



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก
อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Related to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons in Wanglouk
Subdistrict, Sam Chuk District, Suphan Buri Province

นามผู้วิจัย นางพนัชญา ประดับสุข

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์อติสา นิติธรรม, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญจนา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก
อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Related to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons in Wanglouk Subdistrict,
Sam Chuk District, Suphan Buri Province

โดย

นางพนัชญา ประดับสุข

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2552

พัญญา ประดับสุข 2552 : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 172 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษา
จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน ซึ่งเลือกโดยการสุ่มแบบชั้นปฐมภูมิ ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หา
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสถิติไคสแควร์
สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชูก
จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
หรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะ
จากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก
กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความคาดหวัง
ในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 6) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนาย
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความ สามารถ
ตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ ตัวแปรทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกัน
ทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 29.9

Panatchaya Pradabsuk 2009: Factors Related to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons in Wanglouk Subdistrict, Sam Chuk District, Suphan Buri Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 172 pages.

The purpose of this descriptive research was to study the factors related to health promotion behavior of elderly persons in Wanglouk Subdistrict, Sam Chuk District, Suphan Buri Province. Samples were consisted of 321 people obtained by stratified random sampling. Data were collected with the interview model constructed by the researcher and its quality was tested and accepted. The data analysis by statistic program were percentages, arithmetic means, standard deviation. The relationships between factors and people's health promotion behaviors were analyzed by Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis was used for analyzed the predictive factors.

The majors finding were as follows: 1) The health promotion behaviors of elderly persons in Wanglouk Subdistrict, Sam Chuk District, Suphan Buri Province were at moderate level. 2) The bio-social factors such as sex, marital status, level of education, income, occupation and health condition had relationship with health promotion behaviors of elderly with statistic significance at the level of .001 3) The perceiving of health promotion behaviors such as perceiving benefits and obstructions of health promotion behaviors, perceiving susceptibility of health promotion behaviors had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistic significance at the level of .001. and perceiving severity or noxiousness on health promotion had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistic significance at the level of .01 4) Perceiving of self-efficacy and outcome expectation on health promotion had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistic significance at the level of .001. and outcome expectation on health promotion had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistic significance at the level of .01 5) The social support of health promotion behaviors such as health data support, health materials support and mental support had positive relationship with health promotion behaviors of elderly with statistic significance at the level of .001. 6) The predictive factors on health promotion behaviors of elderly were attitude toward health promotion, health data support, perceiving of self – efficacy on health promotion, perceiving benefits and obstructions of health promotion, marital status and health condition which were able to predict health promotion behaviors of elderly for 29.9 percent.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลือและความกรุณาอย่างสูงจาก คณาจารย์หลายท่าน ซึ่งได้แก่ รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย กรรมการที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม กรรมการที่ปรึกษารอง รองศาสตราจารย์จังกด แก่นเพิ่ม ประธาน กรรมการสอบ (ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย) รองศาสตราจารย์วิสูตร กองจินดา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คุณเอนก อ่ำสกุล สาธารณสุขอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ที่อนุญาต ให้เก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณ คุณไพรัช แก้ววงษ์ คุณภักวีวัฒน์ ใจบุญ คุณนรินทร์ ตำราญถิ่น คุณวันวิสาห์ แยมเสนาะ และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือช่วยเหลือและสนับสนุน รวมทั้ง อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้พื้นที่ในการดำเนินการวิจัยอย่างดียิ่ง ทำให้ วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณแม่เสงี่ยม กงศิริ และคุณชุตติร ประดับสุข ผู้ซึ่งมีส่วน ในการให้กำลังใจ ความรักความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลเสมอมา รวมทั้งเพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษาทุกท่าน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ที่ให้ความ ช่วยเหลือตลอดมา คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่มารดา คณาจารย์ และทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

พนัชญา ประดับสุข

มกราคม 2552

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	5
การตรวจเอกสาร	11
อุปกรณ์และวิธีการ	76
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	88
ผลการวิจัย	88
ข้อวิจารณ์	121
สรุปและข้อเสนอแนะ	133
สรุป	133
ข้อเสนอแนะ	136
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	140
ภาคผนวก	152
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	153
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	155
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	77
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม	89
3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาการหรือปัญหาสุขภาพ	90
4	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	92
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	93
6	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	94
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	95
8	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	96
9	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	97
10	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	98
11	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	99
12	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ	99
13	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ	101
14	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน	101
15	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ	103
16	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	104

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	107
18	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายुरายด้าน	107
19	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	108
20	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	109
21	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	112
22	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	113
23	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	114
24	แสดงเมตริกสัมพันธ์ (Correlation Matrix) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	117
25	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	118
26	การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี	119

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	57
2	ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น	59
3	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น	60
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย	74

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี**

**Factors Related to Health Promotion Behaviors of Elderly Persons in
Wanglouk Subdistrict, Sam Chuk District, Suphan Buri Province**

