้เหตุผล ความเข้าใจและการยอมรับ จะทำให้การปรับตัวดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังจากสังคมมากเกินไป เพราะถ้าไม่เป็นอย่างที่คาดหวังแล้ว จะทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ในที่สุดก็ต้องแยกตัวออกจากสังคม หรืออยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข

สำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการต่างๆ ของร่างกายและรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อมีอาการผิดปกติ ตลอดจนขอคำปรึกษาหรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ โอเร็มและเทลเลอร์ (Orem & Taylor, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 34) ได้กล่าวว่าความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่วนอีเบอร์โซลและเฮส (Ebersole & Hess, 1985 : 70) กล่าวว่าผู้สูงอายุบางคนไม่สนใจและรับผิดชอบเรื่องการมีสุขภาพดี บางคนที่จะต้องการที่จะเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้อื่นมาสนใจและดูแลตนเองมาก ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ สำหรับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมีหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนใจรับฟังวิทยุ หอกระจายข่าว หรือคู่มือทอล์คโชว์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ญาติมิตรหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง นอกจากนี้การตรวจสุขภาพประจำปี การพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายควรทำอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยกลางคน เพราะการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุ ได้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น และยังเป็นการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ตั้งแต่ในระยะแรก ทำให้สามารถป้องกันและรักษาได้ทันที่ และสิ่งควรตรวจร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ (เกษม ต้นติผลาชีวะและกุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2528 : 70 – 73) คือ การตรวจความดันโลหิต เป็นการตรวจหาความ

ดันโลหิตสูงเบื้องต้นหรือภาวะลุกลามของโรค ระดับค่าความดันโลหิตสูงที่องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ 160/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ความดันโลหิตสูงที่ระดับ 195/100 มิลลิเมตรปรอทจะยังไม่ปรากฏอาการแต่การตรวจวัดความดันโลหิตจะเป็นเครื่องบ่งชี้ให้ผู้สูงอายุได้ทราบสภาพของตนเองและหาแนวทางป้องกันการเกิดโรคที่จะตามมา เนื่องจากความดันโลหิตสูง ต่อไปเป็นการตรวจปัสสาวะและเลือดเป็นการตรวจเพื่อสืบค้นการเป็นโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโลหิตจางการตรวจหาความผิดปกตินี้แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายตามอายุและอาจเป็นความผิดปกติทาง พยาธิสภาพได้ นอกจากนี้มีการตรวจสอบความผิดปกติของหู ตา และฟัน การเอกซเรย์เพื่อดูสภาพปอดและหลอดเลือด การตรวจหัวใจด้วยการฟังและการตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจเพื่อดูสภาพการทำงานของหัวใจ การตรวจหาเซลล์มะเร็ง มดลูกหย่อนในเพศหญิง และสุดท้ายการตรวจประเมินภาวะสุขภาพจิตในกรณีที่มีความเครียดหรือปัญหาทางด้านจิตใจ ที่กล่าวมาเป็นการตรวจร่างกายประจำปี นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรรับผิชอบต่อสุขภาพของตนทางด้านภาวะไขมันในเลือดและของมีนเมา การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรงและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ จากการรายงานการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุสูบบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 31.2 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า ร้อยละ 58.7 ของผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่ ส่วนหญิงที่สูบบุหรี่มีเพียง ร้อยละ 8.2 และส่งผลให้เกิดโรคเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรค มะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง (ประกิต วาทีสากรกิจและคนอื่นๆ, 2540 : 2 – 8) สำหรับการดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพมาก เนื่องจากสุรามีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและอาการแสดงออกไม่ได้ การดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดเป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง สถิติปัญญานี้่อม อย่างไรก็ตามเราทราบอยู่แล้วว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพเพียงไร ดังนั้นหากมีการส่งเสริม ให้เลิกหรือลดการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีอายุยืนยาวได้

2. การออกกำลังกาย เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุเป็นการ ดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอด และระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพซึ่งการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นการที่ร่างกาย มีการหดยึดกล้ามเนื้อและข้อต่อ มีการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการใช้อาหารและออกซิเจนในร่างกาย เพิ่มขึ้นไปจากธรรมดา โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้น ความสนใจในการออกกำลังกายจะลดลง เนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย กล้ามเนื้อและหัวใจ ทั้งที่การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกาย กระฉับกระเฉง ว่องไว การออกกำลังกายจึงเป็นกิจกรรมของการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็น อย่างยิ่ง ลักษณะการออกกำลังกายต้องถือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และต้องเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของตนเอง ซึ่งควรเป็นการออกกำลังกายที่ธรรมดาที่สุด ไม่ ต้องใช้อุปกรณ์มากมายให้ยุ่งยาก ความสำคัญอยู่ที่เวลาของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้

เวลาประมาณ 15 นาทีหรือมากกว่า และควรออกกำลังกายวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง โดยที่มีหลักในการกำหนดการออกกำลังกายแต่ละวิธีดังนี้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2528 : 51)

2.1 ให้ออกกำลังกายนั้นเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด เมื่อยล้าและวิตกกังวล เช่นการกีฬาที่มีความเพลิดเพลินไม่มีการแข่งขัน การออกกำลังกายเป็นจังหวะ การฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ

2.2 สร้างเสริมประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ และการประสานความเคลื่อนไหวของข้อต่อ กระตุ้นการเผาผลาญและการย่อยอาหาร ลดการท้องผูก เพิ่มการทำงานของหัวใจและกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และวิธีนี้การเดินถือเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด

2.3 เพิ่มความแข็งแรงและการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งมีหลายวิธีได้แก่ การยกน้ำหนักเบาๆ การเดิน การเดินร่าเป็นจังหวะช้าๆ การว่ายน้ำ เป็นต้น

นอกจากการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมเพื่อการรักษาสุขภาพแล้ว ผลการออกกำลังกายยังส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาร่างกายและจิตใจ การลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากควมมีอายุ ช่วยลดการกีดกันเลือดในกระแสโลหิตที่ทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดในสมองและสร้างเสริมประสิทธิภาพของข้อต่างๆ ให้เคลื่อนไหวได้สะดวก โดยเฉพาะข้อเข่า และเพิ่มการเผาผลาญอาหารให้ร่างกาย ทำให้ลดไขมันและน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ส่งผลให้การขับถ่ายดีขึ้นจากการลำไส้เคลื่อนไหวได้ดี ที่สำคัญอีกประการหนึ่งช่วยระเหยความแก่ทำให้อายุยืน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2528 : 55)

การจะออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรต้องค่อยเป็นค่อยไปอย่าใจร้อน เพราะอาจเกิดอันตรายต่อหัวใจได้ง่าย ดังนั้น การออกกำลังกายจึงต้องเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง 3 ขั้นตอนดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2537 : 126)

ขั้นตอนที่ 1 การอุ่นร่างกาย (Warm Up) ควรมีการอุ่นร่างกายให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นก่อนช้าๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย สะบัดแขนสะบัดขา แกว่งแขน วิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่ช้าๆ ชั่วระยะเวลาหนึ่งก่อน แล้วจึงออกวิ่งหรือออกกำลังกายอื่น ผู้ที่เป็นโรคหัวใจถ้าไม่มีการอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย อาจทำให้หัวใจล้มเหลวเป็นโรคหัวใจได้

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายอย่างแท้จริง ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายถ้าการออกกำลังนั้นเพียงพอ ทำให้เกิดการเผาไหม้อาหารในร่างกาย โดยใช้ออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้าไปเพื่อทำให้เกิดพลังงานจนถึงระดับหนึ่ง ไม่ว่าจะการออกกำลังกายจะทำด้วยวิธีใดก็มีผลให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้นด้วย การที่หัวใจทำงานมากขึ้นก็คือ การเต้นของหัวใจเร็วและแรงยิ่งขึ้น การที่ปอดทำงานมากขึ้นก็คือการที่หายใจเร็วและถี่ขึ้น การออกกำลังกายที่มีผลให้หัวใจทำงานมากขึ้นนี้เรียกว่า แอโรบิค (Aerobic) ซึ่งสัปดาห์หนึ่งจะต้องออกกำลังกาย 3-5 ครั้งจึงจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การผ่อนให้เย็นลง หลังจากการออกกำลังกายตามที่กำหนดที่เหมาะสมในขั้นตอนที่ 2 แล้ว ควรจะค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่คั่งค้างที่กล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ เช่น ออกกำลังกายโดยการวิ่ง ก็ควรค่อยๆ ลดความเร็วของการวิ่งลงจนเป็นวิ่งช้า - เดิน เร็ว - เดินช้า ตามลำดับ จนถึงระยะพักจริงๆ ระยะเวลาของขั้นตอนที่ 3 นี้มีได้กำหนดแน่นอน หากแก้ไขให้สังเกตจากร่างกายตนเอง

สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช (2537 : 130) ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาวอย่างเป็นสุข ชะลอความชราลงได้มาก โดยทั่วไปสมรรถภาพของร่างกายจะมีความแข็งแรง ทนทาน ว่องไว สูงสุดเมื่ออายุประมาณ 30 ปี แล้วจะค่อยๆ ลดลง 1% ทุกปี ดังนั้นเมื่ออายุ 60 ปีแล้วความแข็งแรงจึงลดลง 30% ของเมื่ออายุ 30 ปี ซึ่งผลของการออกกำลังกายจะสามารถชะลอการลดลงของความแข็งแรงได้จำนวนหนึ่ง แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ผู้สูงอายุไทยยังมีการออกกำลังกายน้อยมากเมื่อเทียบกับชนชาติอื่นๆ ทั้งที่ยังแก่ก็ยิ่งจำเป็นต้องออกกำลังกายโดยมีหลักดังต่อไปนี้

1. ถ้าไม่เคยออกกำลังกาย ควรศึกษาหลักการให้ถูกต้องและค่อยๆ ทำอย่าหักโหมถ้าหากมีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ก่อน
2. เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและถูกกับนิสัย
3. อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาชนะ แต่จะออกกำลังกายเพื่อให้มีกำลังของตนเอง
4. ให้ระมัดระวังอุบัติเหตุ
5. ให้ทำอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
6. เมื่อเกิดอาการผิดปกติอย่างใดควรปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการหน้ามืดหรือใจสั่นผิดปกติ ควรชะลอการออกกำลังกายลงหรือหยุดเลย

7. ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะ หรือมีเพื่อนร่วมการออกกำลังกาย

ชนิดของการออกกำลังกาย

1. การเดิน เป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ข้อที่ต้องปฏิบัติคือต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วไม่ได้ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้นเนื่องจากการเดินเป็นการออกกำลังกายแต่ส่วนใหญ่ จึงควรจะได้แกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกบ้างตามสมควรขณะเดิน แต่การที่จะให้ประโยชน์สูงสุดจากการเดินนั้นต้องเป็นการเดินเร็วมิใช่เดินตามสบายหรือเดินแบบทอดน่อง

2. การวิ่งช้าๆ ผู้สูงอายุที่สามารถวิ่งได้ก็ไม่มีข้อห้ามที่จะไม่ให้วิ่ง แต่ต้องมีข้อเท่าที่ตี

เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ช้อมากว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้ และมีรองเท้าที่เหมาะสม และมีข้อปฏิบัติต่างๆ

3. กายบริหารท่าต่างๆ ก็เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้เกิดผลถึงระดับหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

4. การรำมวยจีน หลักการคือเคลื่อนไหวช้าๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิด้วย เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

5. โยคะ เป็นการใช้ออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน โดยต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และมีการปฏิบัติอย่างจริงจังก็จะให้ประโยชน์สูง

สรุปว่า ผู้สูงอายุควรรู้หลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องและดำเนินการออกกำลังกายให้เหมาะสมและสม่ำเสมอตามสภาพของร่างกาย ไม่หักโหม ไม่รุนแรงมาก ก็จะเป็นสิ่งที่ทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ การรับประทานอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นความต้องการพื้นฐานของคน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเท่านั้นที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ผู้สูงอายุก็เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งภายในและภายนอก ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดปัญหาการรับประทานอาหารที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุจากการรับรู้รสและกลิ่นที่น้อยลง มีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน ระบบการย่อยและดูดซึมอาหารด้อยประสิทธิภาพลง เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อเพื่อทำให้มีโอกาสเกิดโรคภัยอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น ซึ่งรายละเอียดของสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ ปัญหาฟันที่นับวันจะหลุดโยกคลอนหรือเจ็บปวดทำให้การบดเคี้ยวเสียไป การรับรู้รสและกลิ่นลดลงประสิทธิภาพการย่อยอาหารและการดูดซึมของอวัยวะเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ปริมาณฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญอาหารลดลง ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการรับประทานอาหารการขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและที่สำคัญยิ่ง คือ นิสัยการรับประทานอาหารมีผลต่อผู้สูงอายุมาก เพราะยิ่งอายุมากการมองเห็นความสำคัญของอาหารบางอย่างจะลดลง การรับประทานอาหารเริ่มอาศัยความเชื่อบวกกับความคุ้นเคยทำให้ผู้สูงอายุเลือกอาหารรับประทานเฉพาะอย่างตามที่ตนพอใจมากกว่าความต้องการของร่างกายทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นได้ง่าย

ดังนั้น ปัญหาการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จึงมีทั้งปัญหาการรับประทานอาหารไม่ได้และรับประทานไม่พอ คือ รับประทานบางอย่างมากเกินไปไม่ถูกสัดส่วน ปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องป้องกันได้บุคคลใกล้ชิดควรให้ความเอาใจใส่ สนใจจัดการเรื่องการรับประทานอาหารให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ยังที่ต้องการสารอาหารอยู่ เพื่อช่วยในการรักษาร่างกายให้แข็งแรงซ่อมแซมส่วนที่สึกไปในแต่ละวัน และสารอาหารที่ให้พลังงานต้องน้อยกว่าวัยอื่นๆ

ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับเมื่ออายุเกิน ปีขึ้นไป การรับประทานอาหารต้องคำนึงหลักโภชนาการเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. โปรตีน เป็นอาหารที่จำเป็นต่อการคงสภาพของเนื้อเยื่อร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ร่างกายต้องการโปรตีนที่มีคุณภาพแต่ปริมาณลดลง อาหารจำพวกโปรตีน ได้แก่ นม ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ที่ไม่ติดมัน ควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อย และควรรับประทานเนื้อปลาเนื่องจากมีไขมันต่ำและย่อยง่าย ถั่วต่างๆ เช่นถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง นมหรือผลิตภัณฑ์นม ผู้สูงอายุควรรับประทานเพราะให้คุณค่าทางอาหารและให้สารแคลเซียม ซึ่งร่างกายผู้สูงอายุยังคงต้องการไขรับประทานไม่เกินสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง เพราะไข่แดงจะเป็นตัวเพิ่มไขมันในเลือด ถ้ามีปัญหาไขมันในเลือดสูงก็ควรรับประทานอาหารเฉพาะไข่ขาว

2. คาร์โบไฮเดรต ได้แก่อาหารจำพวกแป้ง ข้าว น้ำตาล สารอาหารนี้จะให้กำลังงานแก่ร่างกายสะสม อาหารพวกนี้ได้น้อยมาก ถ้ารับประทานอาหารเกินความต้องการก็จะเปลี่ยนไปสะสมในสภาพของไขมัน ผู้สูงอายุจึงควรลดการรับประทานอาหารจำพวกนี้ลง เพราะความต้องการกำลังงานในผู้สูงอายุลดลง ถ้าไม่ลดปริมาณลง จะทำให้เป็นโรคอ้วนและน้ำตาลในเลือดสูงแมเจอร์ (Mager, 1979 อ้างถึงใน Barbara, 1979 : 36) ก็ได้ให้ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกันว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความต้องการของพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารยังเท่าเดิมมาสเตอร์ระหว่างน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานกับอัตราตายที่เพิ่มสูงขึ้น การควบคุมน้ำหนักจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ

3. ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้กำลังงานแก่ร่างกายโดยไขมัน 1 กรัม ให้กำลังงาน 9 แคลอรี ผู้สูงอายุมีความต้องการแคลอรีจากอาหารประมาณ วันละ 2,100 แคลอรี แต่ก็ขึ้นอยู่กับกิจกรรมประจำวันที่ทำด้วย และอาหารประเภทอื่นๆ ก็สามารถให้แคลอรีได้ ไม่เฉพาะแต่อาหารไขมันเท่านั้น เพราะการรับประทานอาหารประเภทไขมันมาก จะเป็นผลเสียต่อร่างกายหลายประการ โดยร่างกายจะเก็บสะสมไขมันที่เกินความจำเป็นไว้ตามสะโพก แขน ขา ทำให้ความอ้วนเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ ได้ ส่วนหนึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหาการย่อยอาหารประเภทไขมันได้ยากอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง หลีกเลี้ยงน้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์มและน้ำมันมะพร้าวแต่ก็ควรจำกัดปริมาณอาหารประเภทไขมันให้เหมาะสม ับกิจกรรมแต่ละวัน

4. วิตามินและแร่ธาตุ อาหารประเภทนี้ได้แก่ อาหารจำพวกผัก โดยเฉพาะผักใบเขียว เช่นผักบุ้ง ตำลึง กระน้ำ ถั่วฝักยาว มะเขือเทศ ฟักทอง แครอท อาหารประเภทนี้จะมีใยอาหารและน้ำ ช่วยให้อิ่มท้องไม่ผูกและไม่อ้วน จึงเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรรับประทานได้ค่อนข้างมากแม้จะเป็นผลไม้หวานบ้างก็ตาม เพราะน้ำตาลฟรุคโตสเป็นน้ำตาลที่มีผลดีต่อร่างกายมากกว่าน้ำตาลในรูปแบบอื่นๆ แต่ก็ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดมากเกินไป เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า ผลไม้ที่มีทุกฤดูกาลและเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ กล้วย ส้ม ฝรั่ง และมะระกอนอกจากนี้ผักที่ควรรับประทานเป็นทั้งชนิดดิบและสุก ใบเขียวใบเหลือง สำหรับผักที่ให้วิตามินซี

ควรรับประทานจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากผักให้วิตามินแล้ว ให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียมและอื่นๆ ด้วย ผักสดและผลไม้รับประทานแล้วช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันโรคดี

สรุปว่า อาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุควรจะปฏิบัติดังนี้

1. ลดอาหารไขมัน โดยเฉพาะไขมันชนิดอิ่มตัวมาก เช่น เนย มะพร้าว
2. ลดน้ำตาล ลดปริมาณของหวานและน้ำตาลในกาแฟหรือชา
3. ลดเกลือโซเดียม ด้วยลดการเติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหาร และเลือกอาหารที่มีความเค็มน้อย
4. หลีกเลี่ยงสารเคมีที่ปนอยู่กับอาหาร
5. ลดการดื่มกาแฟ เริ่มต้นด้วยการไม่ดื่มกาแฟด้วยที่ 2 พยายามดื่มน้ำอย่างอื่นหรือน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มอื่นที่ไม่มีคาเฟอีน
6. เพิ่มอาหารประเภทเส้นใย มีในอาหารคาร์โบไฮเดรตตามธรรมชาติ เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่ว ผักผลไม้ แต่ต้องระวังไม่ควรรับประทานมากเกินไปเพราะทำให้เกิดแก๊ซในทางเดินอาหารเกิดท้องร่วงและเกิดอาการแน่นอึดอัด
7. ได้รับแคลเซียมให้เพียงพอ จากอาหารประเภท ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง ผักคะน้า นม เป็นต้น
8. ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2537 : 120)

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการบริโภคของผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดอาหารจึงควรคำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจด้วย มิใช่มีคุณค่าทางโภชนาการเท่านั้น หลักเกณฑ์สำคัญในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ คือ

1. ปริมาณอาหารและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจัดให้ครบทั้ง 5 หมู่ และปริมาณอาหารที่ให้พลังงานลง เพิ่มการบริโภคอาหารที่มีใยอาหารเพื่อให้ระบบการขับถ่ายดี
2. แบ่งอาหารเป็น 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมื้อสายและบ่าย ให้มื้อกลางวันเป็นอาหารหลัก เพื่อลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ซและท้องอืด
3. ตัดแปลงอาหารให้เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก และแต่งอาหารให้ดูน่ารับประทานและจัดอาหารให้ขณะที่ยังร้อน จะช่วยกระตุ้นให้อยากอาหาร
4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ขอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือแลร่วมกันแก้ไข ปัญหา การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในวัยสูงอายุจะมีเวลาว่างมากการหยุดประกอบอาชีพ บุตรธิดา เติบโตเป็นหนุ่มสาวอาจออกเรือนไปแล้วหรือไปทำงานในต่างถิ่น การตายของเพื่อนสนิท

สามี ภรรยา ทำให้คนชรามีความต้องการทางสังคมในด้านต่างๆ ค่อนข้างสูง เช่น ความเป็นเพื่อน การมีกลุ่มบุคคลร่วมวัย การต้องการผู้สนใจ ผู้ร่วมทุกข์ ผู้ยอมรับนับถือ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ทั้งวัยเดียวกันและต่างวัย นอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้อง แม้ศูนย์กลางของสัมพันธภาพทางสังคมจะเน้นในครอบครัวก็ตาม การร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษและงานอดิเรกเป็นหนทางสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530 : 255)

การที่ผู้สูงอายุได้มีความสัมพันธ์ติดต่อกับผู้อื่นจะพบได้โดยการเข้าร่วมกิจกรรมเข้าชมรมเป็นสมาชิกขององค์กรต่างๆ ที่ชอบและเห็นว่าเป็นประโยชน์แก่สังคมได้ตามความรู้ความสามารถ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนตามแต่โอกาสจะเอื้ออำนวย การมีสัมพันธภาพกับผู้ใกล้ชิดเพื่อจะได้ปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ควรไปมาหาสู่ญาติหรือมีการติดต่อกันเป็นประจำโดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น ไปเยี่ยมบ้านญาติ หรือชวนร่วมเดินทางไปพักผ่อน หรือจากเพื่อนเก่าชวนไปพักผ่อน ทักทายด้วยกัน และที่สำคัญอย่างหนึ่งการที่ได้มีสัมพันธภาพกับวัยที่แตกต่างกันในหมู่ญาติ ด้วยกันนั้นมีความสำคัญมาก หลานๆ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ร่าเริงและยังทำให้ ความเป็นครอบครัวมีความเชื่อมโยงกันด้วย