คำนำ

ในช่วงเวลากว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สภาวะการณทางประชากรของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อัตราการเพิ่มประชากรลดลงจากระดับสูง คือ ประมาณร้อยละ 3.0 ต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2503 มาสู่ระดับที่ค่อนข้างต่ำ ประมาณร้อยละ 1.1 ต่อปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) การเปลี่ยนแปลงอัตราการเพิ่มประชากรนี้ เป็นผลจากการเปลี่ยนทั้งในด้านภาวะการตายและภาวะเจริญพันธุ์ หากเริ่มพิจารณาจากภาวะการตาย จะเห็นได้ว่าภาวะการตายมีบทบาทอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรไทยในอดีต การลดระดับการตายเกิดขึ้น อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 2 ขณะที่ภาวะเจริญพันธุ์ หรือภาวะการเกิด นั้นยังคงอยู่ในระดับสูง อันเป็นเหตุให้จำนวนประชากรไทยในอดีตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันอัตราการตายของประชากรของประเทศได้ลดลงมาอยู่ในระดับประมาณ 5 – 6 ต่อประชากรพันคนต่อปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549)

การลดลงของภาวะการตายของประชากรไทยมีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการนำเอาวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ และการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการขยายบริการทางการแพทย์ เช่น การเพิ่มจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศหรือการมีโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐานและการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ ตลอดจนการตายของทารกและเด็ก ทั้งนี้ เนื่องมาจากมารดาที่ได้รับการศึกษาที่ดีย่อมจะมีโลกทัศน์ที่เปิดกว้าง ยอมรับรับวิทยาการสมัยใหม่ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันรักษาสุขภาพให้กับบุตร ส่งผลให้อัตราการตายของประชากรในปัจจุบันลดลง

จากการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะการเจริญพันธุ์ และภาวะการตายของประชากร ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย กล่าวคือ พบว่าในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต กล่าวคือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคนในปัจจุบัน เป็นประมาณ 10 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า และเป็นที่น่า

สังเกตว่าอัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุจะเร็วกว่าประชากรโดยรวมทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึงปี พ.ศ. 2533 ประชากรสูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 47 แต่เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มระหว่างปี พ.ศ. 2523 ไปจนถึงปี พ.ศ. 2563 จะพบว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มสูงถึงกว่าร้อยละ 300 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2542) สาเหตุของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว เป็นเพราะภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีตและภาวะการตายที่ลดลงเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้ประชากรในรุ่นที่เคยเป็นเด็ก ซึ่งเกิดมาเป็นจำนวนมากในอดีต ได้ค่อยๆ ทอยเข้าสู่วัยแรงงานและวัยสูงอายุในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มประชากรสูงอายุจะมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุมากๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับเช่นในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ประมาณ 700,000 คน คาดว่า จะเพิ่มเป็น 1,400,000 คน ในราวปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2542)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงและเพศชาย จะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย และเมื่อพิจารณาอัตราส่วนทางเพศของประชากรในประเทศไทยจะพบว่าอัตราส่วนทางเพศเมื่อแรกเกิดจะมีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่ในกลุ่มสูงอายุกลับพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สะท้อนถึงอัตราการตายที่สูงกว่าของประชากรเพศชาย หากพิจารณาจากความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) จะพบว่าประชากรไทยมีการคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538-2539 แนวโน้มความคาดหมายการคงชีพในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 และ 70 ปี จะพบว่าประชากรที่มีชีวิตอยู่จนถึงอายุ 60 ปี มีโอกาสที่จะอยู่รอดเพิ่มสูงอีกเป็นลำดับ จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2528-2529 และ พ.ศ. 2538-2539 แสดงให้เห็นว่า ประชากรเพศชายที่มีอายุ 60 ปี มีจำนวนโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดต่อไป เพิ่มประมาณ 4.8 ปี และเพศหญิงเพิ่มประมาณ 5.4 ปี เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสรอดหรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามประเด็นที่ควรสนใจ คือ ความยืนยาวของชีวิตที่เพิ่มขึ้นนี้ เป็นการเพิ่มความยืนยาวที่มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2542)

เห็นได้ว่าคุณลักษณะของผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีความแตกต่างไปจากผู้สูงอายุในอนาคตนานหลายด้าน เช่น ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนไม่น้อยที่มีความสามารถในการอ่านอย่างจำกัด หรืออ่านหนังสือไม่ออก ความแตกต่างในระดับการศึกษา ระหว่างผู้สูงอายุปัจจุบันและในอนาคตนี้อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ อาทิเช่น ผู้สูงอายุในอนาคตที่มีการศึกษาดีขึ้น อาจจะชอบหรือเลือกรูปแบบการอยู่อาศัยที่แตกต่างกันไปจากผู้สูงอายุในปัจจุบัน เช่น อาจจะเลือกที่จะอยู่กันเองตามลำพังมากกว่าจะอาศัยอยู่กับลูกหลาน จากงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันมีไม่มากนัก

ที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งที่น่าห่วงใย ทำอย่างไรจึงจะทำให้ประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้นมีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นภาระของบุตรหลาน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจ ในส่วนนี้กระทรวงสาธารณสุข คงมีบทบาทอย่างสำคัญในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับคนที่เข้าใกล้วัยสูงอายุนั้น ควรณรงค์ให้มีการเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ การเตรียมการนี้ควรส่งเสริมทั้งในด้านการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การกินอยู่ การตรวจสุขภาพ การเตรียมการด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนที่อยู่อาศัย ส่วนในกลุ่มวัยสูงอายุนั้นควรมีมาตรการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงหรือลดโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยให้เหลือน้อยที่สุด (บรรลุ, 2526)