5. การพัฒนาด้านวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความจริงใจต่อบุคคลอื่นมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถในการพัฒนาด้านศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ซึ่งประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัยและชีวิตหลังการตาย (Pender, 1996 : 132) การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางเสื่อมย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ก็มี ส่วนเกี่ยวข้อง แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการยอมรับในสภาพที่เป็นอยู่และมีความเข้าใจในตนเอง มีความกระตือรือร้นมาองการณ์ไกลและมองโลกในแง่ดี ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้เชื่อว่าชีวิตจะเป็นไปตามความมุ่งหมายของตนมีความสุขในชีวิตและประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมาย รู้สึกมีความสุขที่จะแสดงพฤติกรรมอันถูกต้อง รู้จักปรับตัวให้เข้ากับความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อมรอบตัวในขณะนั้นซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านนี้ ได้แก่ การรับรู้ความจริงอย่างมีประสิทธิภาพการยอมรับตนเอง การแสดงความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ตามสภาพธรรมชาติ การเอาใจใส่ต่อสวัสดิภาพมนุษย์ มีความห่วงใยสังคม ประเทศชาติมีความประทับใจ ในประสบการณ์พื้นฐานอย่างลึกซึ้ง สร้างสัมพันธระหว่างบุคคลอย่างจริงใจและเข้าใจชีวิต จากโลกทัศน์ที่มีเป้าหมายโดยมีความคิดสร้างสรรค์

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึง การจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย

สำหรับผู้สูงอายุจะพบว่าการเกิดความเครียดนั้นเกิดได้จากปัญหา เรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ของร่างกายที่เคยดี เคยเก่ง เคยคล่องแคล่วรวดเร็วก็ลดลง การตัดสินใจลดลง และยังมีความหลงลืมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มีปัญหารื่อง การเงินหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจ โดยทั่วไปจะลดลงเพราะเกษียณจากงาน และผู้มีอาชีพเกษตรกรรมอายุมากขึ้นก็ทำไม่ไหว รายได้ลดต่ำลง บางทีต้องอาศัยจากลูกหลาน ทำให้ความภูมิใจลดต่ำลงเป็นคนคิดมากสุขภาพจึงอาจเสื่อมลงได้ สุดท้ายที่พบเป็นปัญหาสังคมยังมีบทบาทสูงเมื่อเกษียณอายุ ก็เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าคนธรรมดาได้

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาปลีกย่อยในแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ผลของปัญหาเหล่านี้จะกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความเครียดขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยที่มีต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่นำไปสู่โรคบางอย่างได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง หรือผลในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่มีอันตรายเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โดยปกติแล้วทุกคนก็มีปัญหาด้วยกันทั้งนี้มีความเครียดด้วยกันทั้งสิ้น อยู่ที่ใครจะปรับตัวสู้กับความเครียดนั้นอย่างไรถ้าปรับตัวได้ ร่างกายและจิตใจก็อยู่ในสภาพที่ปกติ ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดภาวะสุขภาพจิตเสื่อมเป็นโรคจิตในผู้สูงอายุได้ ซึ่งในปัจจุบัน ผู้สูงอายุจะพยายามควบคุมจิตใจให้มีความสุขรอบคอบยิ่งขึ้น แต่การปรับแนวคิดต่างๆ ยังเป็นไปได้ยาก เพราะค่านิยมที่ปลูกฝังกันมานาน

สรุป เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ลูกหลานจะแยกครอบครัวออกไป ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มสมรสมมากขึ้นและอยู่กันตามลำพังมากขึ้น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตสมรสในช่วงนี้คือ การเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการพูดคุยหรือระบายความทุกข์ใจให้บุคคลใกล้ชิดได้รับทราบ ก็ถือเป็น การผ่อนคลายความเครียดหนทางหนึ่งเช่นกัน

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า “รับรู้ไว้” (To Tack) (Bunting, 1988 : 168) มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาและให้ความหมาย ของการรับรู้ไว้ต่างๆ กันดังนี้

แกร์ริสันและมากูน (Garison & Magoon, 1972 : 607) การรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความที่ได้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งเร้าโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกาย ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นอะไรมีความหมายและลักษณะอย่างไรซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

แชพลิน (Chaplin, 1988 : 169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัยเป็นความสามารถของมนุษย์ในการพินิจพิเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบและเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณ หรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประมวลร่วมกัน

คิง (King, 1981 : อ้างถึงในกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528 : 377) การรับรู้หมายถึงกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ

รอย (Roy, 1991 : 166) กล่าวว่า เป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น ภายใต้อัตตัสัมผัสญาณ อันเป็นผลมาจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เทกซ์

เตโช สวานนนท์ (2527 : 27) กล่าวถึงการรับรู้ว่าเป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกัระหว่างพวกรับสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิดรวมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่

กันยา สุวรรณแสง (2532 : 127) สรุปว่าการรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกที่รู้ความหมายว่าเป็นอะไร

สุชา จันท์ธอม (2533 : 119) การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรมกรรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังแผนภูมิที่ 3



จากความหมายของการรับรู้ที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความตระหนักต่อสิ่งเร้าที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งหรือทั้งหมด โดยมีการตีความหรือแปลความหมายโดยอาศัยความจำ ประสบการณ์เดิม อารมณ์ ความรู้สึกของตน เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความกระบวนการของการรับรู้ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือก (Selection) เป็นกระบวนการเลือกเพื่อที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางอย่างจากบรรดาสิ่งเร้าทั้งหลาย
2. การจัดระบบ (organization) โดยทั่วไปคนเรายังจะจัดระบบสิ่งเร้า 2 วิธี คือ บุคคล

ทำให้การรับรู้คลานเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ซึ่งลักษณะของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดการรับรู้ได้นั้น ต้องเป็นสิ่งเร้าที่มีความเข้มขนาดใหญ่ มีการเร้าซ้ำบ่อยๆ และสิ่งเร้าที่มีความแตกต่างจากสิ่งอื่น จะกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ได้ดีและรวดเร็ว

2. ลักษณะของผู้รับรู้ ซึ่งมีปัจจัยด้านกายภาพ และปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัสสปีดไป ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นสิ่งที่ผู้รับ เลือกสรร สัมผัสเฉพาะที่ต้องการและแปลความหมายให้กับตนเอง โดยมีอิทธิพลจากความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ความจำ ความต้องการ อารมณ์ ทักษะคิด ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี ความตั้งใจ ความสนใจ ความคาดหวัง เป็นต้น

นอกจากนี้ การรับรู้และการแปลความหมายของสิ่งเร้า ยังขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล ได้แก่

1. ระดับพัฒนาการ (Development Status) การรับรู้ ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะความสามารถในการรวบรวมความคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับอายุโดยตรง

2. อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Influence) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความเข้าใจ ความนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพโดยแต่ละวัฒนธรรมจะมีแนวคิดของสุขภาพแตกต่างกันไป

3. ประสบการณ์ในอดีต (Previous Expression) ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยบุคคลบางคนพิจารณาความเจ็บป่วยหรือการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติได้ เพราะบุคคลเหล่านั้นเคยมีประสบการณ์ในอดีตมาก่อน

4. ความคาดหวังในตนเอง (Expectation of Self) บุคคลบางคนมักคาดหวังว่าระดับการทำงานของร่างกายจิตใจอยู่ในระดับสูงตลอดเวลาเมื่อสุขภาพดี และอาจรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับการทำงานของร่างกายเนื่องจากความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ความคาดหวังในระดับการทำงานของร่างกายมีมากมายและการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพก็เปลี่ยนแปลงความคาดหวังนั้น

ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้น จะดำเนินไปตามเกณฑ์ความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนาการและการเจริญเติบโต ขณะที่บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมากอย่างมากทำให้สูญเสีย

เสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมา คือ ความกลัว ความท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา ที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528 : 374)

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเข้าใจ และความรู้ สึกนึกคิดต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Pender, 1996 : 68) ทั้งนี้ เนื่องจากการรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดไตร่ตรองและตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นไปในทางที่ดี ซึ่งตรงกับแนวคิดของโรเซนสโตค (Rosenstock, 1974 : 3) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล โดยองค์ประกอบสำคัญ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนในป้องกันโรค

สำหรับแบบประเมินได้ดัดแปลงจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของเพนเดอร์นอกจากนี้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุประเมินจากระดับความเต็มและสมรรถภาพของอวัยวะในร่างกายร่วมกับการมีโรคหรือปราศจากโรคของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ (Chappel, 1981 : 90 - 102) นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะวัดได้นั้น ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจวินิจฉัยต่างๆ โดยแพทย์หรืออาจจะวัดได้จากการประเมินตนเองว่ามีสุขภาพอย่างไรและจากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ (2532 : 26) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุได้ประเมินภาวะสุขภาพหรือการรับรู้ว่าคุณมี ภาวะสุขภาพไม่ดีโดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าด้อยกว่า ผู้สูงอายุในเมืองซึ่งประสบปัญหาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีเรือน แก้วกังวาล (2532 : 11) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทภาคต่างๆ มีการรับรู้ว่าคุณมีภาวะสุขภาพไม่ดีกว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและผู้สูงอายุอื่นๆ ในปีเดียวกันนี้ อารมณ วุฒิพฤษ และคนอื่นๆ (2532 : 47) ได้ศึกษาสุขภาพของสูงอายุในชุมชนเมือง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยการประเมินภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ประเมินได้โดยผู้วิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงจูงใจด้านสุขภาพ

เชียรศรี วิวิธศิริ (2527 : 25) ได้ให้ความหมายว่าแรงจูงใจคือ พลังซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรม และควบคุมแนวทางของพฤติกรรม หรือแรงจูงใจ หมายถึง สิ่งกระตุ้นอินทรีย์ หรือชี้ทิศทางให้อินทรีย์กระทำพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมาย

อรุณ รักรธรรม (2522 : 226) กล่าวว่า แรงจูงใจ เป็นพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ที่ทำให้

เกิดความต้องการและการกระทำออกมา ตามปกติบุคคลจะมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ หลายอย่าง และพฤติกรรมแตกต่างกัน แต่จะแสดงออกเพียงบางโอกาสเท่านั้น สิ่งที่ผลักดันเอาความสามารถออกมาได้คือ แรงจูงใจนั่นเอง

พรณิ ชูทัย (2526 : 28) ได้ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ เป็นตัวกระตุ้นให้คนแสดงพฤติกรรมเนื่องจากคนเรามีความต้องการ การที่เรามีความต้องการสิ่งใดสิ่งหนึ่งแสดงว่าเราขาดสิ่งนั้นๆ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เราแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้สิ่งนั้นมา เมื่อได้สนองความต้องการแล้วเราจะหยุดพฤติกรรมนั้น แต่เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการไม่มีที่สิ้นสุด จึงมีการแสดงพฤติกรรมอยู่ตลอดเวลา

ประสาร ทิพย์ธรา (2522 : 84 – 85) ได้แบ่งแรงจูงใจที่เกิดจากแรงขับต่างๆ ได้แก่ ความหิว ความกระหาย การพักผ่อน การขับถ่าย ความต้องการทางเพศการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย และอื่นๆ ร่างกายจะพยายามควบคุมรักษาภาวะภายในร่างกายให้อยู่ในสภาพปกติอยู่เสมอ โดยจะเกิดมีแรงจูงใจให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เมื่อเกิดความกระหายก็จะต้องหาน้ำดื่ม เมื่ออบอ้าวก็จะต้องไปหาที่อากาศเย็นสบายอยู่ นาน้ำดื่มเย็นๆ เพื่อให้คลายร้อนเมื่อมีอาหารมากมายในร่างกายก็จะต้องมีการขับถ่าย

2.แรงจูงใจทางสังคม (Social Motives) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ภายหลัง เช่น ความต้องการชื่อเสียง เกียรติยศ ทรัพย์สิน อำนาจ ความพึงพอใจ การพักผ่อนหย่อนใจ การแสวงหาความสนุกสนาน

3. แรงจูงใจทางบุคคล (Personal Motives) เป็นแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป แรงจูงใจส่วนบุคคลนี้มีรากฐานมาจากความต้องการทางร่างกายและความต้องการทางสังคมประกอบด้วย การที่จะเข้าใจแรงจูงใจส่วนบุคคล ของใครนั้นจะต้องศึกษาชีวิตประวัติของคนๆ นั้นอย่างละเอียดทุกแง่มุม เพราะเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและสะสมมาเป็นเวลานาน แรงจูงใจส่วนบุคคลมักจะแสดงออกในรูปของการสะสมต่างๆ เช่น การสะสมสะสมปี การออกทรัพย์ ความมานะในการทำงาน

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2524 : 236) ได้แบ่งแรงจูงใจอย่างมีหลักเกณฑ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motives) หมายถึงสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมอันพึงปรารถนา เช่น สนใจ ตั้งใจเรียน และขยันหมั่นเพียร ตลอดจนประพฤติปฏิบัติตนที่ดีงาม แรงจูงใจภายในได้แก่ ความสนใจพิเศษ ความต้องการ และความต้องการนี้ทำให้เกิดแรงขับ (Drives) แรงขับทำให้กระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดความสบายใจ พอใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายในกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จและเจตคติเป็นอีกประการหนึ่งของแรงจูงใจภายในที่บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motives) แรงจูงใจชนิดนี้เกิดจากเครื่องล่อภายนอกมา กระตุ้นให้เกิดเหตุจูงใจในการกระทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้แก่ เป้าหมาย คนที่มีเป้าหมายในการกระทำใดๆ จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้า จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจได้ดี และสุดท้ายเครื่องล่อ (Incentives) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจได้ดี

เบคเกอร์ (Becker, 1974 : 410) ได้ให้ความหมายแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) คือ ความสนใจโดยทั่วไปที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมในการรักษาสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยหรือการดูแล เอาใจใส่ให้มีสุขภาพดีขึ้น

โอเรม (Orem, 1991 : 155) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเองที่ช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อดูแลตนเอง เพราะแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิดความพร้อม และหันมาดูแลตนเอง แรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

พลังความสามารถ 10 ประการ ที่เป็นตัวเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ที่มีลักษณะการกระทำอย่างจงใจเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ภาวะแวดล้อมภายใน ภาวะแวดล้อมภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญในการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มหรือปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. มีทักษะในการตัดสินใจ และปฏิบัติที่ได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ และนำไปปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

สาถิ เกลิมวรรณพงษ์ (2530 : 18 - 19) กล่าวว่า แรงจูงใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพอนามัย ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ความต้องการให้มีสุขภาพตลอดไป ความตั้งใจจะหายจากโรค ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป

สรุปได้ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นแรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นให้บุคคลสนใจและแสดงพฤติกรรมตามที่ตนเองปรารถนาเพื่อควบคุมและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี

นอกจากนี้แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและกระตุ้นการกระทำของบุคคลระดับของแรงจูงใจโดยทั่วไปมีดัชนีการวัดในรูปของทิศทาง ความเข้มและความพยายามของเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมจะประกอบไปด้วยระดับแรงจูงใจในเหตุการณ์ใดเข้มขึ้นกว่า ก็จะให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมสนองตอบต่อเหตุการณ์นั้นมากกว่าเหตุการณ์อื่น

ทฤษฎีความคิดทางสังคมไทยแยะระดับชั้นของแรงจูงใจไว้กว้างๆ 3 ประการ (Bandura, 1981 อ้างถึงในสุริย์ กาญจนวงศ์, 2545 : 54) ดังนี้

1.ระดับของแรงจูงใจที่มีพื้นฐานจากชีวภาพ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขของชีวภาพที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของเซลล์ในร่างกายและเหตุการณ์ภายนอกที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกไม่สบาย เช่น ความหิว อากาศร้อน แต่การแสดงพฤติกรรมสนองตอบต่อเหตุการณ์นั้นก็ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลคาดหวังว่าเขาจะได้อะไรจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ตัวอย่างเช่น เด็กร้องขณะที่หิวเพราะเขาคาดหวังว่าเขาจะได้รับอาหารมากกว่าจะต้องเพราะเหตุผลทางด้านชีวภาพเพียงอย่างเดียว

2.ระดับของแรงจูงใจที่เกิดขึ้นโดยผ่านเครื่องล่อใจทางสังคม พฤติกรรมใดที่แสดงออกแล้วได้รับการยอมรับและสนใจจากสังคมย่อยเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นมากกว่าพฤติกรรมที่ตนเองไม่ได้รับความสนใจหรือไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม นั่นคือปฏิกิริยาทางสังคมเป็นตัวทำนายผลสืบเนื่องในเชิงของรางวัลหรือการลงโทษในขั้นต้น และจะกลายเป็นเครื่องล่อใจที่ขึ้นอยู่กับคุณค่าที่คาดหวังมากกว่าจะเป็นผลจากปฏิกิริยาเอง คนที่มีอำนาจในสังคมอาจทำให้ปฏิกิริยาได้ตอบนั้นมีค่าเป็นรางวัลหรือลงโทษได้มากกว่าบุคคลที่มีอำนาจน้อยกว่า

ดังนั้น กล่าวง่าย ๆ คือ การให้คุณค่าของปฏิกิริยาทางสังคมที่เกิดขึ้นกับบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมากกว่าตัวปฏิกิริยาเอง ตัวอย่างเช่น เราอาจรู้สึกไม่สบายใจถ้าเพื่อนรักของเราโกรธ แต่เราอาจแสดงพฤติกรรมเดิมโดยไม่สนใจว่าเพื่อนคนอื่น ๆ จะโกรธหรือไม่ นั่นคือ เราให้คุณค่าของเพื่อนรักมากกว่าเพื่อนคนอื่น ๆ ปฏิกิริยาจากเพื่อนรักจึงมีความสำคัญในการให้คุณให้โทษต่อการกระทำของเรามากกว่าเพื่อนคนอื่น ๆ

3.ระดับของแรงจูงใจที่เกิดจากพื้นฐานของความคิด การตั้งเป้าหมาย หรือคาดหวังผลที่ได้ในอนาคต เป็นแรงผลักดันให้คนเราแสดงพฤติกรรม ตามปกติแล้วเหตุการณ์ในอนาคตอาจไม่ใช่แรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้เท่ากับเหตุการณ์ในปัจจุบันแต่ความคิดถึงผลที่จะเกิดต่อเหตุการณ์ในอนาคตสามารถทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลด้วยการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินี้จะเป็ผลมาจากการรับรู้ ของบุคคลได้แก่สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทความโฆษณาในวารสาร หนังสือพิมพ์สื่อมวลชน บุคคลอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536 : 116 – 117)

บุคคลในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะบิดา มารดา ครอบครัวจะเป็นแหล่งปฐมภูมิของนิยทางด้านสุขภาพ เช่น บริโภคนิสัย การแปร่งฟัน การล้างมือ บิดามารดาจะเป็นครูคนแรกที่สอนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวบุคคลจะปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นอันดับแรกเมื่อเจ็บป่วย เพื่อสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์รวมทั้งอำนวยความสะดวกและมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหา

จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความพร้อมที่จะทำกับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้เพื่อนที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนที่เคยเจ็บป่วยมาก่อนจะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ให้กำลังใจ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ในวงการแพทย์ต่างมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา รังเสริมปรับปรุงและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เจ้าหน้าที่จะมีบทบาทที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมากที่สุดในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล การปฏิบัติจะมีมากขึ้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และทัศนคติที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์

นอกจากนี้ การที่เจ้าหน้าที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ โดยการให้ความเป็นกันเองทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกล้าซักถาม ทำให้เจ้าหน้าที่ทราบปัญหาที่แท้จริงสามารถนำข้อมูลต่างๆ มาให้คำแนะนำได้ตรงกับปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ที่ดีและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (ชญาบุญ คล่องสังข์, 2535 : 24)

บทความหรือโฆษณาในวารสาร หนังสือ แผ่นพับ และโปสเตอร์ เป็นสื่อมวลชนที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการส่งข่าวสารไปสู่ประชาชนจำนวนมาก การใช้สื่อขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และประชาชนผู้เป็นเป้าหมาย

วิทยุ โทรทัศน์ สื่อมวลชนต่างๆ สามารถใช้สื่อสารในรูปการโฆษณาสั้นๆ ข่าวการสัมภาษณ์ การบรรยายเพื่อให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก นอกจากนี้ วิทยุ โทรทัศน์

สามารถส่งข่าวถึงประชาชนจำนวนมากได้ในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งปัจจุบันรายการวิทยุ โทรทัศน์มีการซักถาม การตอบปัญหาสุขภาพเป็นรายการสคมากขึ้น ทำให้บุคคลได้รับความรู้และแนวคิดใหม่ๆ ในการดูแลตนเองและแก้ปัญหาสุขภาพได้ชัดเจนมากขึ้นทั้งด้านการรักษาสุขภาพและการป้องกันโรค

สื่อมวลชนและการสื่อสารทุกชนิดจะมีประโยชน์ถ้าประชาชนมีแรงจูงใจที่จะปรับปรุงสุขภาพตนเองอยู่แล้ว แต่ถ้าแรงจูงใจไม่มีก็เกิดประโยชน์น้อยเช่นกัน

บุคคลอื่นๆ ที่บุคคลใกล้ชิด ได้รู้จัก มีความเชื่อถือ การถ่ายทอดข้อมูลระหว่างผู้มีปัญหาสุขภาพด้วยกันจากการศึกษาของการอาหาร รั้วไพบูลย์ และคนอื่นๆ (2533 : 80) พบว่า 90% ของผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างที่นักรอดตรวจ และข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยหรือมีสุขภาพดีด้วยกัน เป็นข้อมูลที่สร้างความเชื่อถือได้เพราะเป็นข้อมูลที่ได้จากการประสบการณ์ตรง