นอกจากนี้บรรลุ และคณะ (2531) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุของประเทศไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 -74 ปี จำนวน 1,574 คน พบว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบบ่อยเป็นอันดับแรก คือ ปัญหาสุขภาพ โดยการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีผู้สูงอายุเพียง 138 คน (ร้อยละ 15.5) ที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทางร่างกาย และการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 – 2540 พบว่า ความชุกของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปีและ 90 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (เขาวรัตน์ และสุพัตรา, 2543) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นจะเผชิญกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น การที่บุคคลวัยนี้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเนื่องจากร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพในทางที่เสื่อมลง ร่วมกับการที่ผู้สูงอายุผ่านช่วงเวลาของการเผชิญปัญหา และภาวะเสี่ยงต่าง ๆ มาเป็นเวลานาน อาทิ การสัมผัสกับอากาศที่มีการปนเปื้อนของสารพิษต่างๆ หรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการไม่ออกกำลังกาย ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาแล้วยังพบว่ามักจะหายจากโรคได้ช้า รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ หรือในบางครั้งก็ไม่สามารถรักษาพยาบาลให้หายหรือฟื้นฟูให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เลย ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียชีวิตหรือความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งตามมา

จังหวัดสุพรรณบุรี มีข้อมูลด้านประชากร พบว่า อัตราเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นของประชากรส่วนหนึ่ง และการมีช่วงชีวิตที่ยาวนานมากขึ้นของประชากรอีกส่วนหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น จำนวน 111,160 คน คิดเป็นร้อยละ 13.24 ของประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2550) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะของการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจ โรคความ

ดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปวดเข่า เข่าอักเสบ และปวดหลัง เป็นจำนวนมาก จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะอยู่ในภูมิภาคใดก็ตาม ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดที่จะทำให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลงไป

อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นอำเภอหนึ่งในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีจำนวน ประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก รวมทั้งสิ้น 8,079 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 ของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,621 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.80 ของประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก, 2549) นอกจากนี้ข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่า เขตตำบล วังลึกมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 9.36 ใน จำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 72.14 แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นภาระต่อบุตรหลาน และอาจส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ พบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประชากรในเขตอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เอดส์ และอุบัติเหตุจราจร ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันที่นับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก, 2549) ทั้งนี้ สาเหตุเกิดจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง การขาดการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง จะส่งผลไปสู่การมีสุขภาพดี ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยไม่เป็นภาระ แก่บุตรหลานจนเกินไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ
 - 2.2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.3 ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ
3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัยนำมากำหนดนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ
2. ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อการแก้ไขปัญหาและลดปัญหาสาธารณสุข ทำให้เกิดประโยชน์ที่เด่นชัดยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม และเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี รวมทั้งสิ้น 1,621 คน

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1. การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 1.1 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

- 1.3 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
2. ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 3.1 การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 3.2 การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ
 - 3.3 การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้าน

1. การออกกำลังกาย
2. การรับประทานอาหาร
3. การจัดการกับความเครียด
4. การตรวจสุขภาพประจำปี
5. การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล
6. การป้องกันอุบัติเหตุ

ตัวแปรอธิบาย (Intervening Variable)

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

1. เพศ
2. สถานภาพสมรส
3. ระดับการศึกษา
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
5. ลักษณะงานที่ทำ
6. ภาวะสุขภาพ

นิยามศัพท์

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยการนับอายุเป็นปีเต็ม เป็นผู้ที่สามารถพูดคุยได้รู้เรื่อง ได้ตอบได้ด้วยตนเอง
2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของผู้สูงอายุในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุ และการตรวจสุขภาพประจำปี

3. ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของบุคคลที่กำหนดไว้ดังนี้ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะงานที่ทำ ภาวะสุขภาพ ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุ และการตรวจสุขภาพประจำปี

4. ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้เกิดผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

5. การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและความสามารถของแต่ละบุคคล โดยยึดหลักว่า ต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่า ชนิดของการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การบริหารร่างกาย การทำสวน การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

6. การรับประทานอาหาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน ได้รับอาหารหลัก 5 หมู่ และควรลดปริมาณอาหารดังต่อไปนี้ ข้าว ขนมนึ่ง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง นม ขนมหักด้วยแป้ง อาหารรสหวาน อาหารทอดในน้ำมันมากๆ นอกจากนี้ควรจะได้รับอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ต่างๆ

7. การจัดการกับความเครียด หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่กระทำเพื่อลดปฏิกริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้น เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ เช่น การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด การระบายความเครียด และการให้หลักทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

8. การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในทุกๆ ด้านเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ เป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น การตรวจวัด ความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

9. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุ และการตรวจสุขภาพประจำปี

10. การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุ และการตรวจสุขภาพประจำปี

11. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่า การไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้มีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคหรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง

12. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรือภาวะการเจ็บป่วยจากการไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่า การไม่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือความเสื่อมสภาพเร็วขึ้น

13. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุ และการตรวจสุขภาพประจำปี

14. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอุบัติเหตุ และการตรวจสุขภาพประจำปี

15. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากผู้ให้การสนับสนุนหรือกลุ่มบุคคลอ้างอิงในครอบครัว

การตรวจเอกสาร

การตรวจเอกสาร การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุป แนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้

1. บริบทตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory)
6. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

บริบทตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

แต่เดิมตำบลนี้มีวังน้ำวนขนาดใหญ่ และมีความลึกมาก ชาวบ้านขนานนามว่า “วังน้ำวน” ชาวบ้านเล่าว่ามักมีเด็กจมน้ำตายในวังน้ำวนนี้จำนวนมาก จนเป็นที่รู้จักกันในหมู่ชาวบ้านว่าห้ามเด็กหรือประชาชนทั่วไปมาเล่นน้ำที่วังน้ำวนนี้ ต่อมาจึงเป็นที่ขนานนามตำบลนี้ว่า “วังน้ำลึก” จนเมื่อประมาณ 80 ปีที่ผ่านมา จึงเหลือชื่อตำบลเพียง “วังลึก” เพื่อความสะดวกในการเรียกขาน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก, 2549)

ที่ตั้งและอาณาเขตติดต่อ

ตำบลวังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี ห่างจากอำเภอสามชูกประมาณ 4 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดสุพรรณบุรีประมาณ 42 กิโลเมตร โดยพื้นที่รับผิดชอบมีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลนางบวช อำเภอดำเนินนางบวช

ทิศใต้ ติดต่อกับตำบลปลายนา อำเภอศรีประจันต์

ทิศตะวันออก ติดต่อกับตำบลเขาดิน อำเภอดำเนินนางบวช

ทิศตะวันตก ติดต่อกับตำบลย่านยาว อำเภอสามชูก

ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ มีคลองชลประทานไหลผ่าน จำนวน 4 สาย และคลองธรรมชาติ จำนวน 3 สาย สามารถเพาะปลูกได้ตลอดทั้งปี

อาชีพ

ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ทำไร่อ้อย ทำนา ไร่ข้าง และเลี้ยงสัตว์

ศาสนา

ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยมีวัดและสำนักสงฆ์รวม 6 แห่ง

รายได้

รายได้โดยเฉลี่ยประมาณ 28,000 บาท/คน/ปี (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชูก, 2549)

การศึกษา

ระดับประถมศึกษา	ร้อยละ 62.22
ระดับมัธยมศึกษา	ร้อยละ 22.98
ระดับอนุปริญญา / ปวส.	ร้อยละ 10.15
ระดับปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ 4.65

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก (2549)

พื้นที่และประชากรในเขตรับผิดชอบ

ตำบลวังลึก อำเภอสามชุก มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 15 หมู่บ้าน 3,712 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากร รวม 12,660 คน แบ่งเป็นชาย 6,161 คน และหญิง 6,499 คน มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,621 คน คิดเป็นร้อยละ 12.80 ของประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก, 2549)

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวน 1,185 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.36 ของจำนวนประชากร และในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 72.14 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.77 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 19.35 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18.71 จิตเวช คิดเป็นร้อยละ 1.16 และโรคเรื้อรังอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 9.01 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก, 2549)

สาเหตุการตายที่สำคัญ

สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ. 2548-2550 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ อัตราตาย 410.74 ต่อประชากรแสนคน อุบัติเหตุต่างๆ อัตราตาย 371.25 ต่อประชากรแสนคน และโรคมะเร็งทุกชนิด อัตราตาย 229.06 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก, 2549) ซึ่งเป็นโรคที่สามารถ

ป้องกันหรือลดอัตราการเจ็บป่วยหรือตายได้ เนื่องจากส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของประชาชน โดยอุบัติเหตุต่างๆ และโรคมะเร็งทุกชนิดมีแนวโน้มอัตราการตายต่อแสนประชากรเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่โรคหลอดเลือดและหัวใจอัตราการตายต่อแสนประชากรมีแนวโน้มลดลง

จากข้อมูลข้างต้น พิจารณาได้ว่าพื้นที่เขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี มีประชาชนที่เจ็บป่วยหรือตายจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตประจำวันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น ถ้ามีอัตราป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมลดลง จะทำให้อัตราการแก่บุตรหลานเป็นอย่างมาก อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจแก่บุตรหลานต่อไปอีกยาวนาน

ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำว่า “สูงอายุ” (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 โดยกล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุว่าควรมีลักษณะ 4 ประการ คือ 1) เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้มีความเสื่อมถอยตามสภาพ มีกำลังถดถอยล่าช้า 3) เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ 4) เป็นผู้ที่มีโรคสมควรได้รับความช่วยเหลือ (ประสพ, 2526) จนเป็นที่เข้าใจยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน และใช้แทนคำว่า คนชรา หรือ คนแก่

สำหรับคำว่า ผู้สูงอายุ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ มากมาย ดังนี้