3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยภายในประเทศ

ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534 : 117 – 123) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คนใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สุขภาพอนามัย เพศ ภาวะเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงลำดับคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย สามารถทำนายได้ร้อยละ 57.50

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 122) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการควบคุมภาวะสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง และสามารถในการทำนายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตโดยรวมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจในตนเอง การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยอำนาจความบังเอิญ ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยเรียงตามลำดับคือ การรับ

รู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อ
อำนาจผู้อื่น การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยการเชื่ออำนาจความบังเอิญ โดยทำนายได้ร้อยละ
38.20

เพชร อินทรพานิช (2536 : 56 – 59) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาล
เมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง
จังหวัดอุดรธานี จำนวน 170 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนน้อยไปตรวจร่างกาย
ประจำปีในขณะที่ร่างกายปกติดี ส่วนน้อยสนใจรับฟังหรือชมรายการทางสุขภาพ และส่วน
ใหญ่ไม่นิยมหาความรู้โดยการอ่านหนังสือ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่
ได้วางแผนในอนาคตและไม่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายว่าจะทำอะไรสำเร็จ แต่จะดำเนินชีวิตไปเพียงวันๆ
ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ด้านการรับประทานอาหาร
พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ อย่างน้อย 4 มื้อต่อวัน ส่วนใหญ่
รับประทานอาหาร อาหารรสไม่จัด ด้านการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมี
ส่วนร่วมกับชุมชนเป็นกิจกรรมทางศาสนา ด้านการจัดการกับความเครียดส่วนใหญ่ใช้วิธีสวดมนต์
ไหว้พระก่อนนอน

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 52 – 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล
บุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูง
อายุ รวมทั้งความสามารถในการทำนาย โดยใช้แบบจำลองของเพนเดอร์เป็นแนวทางในการศึกษา
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 ราย การ
สุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเมื่อ
พิจารณารายด้าน พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่สุด รองลงมาด้าน
การจัดการกับความเครียด สำหรับความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับทางบวกอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและตัวแปรที่มี
ความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย
รวม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตน จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ โดยอธิบายความแปรปรวนของ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 134 – 135) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง

400 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 81.0 โคนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากที่สุดในด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันร้อยละ 59.0 รองลงมาด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 39.0 ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ การสมรส ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน สถานภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้านบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 42.0 และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

สดใส ศรีสอาด (2540 : ก - ข) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 510 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีชมรมผู้สูงอายุ และประสบการณ์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดเกี่ยวกับอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญโดยรวมทุกพฤติกรรมได้ร้อยละ 43.1 โดยตัวแปรที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

มลฤดี ชูเนตร (2538 : ก - ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ตัวแปรประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ความเพียงพอของรายได้และความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ที่มีต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้านตามแนวคิดของเพนเดอร์ และตัวแปรการสนับสนุนจากรัฐด้านโภชนาการ การมีโรคประจำตัว ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 400 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์ของดวงพร รัตนอมรชัย ผลการวิจัยพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิต

ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 78.0 และร้อยละ 65.80 มีความรู้เกี่ยวกับ โภชนาการอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาแบบแผนการดำเนินชีวิตรายด้าน พบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมนี้ค่อนข้างน้อย - สม่่าเสมอ แต่การไปตรวจร่างกายประจำปีปฏิบัติมานานๆ ครั้ง ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมนี้ค่อนข้างบ่อย - สม่่าเสมอ ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการรับประทานอาหารผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านนี้ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมนี้นานๆ ครั้ง ด้านความสัมพันธ์ พบว่า ความเพียงพอของรายได้และปัจจัยความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0

สุทธิณี หุณฑสาร (2539 : 152 - 167) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบทจังหวัดนนทบุรี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 งานวิจัยต่างประเทศ

เพนเดอร์ และคณะ (Pender, et al, 1990 : 326 - 332) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 58) เลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพการรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานในบริษัทที่มีคนงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท จำนวน 589 คน ใช้วิธีการร่วมสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษา ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณค่าสูงสุด คือ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และด้านการออกกำลังกายค่าคะแนนมีต่ำสุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการจัดการกับความเครียด จากนั้นอีก 3 เดือนต่อมา ได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานมีคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยปัจจัยความรู้ - การรับรู้และปัจจัยร่วมกันสามารถทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31.00

ไฮจีวี และเบอร์นาร์ด (Ahijevych & Bernard, 1994 : 86 - 89) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำโดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงผิวดำ จำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ วอคเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker, et. Al., 1987) ใช้วัด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการช่วยเหลือพึ่งพา
ระหว่างกันและด้านการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน
การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มีค่าคะแนนที่เฉลี่ยสูงที่สุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออก
กำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพได้ร้อยละ 12.00 ตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของตำบลจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งในเขตรับผิดชอบดังกล่าวประกอบด้วย 8 หมู่บ้านและมีประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 528 คน (ศูนย์สุขภาพชุมชนสถานีอนามัยจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์, 2549)

การคำนวณหาขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้สูตรการคำนวณขนาด โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

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

เมื่อ	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	=	ขนาดของประชากร
	π	=	ค่าสัดส่วนของตัวแปร อ้างถึงในศรีจิตรา บุญนาค, 2530 : 35 กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 40 (0.04)
	D	=	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดในการประมาณค่าสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 5
	Z	=	ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่ 95%

$$\begin{aligned} \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{528(1.96)^2 0.4(1-0.4)}{(1.96)^2 0.4(1-0.4) + (528-1)(0.05)^2} \\ &= 218 \end{aligned}$$

จากการคำนวณพบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 218 คน โดยวิธีการสุ่มจับฉลากจาก บัญชีรายชื่อที่มีอยู่จำนวน 528 คน ขึ้นมาจนได้ครบจำนวน 218 คน โดยไม่นำฉลากรายชื่อที่จับได้ นำมาจับใหม่

เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการ ศึกษาค้นคว้า ทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวกับการวิจัย เอกสาร ตำรา วิทยานิพนธ์ และงานที่เกี่ยวข้อง โครง สร้างของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 6 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ การให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับข้อ คำถาม ดังนี้

คำถามด้านบวก		คำถามด้านลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ใช่	3	ใช่	1
ไม่แน่ใจ	2	ไม่แน่ใจ	2
ไม่ใช่	1	ไม่ใช่	3

การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าผู้สูงอายุได้ตระหนักและรับรู้เรื่องของการเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย โดยใช้คะแนนรวมที่แต่ละคนได้แล้วหารด้วย จำนวน ข้อคำถามในหมวดนั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง mean - s.d. หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง (mean - s.d.) ถึง (mean + s.d.) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง mean + s.d. หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมี ทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนน แบบสัมภาษณ์ ขึ้นอยู่กับข้อคำถาม ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	4
มาก	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การแปลความหมายของคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพใช้คะแนนรวมที่แต่ละคนได้แล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามในหมวดนั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง mean - s.d. หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง (mean - s.d.) ถึง (mean + s.d.) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง mean + s.d. หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณ 4 ระดับการให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับข้อคำถาม ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	4
มาก	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การแปลความหมายของคะแนนเชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพใช้คะแนนรวมที่แต่ละคนได้แล้วหารด้วย จำนวนข้อคำถามในหมวดนั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง mean - s.d. หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง (mean - s.d.) ถึง (mean + s.d.) หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง mean + s.d. หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ซึ่งมีทั้งหมด 17 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่อง ข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติ	1

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	3
ไม่ปฏิบัติ	4

การแปลความหมายของคะแนนการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพใช้คะแนนรวมที่แต่ละคน ได้แล้วหารด้วย จำนวนข้อคำถามในหมวดนั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง $mean - s.d.$ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง $(mean - s.d.)$ ถึง $(mean + s.d.)$ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพ

อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง $mean + s.d.$ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจากตำรา ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประมวลข้อมูลที่ได้นำไปสร้างเครื่องมือ
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
3. สร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบว่าตรงตามเนื้อหา และครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาหรือไม่เพียงใด
4. นำข้อเสนอนี้มาปรับปรุงแก้ไขและเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ความเห็นชอบ

5. นำแบบสอบถามไปทดสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้แต่มีสิ่งแวดล้อมและคุณลักษณะคล้ายคลึงกันโดยทดลองกับผู้สูงอายุ ตำบลร่วมจิต อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน

6. นำข้อคำถามที่จำแนกได้มาหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาช โดยกำหนดไว้ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2535 : 176)

$$r_a = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right\}$$

เมื่อ	r_m	=	แทนความเที่ยง
	K	=	จำนวนข้อของแบบวัด
	S_i^2	=	ผลรวมของค่าแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S^2	=	ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวม

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการช่วยติดต่อประสานงานกับ อสม.ในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. จัดเตรียมแบบสัมภาษณ์แยกไว้ตามจำนวน
3. นัดเจ้าหน้าที่และ อสม. ที่จะเก็บข้อมูลแต่ละพื้นที่เพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสัมภาษณ์ เทคนิคการสัมภาษณ์ ทำความเข้าใจในแต่ละส่วน ให้เป็นไปในทางแนวเดียวกัน โดยเน้นความสมบูรณ์ของข้อมูล ต่อจากนั้นได้มอบหมายให้เก็บข้อมูล
4. กำหนดวันเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 23 เมษายน พ.ศ.2550 ถึง วันที่ 27 เมษายน 2550
5. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจ สอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ชี้แจงและอธิบายแบบสัมภาษณ์ให้เจ้าหน้าที่ที่สัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน
6. จัดทำแผนและดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลตามระบบบัญชีรายชื่อที่ถูกสุ่มตามวันที่ได้กำหนดไว้ตามแผน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยรูปแบบของตาราง โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้วิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลตามลำดับ คือการ แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ χ^2 - test



บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ครั้งนี้ผลการวิจัยจะนำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบด้วยอธิบายโดยแบ่งออกเป็น 9 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลแรงจูงใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim
- ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ และรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	105	48.17
- หญิง	113	51.83
อายุ		
- 60 - 69 ปี	114	52.29
- 70 - 79 ปี	95	43.58
- 80 - 89 ปี	9	4.13
- มากกว่า 90 ปี	0	0

ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เข้าศึกษา	0	0.00
- ระดับประถมศึกษา	165	75.88
- ระดับมัธยมศึกษา	27	12.20
- ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	3.79
- ระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า	19	8.13
สถานภาพสมรส		
- คู่	139	63.76
- โสด	0	0.00
- ม่าย	61	27.98
- หย่า	9	4.13
- แยก	9	4.13
อาชีพ		
- ไม่มีอาชีพ	61	29.05
- รับจ้าง	53	24.31
- ค้าขาย	79	36.24
- เกษตรกรรม	0	0.00
- รับราชการบำนาญ	9	4.13
- อื่น ๆ	16	7.34
รายได้		
- ไม่มีรายได้	8	3.67
- ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	86	39.45
- 2,000 – 5,000 บาทต่อเดือน	80	36.70
- มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	44	20.18

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (51.83%) มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี มากที่สุด(52.29%) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (75.68%) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (63.76%) มีอาชีพค้าขายมากที่สุด (36.24%) และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (39.45%)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรัล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อ