สมัชชาโลกผู้สูงอายุ ได้มีมติที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 กล่าวว่าผู้สูงอายุคือ ชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถ ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ อีกทั้งยังเป็นผู้นำและเป็นผู้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม หากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี จะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัวและเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลานและเยาวชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งความเป็นผู้สูงอายุนั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ (สุรกุล, 2534)

ประสพ (2509) ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสื่อมสภาพ สมควรให้ความอุปการะ มิโรควรรได้รับการดูแลช่วยเหลือ และมีพลังกำลังที่ถดถอยลง

กุดยา (2524) กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียร ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก และนอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

บรรลุ (2526) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป นับอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง

สุพัตรา (2531) คำจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุหรือวัยชรา (The Old Age) ในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะให้ไว้แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาถืออายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียถืออายุ 67 ปี ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอายุไม่ได้เป็นเครื่องชี้วัดว่าบุคคลใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่อายุก็เป็นแนวทางให้ทราบว่าบุคคลใดสมควรจะเป็นคนชราหรือเป็นผู้สูงอายุ

ชูศักดิ์ (2531) กล่าวว่า การมีอายุเพิ่มมากขึ้น (Aging) หมายถึงการสูญเสียของการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไปและทำให้การคาดการณ์ของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตเริ่มลดลงและเพิ่มความล่อแหลมหรือการเป็นอันตราย ซึ่งจะนำไปสู่ความตาย

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้างๆ เนื่องจากไม่มีคำจำกัดความเพียงอย่างเดียวที่จะสามารถประยุกต์ได้ทุกเรื่อง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า เมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจหรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือวัยสูงอายุเริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิตเมื่อนับตามชีววิทยา (WHO, 1986)

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย สมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือและเป็นวัยที่ถือว่าปลดเกษียณจากการทำงานหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม

ลักษณะการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

วิทูร (2533) ได้จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 60 - 70 ปี ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมด้วยการใช้ประสบการณ์ชีวิตที่สั่งสมมา
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 70 - 80 ปี ผู้สูงอายุในวัยนี้กว่าครึ่งยังคงมีสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้
3. ผู้สูงอายุวัยยอด หมายถึงผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นๆ โดยการดูแลจะต้องไม่ละเลยการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป

จากการศึกษาของ Hall (อ้างถึงใน เบญจมา, 2534) ได้แบ่งการสูงอายุของคนออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีเกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุน้อยเพียงใด
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพและหน้าที่ของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวน์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะเวลาต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละบุคคลตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่และสถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงานราชการ เอกชน สโมสร และอื่นๆ

เฉก (อ้างถึงใน ชัยยศ, 2538) พูดถึงความชราไว้ว่า ความชรานั้นมี 3 ประเภท

ประเภทที่ 1 คือ ชราโดยอายุ คือ เกิดมานานเท่าใดนับได้ตามปีปฏิทิน

ประเภทที่ 2 ชราโดยสังขาร คือ สภาพเรื่อร่างเป็นไปตามสังขาร เช่น หลัง โกง ผิวหน้า เที้ยวย่น ตามัว หูตึง ผมหงอก ฟันหัก ฯลฯ เป็นต้น

ประเภทที่ 3 ชราโดยจิตใจ เป็นสภาพที่เรื่อร่างโดยจิตใจหรือประสาทไม่ปกติ มีจิตวิตกกังวล ช่างคิด ช่างระแวง ฯลฯ คูศร่าหมองและคูเก้ชรากว่าอายุจริง

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ชูศักดิ์ (2538) กล่าวว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีสาระสำคัญที่สรุปได้ 4 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological Change)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Change)
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change)
4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Behavior Change)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันแล้วแต่บุคคล กระบวนการดังกล่าวจะดำเนินไปอย่างช้าๆ เมื่อเลยวัยกลางคนไปแล้วร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ ศักยภาพของอวัยวะระบบต่างๆ จะค่อยๆ ลดลง สามารถพิจารณาไปตามระบบภายนอกสู่ภายในร่างกาย ดังนี้

ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็น ได้ชัดเจนจากภายนอก จากสีเดิม เปลี่ยนเป็นสีขาว ผมมักแห้งและร่วงง่ายเป็นผลมาจากเนื้อเยื่อบริเวณหนังศีรษะที่หย่อน การไหลเวียน ของโลหิตทำให้เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ และภาวะเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผม ได้ง่ายขึ้น

ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อต่างๆ จะขาดความตึงตัวเนื่องจากการลดจำนวนน้ำในเซลล์ น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังน้อยลงทำให้ผิวหนังเริ่มแห้งหยาบ การลดจำนวน ไขมันใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังเริ่มหย่อนยานปรากฏรอยย่นอย่างชัดเจน คนวัยนี้จะรู้สึกหนาวง่าย และการตกกระเป็นอีกหนึ่งสัญลักษณ์ของวัยผู้สูงอายุ