ข้อความ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ					
	ไม่ใช่		ไม่แน่ใจ		ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ขณะที่ท่านรู้สึกว่าคุณภาพตนเองแข็งแรงสมบูรณ์	36	16.52	43	19.72	139	63.76
2. สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ก่อให้เกิดโรคและมีอันตรายต่อสุขภาพ	36	16.52	0	0.00	182	83.48
3. ซึ่เคยรับประทานเองเกิดแพ้ยาอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต	9	4.13	35	16.06	174	79.81
4. เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ	0	0.00	0	0.00	218	100.00
5. การรับประทานอาหารที่มีกากช่วยทำให้ขับถ่ายสะดวกดี	26	11.93	9	4.13	183	83.94
6. เป็นเรื่องยุ่งยากถ้าจะไปพบแพทย์เนื่องจากครอบครัวต้องทำงาน	97	44.5	51	23.39	70	32.11
7. สุขภาพดีเป็นพื้นฐานของการดำเนินชีวิต	17	7.8	17	7.8	184	84.4
8. จะไม่ยอมไปพบแพทย์เป็นอันขาดถ้าไม่ป่วยหนักจริง	105	48.16	52	23.85	61	27.99
9. การตรวจสุขภาพประจำปีมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	0	0.00	0	0.00	218	100.00

จากตารางที่ 2 เป็นข้อมูลในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายประเด็นข้อคำถาม พบว่า ประเด็นที่มีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ยอมรับว่าในบางครั้งต้องมีโอกาสเจ็บป่วย และการตรวจสุขภาพประจำปีมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการรับรู้ในระดับเหล่านี้ทั้งหมด (100.00%) ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุตอบว่าใช้น้อยที่สุดคือ จะไม่ยอมไปพบแพทย์เป็นอันขาดถ้าไม่ป่วยหนักจริง โดยพบว่าผู้ตอบว่าใช่เพียงร้อยละ 27.99

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	44	20.18
ปานกลาง	148	67.89
สูง	26	11.93
รวม	218	100.00

จากตารางที่ 3 เมื่อนำคะแนนที่ผู้สูงอายุตอบมาจัดลำดับเป็น 3 ระดับ คือมีการรับรู้สภาวะสุขภาพน้อย ปานกลาง และสูง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.89 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 20.18 และระดับสูงร้อยละ 11.93 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแรงจูงใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกแรงจูงใจด้านสุขภาพรายชื่อ

ข้อความ	แรงจูงใจ							
	น้อยที่สุด		น้อย		มาก		มากที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจึงงดสูบบุหรี่	9	4.13	17	7.8	8	3.67	184	24.4
2. เมื่อเจ็บป่วยต้องการหายจึงปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	9	4.13	9	4.13	53	24.31	147	67.43
3. เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ ควรตรวจสอบสุขภาพตนเองสม่ำเสมอ	9	4.13	9	4.13	43	19.72	157	72.02
4. ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 - นาที ทำให้ร่างกายสดชื่น แจ่มใส	0	0.00	0	0.00	96	44.04	122	55.96
5. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ทำให้ สุขภาพแข็งแรง	0	0.00	0	0.00	70	32.11	147	67.89
6. ร่วมกิจกรรมนันทนาการ เช่น การร้อง	27	12.39	43	19.72	27	12.39	121	55.5

เพลงและรำวง เพื่อความสนุกสนานรำเรีง								
7. สุขภาพดีทำให้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้	0	0.00	27	12.39	70	32.11	121	55.5
8. เพื่อรักษาสุขภาพจิตจึงพยายามทำใจและยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	0	0.00	18	8.25	105	48.17	95	43.58
9. เพื่อให้ร่างกายสดชื่นจึงนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	0	0.00	0	0.00	96	44.04	122	55.96
10. สวดมนต์และทำสมาธิก่อนนอน ช่วยส่งเสริมให้ใจสงบและนอนหลับสบาย	0	0.00	18	8.25	69	31.66	131	60.09

จากตารางที่ 4 เป็นข้อมูลด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นรายประเด็นตามข้อคำถาม พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีความเห็นว่าแรงจูงใจเพื่อผลักดันให้ปฏิบัติตนด้านสุขภาพสูงสุด 3 ลำดับแรก คือประเด็น เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจึงงดสูบบุหรี่ (84.40%) รองลงมาคือเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ ควรตรวจสอบสุขภาพตนเองสม่ำเสมอ (72.02%) และการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ สุขภาพแข็งแรง และการพบปะเพื่อผู้ทำให้มีสุขภาพจิตดี มีจำนวนเท่ากัน (67.89%) ส่วนประเด็นที่เป็นแรงจูงใจที่น้อยที่สุดคือร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการร้องเพลงและรำวง เพื่อความสนุกสนานรำเรีง (12.39%)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพ

แรงจูงใจด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	53	24.31
ปานกลาง	122	55.96
สูง	43	19.73
รวม	218	100.00

จากตารางที่ 5 เมื่อนำคะแนนด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมาจัดลำดับเป็น น้อย ปานกลางและมาก พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 55.96 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 24.31 และระดับสูง ร้อยละ 19.73

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรม
อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกเชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติตามรายชื่อ

ข้อความ	เชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติ							
	น้อยที่สุด		น้อย		มาก		มากที่สุด	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. คู่สมรส บุตร หลาน ชักนำให้ท่านปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	9	4.13	27	12.4	78	35.77	104	47.7
2. คู่สมรส บุตร หลานจะดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย	9	4.13	0	0.0	87	37.9	122	55.97
3. เมื่อมีการรณรงค์ด้านสุขภาพท่านจะร่วมโครงการและปฏิบัติตามทุกครั้ง	27	12.4	62	28.44	43	19.72	86	39.44
4. ท่านได้รับความรู้ใหม่จากโทรทัศน์ วิทยุ จะปฏิบัติตามทุกครั้ง	18	6.27	35	16.05	113	51.83	52	23.85
5. ท่านได้ดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีตามคำแนะนำของแพทย์	0	0.00	27	12.39	95	43.57	96	44.04
6. ท่านไว้ใจและให้ความเชื่อถือแพทย์และพยาบาลในการดูแลสุขภาพตนเอง	0	0.00	9	4.13	105	48.17	104	47.7
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบข้อซักถามชัดเจน ในด้านสุขภาพและสามารถปฏิบัติตามได้	8	3.67	18	8.26	132	60.55	60	27.52
8. อสม. ได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือท่านในการ ดูแลสุขภาพ	53	24.31	44	20.18	34	15.61	84	39.90

จากตารางที่ 6 เป็นข้อมูลด้านเชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเป็นรายประเด็นตามข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากมีเชิงชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ คู่สมรส บุตร หลานจะดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย (55.97%) รองลงมาคือ คู่สมรส บุตร หลานจะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพดี (47.70%) และท่านไว้ใจและเชื่อถือแพทย์และพยาบาลในการดูแลสุขภาพตนเอง (47.70%) ส่วนประเด็นอสม. ได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือท่านในการดูแลสุขภาพ (24.31%)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	79	36.23
ปานกลาง	115	52.75
สูง	24	11.02
รวม	218	100.00

จากตารางที่ 7 เมื่อนำคะแนนด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมาจัดลำดับเป็น น้อย ปานกลางและสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.75 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 36.23 และระดับสูง ร้อยละ 11.02 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลจรัล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ

ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ							
	ไม่ปฏิบัติ		นานๆ ครั้ง		บ่อยครั้ง		สม่ำเสมอ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ								
1. สูบบุหรี่	176	80.73	0	0.00	17	7.8	25	11.47
2. ดื่มสุรา	183	83.94	26	11.93	9	4.13	0	0.00
3. ตรวจสอบสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	25	11.48	35	16.05	52	23.85	106	48.62
4. ไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบาย	44	20.18	115	52.75	34	15.59	25	11.48
5. มีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพ	18	8.27	60	27.52	88	40.36	52	23.85
6. อ่านข่าวสารฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ	9	4.13	44	20.18	87	39.90	78	35.77

7. ออกกำลังกายโดยการร่ำมวยจีน เดินเล่น การบริหาร	9	4.13	26	11.93	96	44.04	87	39.90
8. ได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องใช้กำลัง เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน	16	7.35	79	36.23	27	12.39	96	44.03
9. รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ	0	0.00	27	12.38	95	43.58	96	44.04
10. รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรือไข มันเจือปน	9	4.13	105	48.16	26	11.94	78	35.77
11. รับประทานขนมหวานบ่อยเพียงใด	17	7.81	79	36.27	78	35.77	44	20.18
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ								
12. ฟังพอใจในการดำเนินชีวิต	0	0.00	27	12.4	113	51.83	78	35.77
13. รู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลานหรือบุคคล รอบข้างไม่เป็นอย่างที่ต้องการ	9	4.13	115	52.75	51	23.40	43	19.72
การจัดการกับความเครียด								
14. เกิดความเครียดบ่อยครั้งเพียงใด	61	27.98	97	44.50	26	11.92	34	15.60
15. ปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึก เมื่อไม่สบายใจ	9	4.13	80	36.70	96	44.04	33	15.13
16. เมื่อไม่สบายใจแก้ไขปัญหาโดยนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ	26	11.92	87	39.90	35	16.07	70	32.11

จากตารางที่ 8 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่เลยร้อยละ 80.73 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 83.94 ตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 48.62 ไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบายเสมอ ร้อยละ 11.48 มีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพสม่ำเสมอ ร้อยละ 23.85 และอ่านข่าวสารฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพสม่ำเสมอ ร้อยละ 35.77

ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่า ฟังพอใจในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 35.77 รู้สึกไม่พอใจ ถ้าบุตรหลานหรือบุคคล รอบข้างไม่เป็นอย่างที่ต้องการ ร้อยละ 19.72

ด้านจัดการกับความเครียด พบว่า เกิดความเครียดบ่อยครั้ง ร้อยละ 15.60 ปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิด เพื่อระบายความรู้สึกเมื่อไม่สบายใจเสมอ ร้อยละ 15.13 เมื่อไม่สบายใจแก้ไขปัญหาโดยนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระเสมอ ร้อยละ 32.11

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภาพรวม

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	35	16.06
ปานกลาง	148	67.90
มาก	35	16.06
รวม	218	100.00

จากตารางที่ 9 เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมาจัดลำดับเป็น
น้อย ปานกลางและมาก พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
มากที่สุด ร้อยละ 67.90 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 16.05 และระดับต่ำ ร้อยละ 16.05 ตาม
ลำดับ



ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

ตารางที่ 10 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

เพศ	รวม	ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ชาย	105	17	73	15	2.62	> 0.05
หญิง	113	27	75	11		
รวม	218	44	148	26		
อายุ					χ^2	P-value
< 70	114	26	86	2	28.31	< 0.05
> 70	104	18	62	24		
รวม	218	44	148	26		
ระดับการศึกษา					χ^2	P-value
ประถมศึกษา	165	28	137	0	119.13	< 0.05
สูงกว่า ประถมศึกษา	53	16	11	26		
รวม	218	44	148	26		
สถานภาพสมรส					χ^2	P-value
คู่	139	34	98	7	27.14	< 0.05
คนเดียว	79	10	50	19		
รวม	218	44	148	26		

อาชีพ	รวม	ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ไม่มีอาชีพ	70	5	58	7	21.58	< 0.05
รับจ้าง	69	11	48	10		
ค้าขาย	79	28	42	9		
รวม	218	44	148	26		
รายได้					χ^2	P-value
< 2,000	94	18	66	10	0.478	> 0.05
> 2,000	124	26	82	16		
รวม	218	44	148	26		

** P-value < 0.05

จากตารางที่ 10 จากการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05 และ พบว่า เพศ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 11 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ

เพศ	รวม	แรงจูงใจด้านสุขภาพ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ชาย	105	29	63	13	14.27	< 0.05
หญิง	113	29	49	35		
รวม	218	58	112	48		
อายุ					χ^2	P-value
< 70	114	21	77	16	43.95	< 0.05
> 70	104	37	35	27		
รวม	218	58	112	48		

ระดับการศึกษา	รวม	แรงจูงใจด้านสุขภาพ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ประถมศึกษา	165	44	101	20	53.55	< 0.05
สูงกว่าประถมศึกษา	53	14	11	28		
รวม	218	58	112	48		
สถานภาพสมรส	รวม	แรงจูงใจด้านสุขภาพ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
คู่	139	35	84	20	31.85	< 0.05
คนเดียว	79	23	28	28		
รวม	218	58	112	48		
อาชีพ	รวม	แรงจูงใจด้านสุขภาพ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ไม่มีอาชีพ	70	13	45	12	10.92	< 0.05
รับจ้าง	69	18	37	14		
ค้าขาย	79	27	30	22		
รวม	218	58	112	48		
รายได้	รวม	แรงจูงใจด้านสุขภาพ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
< 2,000	94	18	55	21	6.134	< 0.05
> 2,000	124	40	57	27		
รวม	218	58	112	48		

** P-value < 0.05

จากตารางที่ 11 จากการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 12 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

เพศ	รวม	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ชาย	105	46	49	10	10.50	< 0.05
หญิง	113	33	66	14		
รวม	218	79	148	24		
อายุ					χ^2	P-value
< 70	114	31	78	5	50.39	< 0.05
> 70	104	48	37	19		
รวม	218	79	115	24		
ระดับการศึกษา					χ^2	P-value
ประถมศึกษา	165	61	99	5	57.67	< 0.05
สูงกว่าประถม ศึกษา	53	18	16	19		
รวม	218	79	115	24		
สถานภาพสมรส					χ^2	P-value
คู่	139	57	79	3	213.29	< 0.05
คนเดียว	79	22	36	21		
รวม	218	79	115	24		
อาชีพ					χ^2	P-value
ไม่มีอาชีพ	70	28	36	6	54.74	< 0.05
รับจ้าง	69	25	37	7		
ค้าขาย	79	26	42	11		
รวม	218	79	115	24		

รายได้	รวม	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
< 2,000	94	32	50	12	0.69	> 0.05
> 2,000	124	47	65	12		
รวม	218	79	115	24		

** P-value < 0.05

จากตารางที่ 12 จากการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05 และ พบว่าและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 13 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	รวม	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ต่ำ	44	10	19	15	27.63	< 0.05
ปานกลาง	148	20	116	12		
สูง	26	5	13	8		
รวม	218	35	148	35		

** P-value < 0.05

จากตารางที่ 13 จากการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ของระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 14 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แรงจูงใจ ด้านสุขภาพ	รวม	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ต่ำ	53	8	32	13	21.97	< 0.05
ปานกลาง	122	14	97	11		
สูง	43	13	19	11		
รวม	218	35	148	35		

** P-value < 0.05

จากตารางที่ 14 จากการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ของแรงจูงใจทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าแรงจูงใจทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 15 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สิ่งชักนำให้ เกิดการปฏิบัติ	รวม	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ต่ำ	79	8	45	26	67.60	< 0.05
ปานกลาง	115	12	95	8		
สูง	24	15	8	1		
รวม	218	35	148	35		

** P-value < 0.05

จากตารางที่ 15 จากการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ของสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ และเพื่อต้องการทราบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ ซึ่งการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะมีดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

จากผลวิเคราะห์โดยปัจจัยต่าง ๆ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 218 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.83 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 52.29 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.68 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.76 ค่าขาย ร้อยละ 36.24 และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.45

1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าการมีสุขภาพดีเป็นพื้นฐานของการดำเนินชีวิต รองลงมา ยอมรับว่าการดำเนินชีวิตต้องเจ็บป่วยบ้างเป็นครั้งคราว และเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์จะออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีกากและดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ เพื่อช่วยให้การขับถ่ายสะดวก การสูบบุหรี่ ดื่มสุราก่อให้เกิดโรคและมีอันตรายแก่สุขภาพ และพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดเจ็บป่วย

1.3 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นแรงผลักดันให้ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี คือ การที่จะหายจากโรคภัยไข้เจ็บหรือการเจ็บป่วยจึงต้องปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล รองลงมา การสวดมนต์และทำสมาธิก่อนนอนช่วยส่งเสริมให้จิตใจสงบนิ่งและนอนหลับสบาย และการที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจึงงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมทั้ง การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทำให้สุขภาพแข็งแรง

1.4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ การไว้ใจและให้ความเชื่อถือแพทย์และพยาบาลในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้มีสุขภาพดี รองลงมา การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะดูแลอย่างดีตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และ บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมมากที่จะดูแลสุขภาพในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ในด้านสื่อต่างๆ ผู้สูงอายุจะดูโทรทัศน์รายการเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพคือ การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ด้านการออกกำลังกายโดยการรำมวยจีน เดินเล่น กายบริหารเป็นส่วน มากที่ปฏิบัติเป็นประจำ ด้านโภชนาการ การใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และการรับประทานอาหารเช้าและผลไม้เป็นประจำ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีโอกาส ช่วยเหลือครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ปลูกต้นไม้ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุ จะพอใจกับการนึกถึงอดีตที่ผ่านมา ด้านการจัดการกับความเครียดจะกระทำส่วนมากเมื่อไม่พอใจ จะแก้ปัญหาโดยนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ

1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

พบว่าอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05 และ พบว่า เพศ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับ ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ พบว่า เพศ อายุ ระดับการ ศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับ นัยสำคัญสถิติที่ 0.05 รวมทั้งพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีความ สัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญสถิติที่ 0.05 และ พบว่าและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจด้าน

สุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลจรม อำเภอกำปง จังหวัดอุตรดิตถ์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เป็นการศึกษาการรับรู้ ภาวะประสิทธิภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมประสิทธิภาพ ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานทุกข้อ ข้อเสนอแนะในการวิจัยมีดังนี้

1. นโยบายทางด้านสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำ จากข้อค้นพบว่าผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เป็นเรื่องยุ่งยากแก่ครอบครัวที่จะพาไป ฉะนั้น เมื่อเจ็บป่วยหนักจริง ๆ ถึงจะยอมมาพบแพทย์ ดังนั้น ควรมีการจัดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีหลักประกันที่แน่นอน เช่น ประกันสุขภาพ การประกันสังคม และการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุโดยเพิ่มขีดความสามารถในการตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในระดับสถานีนานามัยให้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ให้บริการตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโดยแพทย์มาตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค พร้อมกับจัดให้มีทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เข้าไปถึงชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุให้ความรู้ และสร้างความไว้วางใจ ให้คำปรึกษาและแนะนำผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

นอกจากนี้ควรปรับปรุงสถานบริการและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุเพื่อที่จะได้รับบริการด้วยตนเองได้และไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพและควรให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อประกันความยากไร้จากการเจ็บป่วยด้วย

2. การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี

จากข้อค้นพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ซึ่งข้อค้นพบว่าผู้สูงอายุยังคงต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ยังมีปัญหาของการไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย นอกจากนี้การจัดการกับความเครียดก็ต้องการ ผู้แนะนำ ฉะนั้น ควรสนับสนุนทางด้านโภชนาการ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์

และเหมาะสมกับวัยสูงอายุพร้อมกับกระตุ้นให้ใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพ สำหรับด้านการออกกำลังกาย ควรจัดให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้สูงอายุ เช่น รำไทเก๊ก กายบริหาร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอบต. จัดเป็นโครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีวิทยากรมาสอนวิธีการออกกำลังกายได้ถูกต้องและไม่เป็นอันตรายแก่สุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะกันและคลายความเครียดพร้อมกับช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจดีมีสุขภาพดี

3. สังคมควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสุขภาพใจพร้อมกับมีคุณค่า

จากข้อค้นพบว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติจากครอบครัวในเรื่องการให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยและการไม่พาไปตรวจโรคประจำปี ดังนั้นควรส่งเสริมครอบครัว ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้การช่วยเหลือดูแลและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเพื่อการมีชีวิตรที่ยืนยาว ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมที่มีให้แก่สังคมเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง ตามวัยและไม่เกิดช่องว่างระหว่างวัยส่งผลให้มีบทบาทในการพัฒนา ที่สำคัญควรส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดการยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า สามารถช่วยให้บุคคลที่อยู่รอบข้างหรือ บุคคลใกล้เคียงเกิดความอบอุ่นและควรส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างวัยโดยสร้าง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมได้โดยสมัครใจพร้อมกับให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เกิดเป็นภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ

4. ควรเสริมสร้างให้มีรายได้และช่วยลดภาระของสังคม

จากข้อค้นพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้และถ้ามีก็น้อยมาก เพราะฉะนั้นก็ต้องปรับปรุงนโยบายการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุด และควรให้ผู้สูงอายุมี โอกาสเลือกปฏิบัติได้หลากหลาย พร้อมกับขจัดแนวคิดที่เลือกปฏิบัติกับผู้สูงอายุในสถาน ประกอบการ นอกจากนี้เพื่อส่งเสริมครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุให้มีกำลังใจควรลดภาษีแก่บุคคลใน ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ และถ้าเป็นไปได้ควรมีการเพิ่มการสร้างงานสำหรับผู้สูงอายุโดยจัดหลักสูตร การศึกษาในชุมชนเพื่อที่ผู้สูงอายุจะได้เรียนรู้พร้อมกับการเพิ่มรายได้ช่วยลดภาระของสังคม

สรุป ครอบครัวควรมีส่วนช่วยเหลือและช่วยเหลือผู้สูงอายุ นอกจากนี้ต้องส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการช่วยกันพัฒนาตนเองสามารถพึ่งตนเองได้ ดำรงรักษาคุณค่าของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี มีอายุยืนยาวและมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตต่อไป