กล้ามเนื้อและกระดูก โครงกระดูกเป็นส่วนที่ยึดเซลล์และกล้ามเนื้อต่างๆ และทำหน้าที่ ในการป้องกันอวัยวะภายในต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของสารแคลเซียม ทำให้กระดูกมีความเปราะมากขึ้น กระดูกมีน้ำหนักน้อยลง ความยาวของกระดูก สันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง น้ำในไขข้อลดลงทำให้การเคลื่อนไหวของข้อลดลง เกิดการติดเชื้อมีได้ง่าย ฟันจะสึกกร่อนทำให้กินอาหารไม่อร่อย นอกจากนี้ระบบกล้ามเนื้อลาย (ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ทำงาน ภายใต้อำนาจของจิตใจ และเป็นกล้ามเนื้อส่วนที่เกาะติดกับกระดูก โดยมีเส้นเอ็นเป็นตัวยึด) ก็มี ความสามารถในการยืดและหดตัวได้ช้าลง ไยคอลโรเจน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของมัดกล้ามเนื้อมี จำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้การยืดหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เป็นไปอย่างลำบาก และเมื่อเกิดการ ฉีกขาดจะประสานตัวซ้ำหรือประสานกันไม่สนิท

เล็บ จะหนาแข็งและเปราะบาง เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายน้อยลง จึงทำให้การจับตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงด้วย

การได้ยิน จะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากการหย่อนสมรรถภาพของประสาท รับเสียงในหูชั้นใน เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหูไม่เพียงพอ เพราะเส้นเลือดของผู้สูงอายุจะตีบเล็กทำให้ การไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอ และการเพิ่มขึ้นของปริมาณแคลเซียมในกระดูกหู ทำให้การส่ง กระแสประสาทของเสียงไปยังอวัยวะรับการได้ยินซึ่งอยู่ในหูเสียไป อาการหูตึงในผู้สูงอายุจะพบ มากขึ้นเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

การมองเห็น ลักษณะตาของผู้สูงอายุจะเล็กลงเพราะจำนวนไขมันรอบๆ ลูกตานั้นน้อยลง ผนังตาจะตกเนื่องจากความยืดหยุ่นของผนังตาลดลง ตาลึก มีความเสื่อมโทรมของประสาทตา มี ความไวแสงน้อย ทำให้มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหดตัวของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงทำให้ ผู้สูงอายุสายตายาว และทำให้เกิดต้อกระจกหรือต้อหินได้

การลิ้มรส เป็นอาการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การรู้สึกในรสชาติของสิ่งต่างๆ ลดลง เนื่องจากคúmรับรสอาหารสูญเสียหน้าที่ โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็ม ในขณะที่รสขมและรสเปรี้ยวยังปกติ อาการอย่างนี้มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

การไ้กลิ่น การไ้กลิ่นเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการแยกแยะกลิ่นของสิ่งต่างๆ ดังนั้นในผู้สูงอายุต้องเพิ่มความเข้มข้นของกลิ่นมากขึ้น 11 เท่าของเด็ก จึงจะทำให้ผู้สูงอายุแยกแยะกลิ่นต่างๆ ได้ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น อาจทำให้ขาดความสดชื่นในชีวิตเพราะไม่ได้กลิ่นความหอมของสิ่งต่างๆ

การสัมผัส ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุจะหย่อนสมรรถภาพลง บางครั้งผู้สูงอายุจะไม่รู้สึกและไม่รับรู้ต่อสภาพความหนาวเย็นความร้อนของอากาศที่อบอ้าวตลอดจนความเจ็บปวดต่างๆ

การไหลเวียนของโลหิต หัวใจของผู้สูงอายุโดยปกติจะมีขนาดเล็กลงเป็นลำดับ หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อหัวใจทำงานเมื่อดเลือดแดงมีหน้าที่ขนส่งออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ และช่วยในการขนถ่ายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์กลับไปที่ปอดยังปอด การแข็งตัว (Clot) ซึ่งถ้าเกิดในหลอดเลือดจะทำให้เกิดการอุดตันได้ แรงดันของเลือดจะเป็นตัวทำลายภาวะการอุดตันนี้ได้ ในผู้สูงอายุภาวะการอุดตันนี้อาจเกิดขึ้นได้จากการแข็งตัวของเม็ดเลือดแดง หรือเกิดจากการช้าเพราะความเก่าแก่ของเซลล์ก็ได้ ดังนั้น กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุจึงต้องทำงานอย่างหนัก ในการสูบฉีดเลือดให้ไปทำลายภาวะอุดตันที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และมีโอกาสจะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอายุอื่น นอกจากนี้ ลิ้นหัวใจจะมีการเปลี่ยนสภาพไปโดยมีขนาดหนาและแข็งขึ้น ผนังเซลล์ของเส้นเลือดหนาและแข็งขึ้น และขาดความยืดหยุ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเส้นเลือดแดง พบว่าปริมาณเลือดจากหัวใจจะลดปริมาณลงร้อยละ 40 จำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจจะลดลงน้อยกว่าที่ไปเลี้ยงไตและตับทำให้อัตราการทำงานของหัวใจลดลงประมาณร้อยละ 30 และพบว่าความต้านทานของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1 หลังจากเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องบีบตัวสูงและทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน

ระบบหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจลดลงประมาณร้อยละ 50 เพราะเนื้อเยื่อของปอดเปลี่ยนแปลง เป็นผลให้ปริมาณออกซิเจนที่เข้าไปในร่างกายมีน้อย ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ภาวะการขาดออกซิเจนที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องหายใจถี่ขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการสำลักสิ่งต่างๆ เข้าระบบทางเดินหายใจได้และส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการวิงเวียนเป็นลมได้ง่าย (ซึ่งถ้าขาดออกซิเจนมากอาจเกิดการสลบหรือตายได้)

ระบบย่อยอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก ได้แก่ ความสามารถในการรับรสอาหารและสิ่งต่างๆ ลดลง น้ำย่อยของต่อมไต้ลันจะมีปริมาณลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของการย่อยอาหารลดลงไปด้วย น้ำเมือกที่จะมาเกาะติดกับบริเวณลิ้นจะหนาขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการแยกรสชาติต่างๆ น้อยลง สภาพในช่องปากมีความเป็นด่างมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในหลอดอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการยืดหรือหดของหลอดอาหารจะลดน้อยลง จึงทำให้ความถี่ในการปิดเปิดของกล้ามเนื้อที่จะเป็นทางผ่านของอาหารน้อยและทำให้ช้าลง เป็นสาเหตุทำให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างเชื่องช้า การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ กล้ามเนื้อของลำไส้หย่อนสมรรถภาพทำให้ระบบการย่อยของอาหารเป็นไปได้ช้า กล้ามเนื้อบริเวณท้องเกิดการสูญเสียความตึงตัว มีผลทำให้ระบบการย่อยอาหารเสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการดูดซึมผนังลำไส้ลดน้อยลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประสบกับปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับช่องปาก เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน มีผลทำให้ประสิทธิภาพของการย่อยและการดูดซึมของอาหารลดลง จึงเกิดปัญหาด้านโภชนาการและท้องผูกในวัยสูงอายุได้ง่ายขึ้น

ระบบทางเดินปัสสาวะ ขนาดของไตจะเล็กลงและอัตราการกรองของไตจะลดลงด้วย โดยพบว่าการไหลเวียนของเลือดไปยังไตจะมีปริมาณลดลง โดยเฉลี่ยร้อยละ 55 จากอายุ 55 ปีไปถึงอายุ 80 ปี หรือประมาณร้อยละ 0.6 ต่อปีในวัยผู้ใหญ่ ในเพศชายมักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและบ่อยครั้งมากขึ้น นอกจากนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลงและมีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีการสูญเสียความสามารถในการขับถ่ายเกลือจำนวนมาก อาจทำให้เกิดการเสียน้ำของอวัยวะไตได้ง่าย และถ้าหน้าที่ของไตเสื่อมมากถึงระดับหนึ่งจะมีผลในการเพิ่มระดับความดันโลหิตด้วย

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมต่างๆ เช่น ต่อมไต้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมเพศ และตับอ่อน เป็นต้น จะทำงานลดลง เป็นผลให้มีการผลิตฮอร์โมนน้อยลงด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้สูงอายุมักเป็นโรคเบาหวานจำนวนมาก

ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่ายและมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือระบบภูมิคุ้มกันที่พึ่งเซลล์ การที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องของภูมิคุ้มกันทำให้เกิดอุบัติการณ์ของ วัณโรค โรคมะเร็ง และมะเร็งชนิดต่างๆ เพิ่มขึ้นในคนกลุ่มวัยนี้

ระบบประสาทและสมอง น้ำหนักของสมองจะลดลงจาก 1,400 กรัม เมื่ออายุ 20 ปี เหลือประมาณ 1,334 กรัม เมื่ออายุ 60 ปี จะลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ขนาดของสมองเล็กลง เกิดช่องว่างระหว่างกลีบสมอง สมองบางส่วนจะฝ่อมากกว่าสมองส่วนอื่นๆ เช่น สมองน้อย เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการมองเห็น ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำระยะสั้น จำเป็นต้องใช้เวลานานขึ้นในการทบทวนความจำ ความสามารถในการแก้ปัญหาเชิงตรรกะก็ทยอยลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจและปฏิกิริยาของร่างกายในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลงเมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการนำสื่อกระแสไฟฟ้าของเซลล์ประสาทลดลง ระบบประสาทอัตโนมัติลดประสิทธิภาพลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืดเมื่อลุกนั่งเร็วๆ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ขณะนอนหลับทำให้ระยะเวลาในการหลับระดับหลับสนิทสั้นลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมักตื่นในตอนกลางดึก บ่อยๆ ระบบประสาทที่ทำหน้าที่ในการรับรสเสื่อมประสิทธิภาพลง ระบบประสาทในการรับกลิ่นเสื่อมลงด้วยเช่นกัน

ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้นมีหลายประการ เช่น ความสามารถในการร่วมเพศจะลดน้อยลง ผู้สูงอายุเพศหญิงจะหมดประจำเดือนในช่วงอายุ 48 – 52 ปี ผนังเซลล์ของกล้ามเนื้อในอวัยวะเพศจะคลายความตึงตัวและมีความยืดหยุ่นน้อยลง ขนาดของอวัยวะเพศทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีขนาดเล็กลงตามลำดับ