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ทัศนคติ ค่านิยม
2. ควรศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. (2536). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรรณิการ์ กั้นรักษา. (2523). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับพฤติกรรมกรปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุครรภ์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลยา สันติผลาชีวะ. (2525). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : เจริญกิจ.
- เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2528). “ทฤษฎีการพยาบาลของคิง” ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, หน้า 372 – 527.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา. (ม.ป.ป.) ปัญหาผู้สูงอายุ แนวทางแก้ไข พ.ศ. 2534. กรุงเทพมหานคร.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก” เอกสารสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู (หน่วยที่ 8 – 15) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- จริน ธานีรัตน์. (2529). อนามัยบุคคล. กรุงเทพฯ : วิคตอรี เพาเวอร์พอยท์ จำกัด.
- จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี คันศิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉก ณะสิริ. (2535) ทำอะไรชีวิตจะยืนยาว: จะมีความสุข. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2532). การปรับตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร : ศุภนิชการพิมพ์.
- ดวงพร รัตน์อมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นภาพร ชโยวรรณและมาลินี วงษ์สิทธิ์. (2532). สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินาท วิทย์โชคกิตติกุล. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร์)
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ. (2532). การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : ศุภนิชการพิมพ์.
- ธวัชชัย งามวงสันติวงศ์. (2538). SPSS/PC+SPSS For Window. (พิมพ์ครั้งที่ 2.) กรุงเทพมหานคร : ลินคอร์น.
- เชิษศรี วิรัชสิริ. (2527). วิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- นิตา ชูโต. (2525). "คนชาติไทย" รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : สามัคคีการพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2535). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจา ยอดดำเนินและกฤตยา อาชนิจกุล. (2529). "พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยคนไทย". ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา : มนุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, หน้า 268.
- ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา คุณาธรรม. (2538). ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พวงพยอม การกัญญา. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ. (2523). รายงานการวิจัยเรื่องความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาทางประชากรของคนชรา. กรุงเทพมหานคร สำนักวิจัยสถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2536). การดูแลสุขภาพตนเองที่ชนะทางสังคมวัฒนธรรม, กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- เพชรรา อินทรพานิช. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง อุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มลฤดี ชูเนตร. (2538). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิทยาระบบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรา นพพรพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี เข้มจันทร์ฉาย. (2538) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีจิตรา บุญนาค. (18 เมษายน 2532. "ปัจจัยสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ" แพทยสภา. หน้า 251 – 268.
- ศิริวรรณ สนไชย. (2532). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. กรมประชาสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศุภวัลย์ พลายน้อย. (2525) ประชากรศึกษา. กรุงเทพมหานคร.
- สดไส ศรีสอาด. (2540) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุทธนิจ หุณตสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบทจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (สาขาสาขารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535). แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชีรา อายุวัฒน์. (2527). ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2 สมุดปกขาว : ห้างหุ้นส่วนจำกัดขนิษฐาการพิมพ์.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2540) รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร : บริษัทแอล. ที. เพรส จำกัด
- โสภิตา เมธาวี. (2535). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุเมืองพล อำเภอพล จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณ รัชธรรม. (2522). หลักมนุษยสัมพันธ์กับการบริหาร. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- Ahijevych, K. and Bernhard, L.(1994). "Health Promotion Behaviors of African American Women" Nursing Research. 86 – 89.
- Becker MH, et al. (1977, December 18)" The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance : A Field Experiment" Journal of Health and Social Behavior. Pp. 348-366.
- Ebersole, P. and Hess, P. (1981). Toward Healthy Aging : Human Needs and Nursing. Response St. Louis : The C.V.Mosby Company.
- Eliopoulos, Chariotte, (1979). Geriatric Nursing. London : Harper & Row Ltd.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Hill, I and Smith, N. (1985). Self Care Nursing : Promoting of Health. Hew Jersey : PrenticeHall, Inc.
- Murry, R.B. and Zentner, J. (1975). Nursing Assessment and Health Promotion Through the Life Span. New Jersey : PrenticeHall, Inc.
- Palank, C.L., (1991). "Determinants of Health - Promoting Behavior A Review of Current Research," Nursing Clinics of North America. (December, 26). 815 – 832.
- Pender, N.J.(1982). Health Promotion in Nursing Practice. New Yourk : Appleton Century Clefts.
- . (1987). Health Promotion in Nursing Practice. 2nd rd. New York : Appleton-Lange.
- . (1996). Health promotion in Nursing Practice. 3rd rd. New Youk : Appleton – Lange.
- Rosenstock, U.M. (1974). "The Health Belief Model and prevent Health Behavior." In Health Belief Model and Personal Belief Model and Prevent Health Behavior. In Health Belief Model and Personal Health Be. Edited by M.H. Becher. New Jersey : Charles B. Slack Inc.
- Solomon, D. and A.I. Oberlander. (1974). "Loeues of Control in the Classroom" in Richard H. Coop and Kinnard White. (eds) Psychological Concepts in the Classroom, New York : Harper and Row publishers.
- Speak, D.L. Cowart, M.E. pellet, K. (1989). "Health Perception and Lifestyles of the Elderly." Research in Nursing and Health : 93 – 100.
- Stenback., et al. (1974). "Illness and Health Behavior in Septuagenavians". Journal of Gerontology : 57 – 61.
- Tissue, T., et al. (1972). "Look at Self Health Among the Elderly". Journal of Gerontology : 91 – 74.
- WHO. Expert Committee. (1989). "Health of the elderly". WHO Technical Report Series. No. 779 : 1 – 98.



เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในวงเล็บหน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ

() 60 – 69 ปี

() 70 – 79 ปี

() 80 – 89 ปี

() มากกว่า 90 ปี

3. การศึกษาสูงสุดของท่าน

() ไม่ได้เข้าศึกษา

() ระดับประถมศึกษา

() ระดับมัธยมศึกษา

() ระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า

() ระดับอุดมศึกษา หรือเทียบเท่า

4. สถานภาพสมรส

() คู่

() โสด

() ม่าย

() หย่า

() แยก

5. การประกอบอาชีพ

() ไม่มีอาชีพ

() รับจ้าง

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

() รับราชการบำนาญ

() อื่น ๆ โปรดระบุ.....



6. รายได้ หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือได้รับการเกื้อกูลจากผู้อื่น
- () ไม่มีรายได้
 - () ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน
 - () 2,000 – 5,000 บาทต่อเดือน
 - () มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ผู้สมัครทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์ชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบดังนี้

ใช่ หมายถึง เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกไม่แน่ใจของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพตนเองแข็งแรงสมบูรณ์			
2. สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ก่อให้เกิดโรคและมีอันตรายต่อสุขภาพ			
3. ซื่อร้ายประทานเองเกิดแพ้ยาอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต			
4. เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ			
5. การรับประทานอาหารที่มีกากช่วยทำให้การขับถ่ายสะดวกดี			
6. เป็นเรื่องยุ่งยากถ้าจะไปพบแพทย์เนื่องจากครอบครัวต้องทำงาน			
7. สุขภาพดีเป็นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตระยะยาว			
8. จะไม่ยอมไปพบแพทย์เป็นอันขาดถ้าไม่ป่วยหนักจริง			
9. การตรวจสุขภาพประจำปีมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ			

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่าสิ่งใดต่อไปนี้เป็นแรงจูงใจให้ท่านได้ดูแลสุขภาพมากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นแรงจูงใจของผู้สูงอายุมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นแรงจูงใจของผู้สูงอายุมาก

น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นแรงจูงใจของผู้สูงอายุน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เป็นแรงจูงใจของผู้สูงอายุน้อยที่สุด

ข้อความ	แรงจูงใจ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจึงงดสูบบุหรี่ และเลิกดื่มสุรา				
2. เพื่อต้องการที่จะหายจากการเจ็บป่วยจึงต้องปฏิบัติตามตามคำแนะนำของบุคคลากรสาธารณสุข				
3. เพื่อป้องกันและระมัดระวังตนเองไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บควรตรวจสอบสุขภาพตนเองสม่ำเสมอ				
4. ออกกำลังกาย เช่น รำไทเก๊ก ออกกำลังกาย และเดินทุกเช้าอย่างน้อยวันละ 20 – 30 นาที ทำให้ร่างกายสดชื่น แจ่มใส				
5. การเลือกรับประทานอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทำให้สุขภาพแข็งแรง				
6. ร่วมกิจกรรมนันทนาการ เช่น การร้องเพลง และรำวงวันสำคัญทางศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีนิยมของท้องถิ่นเพื่อทำให้สุขภาพจิตดี สนุกสนาน				
7. สุขภาพดีทำให้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้				
8. เพื่อรักษาสุขภาพจิตและความรู้สึกผ่อนคลายความตรึงเครียดจึงพยายามทำใจและยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น				

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	แรงจูงใจ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
9. เพื่อให้ร่างกายสดชื่นและแข็งแรงจึงนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ				
10. สวดมนต์และทำสมาธิก่อนนอนเพื่อช่วยส่งเสริมให้จิตใจสงบนิ่ง และนอนหลับสบาย				

ส่วนที่ 4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่าสิ่งใดต่อไปนี้เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพมากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุมากที่สุด
- มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุมาก
- น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุน้อย
- น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุน้อยที่สุด

ข้อความ	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. คู่สมรส บุตร หลาน มีส่วนชักนำและหาวิธีการที่จะทำให้ท่านปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี				
2. คู่สมรส บุตร หรือหลานจะดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย				
3. เมื่อมีการรณรงค์ทางด้านสุขภาพ ท่านจะร่วม โครงการและปฏิบัติตามทุกครั้ง				
4. ท่านได้รับความรู้ใหม่ๆ ทางด้านสุขภาพทางวิทยุโทรทัศน์ และจะปฏิบัติตามเสมอ				
5. ท่านได้ดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข				

ส่วนที่ 4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (ต่อ)

ข้อความ	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
6. ท่านไว้วางใจและให้ความเชื่อถือบุคลากรสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพตนเอง				
7. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขตอบข้อซักถามชัดเจนให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง				
8. อสม. ได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือท่านในการ ดูแลสุขภาพ				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในคอลัมน์ที่แสดงถึงระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตรงกับความเป็นจริง โดยผู้สัมภาษณ์ชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบดังนี้

สม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 2 - 3 วัน/สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อความ	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	4	3	2	1
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. ท่านสูบบุหรี่				
2. ท่านดื่มสุรา				
3. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
4. ท่านไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการ ไม่สบายบ่อยเพียงใด				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อความ	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	4	3	2	1
5. ท่านมีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของท่านบ่อยครั้งเพียงใด				
6. ท่านอ่านข่าวสารฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ				
7. ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดสายหรือออกกำลังกายโดยการเดินเล่น รำมวยจีน การบริหาร หรือออกกำลังกายอย่างอื่น				
8. ท่านได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน				
9. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด เค็มจัด ของหวาน				
10. ท่านได้รับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ				
11. ท่านได้รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันหรือไขมันเจือปนบ่อยเพียงใด				
12. ท่านพูดคุยปรึกษาหารือร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวบ่อยเพียงใด				
การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ				
13. ท่านรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตบ่อยเพียงใด				
14. ท่านรู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลานหรือบุคคลรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ท่านต้องการบ่อยเพียงใด				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อความ	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	4	3	2	1
การจัดการกับความเครียด 15. ท่านคิดเกิดความเครียดบ่อยครั้งเพียงใด 16. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิด เพื่อระบายความรู้สึกบ่อยเพียงใด 17. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านแก้ปัญหาโดยการ ไปนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระบ่อยเพียง ใด				