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่กล่าวมาแล้ว ล้วนเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการปรับตัวทางร่างกายของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการใช้พลังงานเพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายจึงเป็นไปได้ยากขึ้น การเกิดโรคในผู้สูงอายุจึงเป็นไปได้ง่ายและต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลยาวนานกว่าวัยอื่นๆ แม้จะเป็นโรคเดียวกัน

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุมีสาเหตุหลายประการ Charlotte (อ้างถึงใน สุรศักดิ์, 2541) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในเรื่องต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งจะนำมาสู่ภาวะการซึมเศร้าได้ง่าย
2. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ
3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง
5. การสูญเสียความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางเพศ

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2538) ได้อธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดังนี้

การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึก การสื่อสารและการรับรู้เสื่อมสภาพลง ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อด้วยภาษาพูด กิริยาท่าทางหรือการสื่อในรูปแบบอื่นๆ เป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สมบูรณ์ การแปรความหรือการตีความมีโอกาสผิดพลาดง่ายต้องอาศัยเวลา ผู้สูงอายุจึงใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจ การรับรู้ของตนเอง ลักษณะดังกล่าวนี้เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่าและมักขัดแย้งกันเสมอๆ

การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่ว่าสังคมมิให้ความสำคัญต่อตนเองดังที่เคยเป็นมาก่อน บางครั้งก็ลืมไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงอารมณ์จะเป็นอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อผู้สูงอายุเริ่มยอมรับและปรับสภาพได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นต้องมีความสูญเสีย ต้องมีบทบาทใหม่มิใช่ปฏิบัติเอง แต่เป็นเพียงผู้แนะนำหรือบางทีต้องเป็นผู้รับการดูแล เพราะข้อจำกัดต่างๆ ของสังขาร ความมีเหตุผลและประสบการณ์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักสกัดกั้นอารมณ์และแสดงออกในทางที่ศิวิล

การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นภาระแก่คนอื่น การมีอายุมากขึ้นก็คือ การเดินเข้าสู่ความตาย ความตายเป็นกาลเวลาแห่งความสิ้นสุด การยอมรับต่อสภาวะดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิธีการดำเนินชีวิตให้กับตนเอง เป็นโลกใหม่ของวัยสูงอายุซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามเหตุผลและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล บางคนมุ่งสร้างคุณค่า บางคนมุ่งชีวิตสงบเข้าวัดถือศีล รับประทานอาหารมังสวิรัต บางคนชอบเลี้ยงหลานและบางคนก็ชอบอยู่คนเดียว เพราะให้ความรู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนชอบก่อนตาย

ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจของตนเองเท่านั้น โดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน ความสนใจจะมุ่งไปที่ตนเอง เพราะมีเวลาที่จะคิดถึงตนเอง เนื่องจากว่างจากภาระกิจการงานและสังคม จะชอบหรือสนใจในสิ่งที่ตนคุ้นเคยเท่านั้น งานแปลกใหม่อื่นๆ จะไม่ชอบและไม่สนใจ ชอบชีวิตที่เรียบง่าย ความมุ่งหวัง หรือใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบที่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง

ความสามารถทางสติปัญญาและการเรียนรู้ มโนทัศน์ต่างๆ ที่ซับซ้อนยุ่งยากจะเรียนรู้ได้ยาก การขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้ความคิด ความเร็วในการคิดจะลดลง แต่ยังคงมีความแม่นยำ ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการใช้วิจารณญาณหรือแสดงความคิดเห็นได้ดี โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์และความรอบคอบสุขุม ความสามารถในการวิเคราะห์สิ่งต่างๆ จะลดลง

ความเหงาเดียวดาย (Loneliness) เกิดจากการที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงหรือการสูญเสีย ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะของการขาดการสนองตอบทางอารมณ์ (Emotional Deprivation)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สังคมถือเป็นภาวะแวดล้อมของมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยทั่วไปสามารถแบ่งระยะของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของมนุษย์ ได้เป็น 3 ระยะ คือ (เกษมและกุลยา, 2528)

ระยะเข้าสู่สังคม (เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 30 ปี) การสร้างปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์จะเริ่มจากสิ่งที่ใกล้ชิดตัวออกไป กล่าวคือจะเริ่มจากบุคคลในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม การก้าวเข้าสู่สังคม ระยะนี้เป็นกลไกทางสังคมที่ทุกคนจะต้องกระทำ

ระยะสร้างสังคม (อายุ 30 - 60 ปี) เป็นการสร้างครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยทางสังคม หน่วยแรกขึ้นก่อน มีสมาชิกเพียง 2 คน จากนั้นก็ขยายสังคมของตนให้กว้างขึ้นอาจจะเป็นการสร้างฐานะ สร้างสมาชิกเพิ่ม สร้างความมั่นคงทางสังคม จนถึงการยกฐานะของตนทางสังคมไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม

ระยะออกจากสังคม (อายุ 60 ปีขึ้นไป) การออกจากสังคมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1. เป็นการออกจากสังคมตามข้อกำหนด เป็นการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมของบุคคลที่ถูกกำหนดโดยสังคม

2. เป็นการออกจากสังคมที่เกิดขึ้นจากการยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความเสื่อมทางด้านร่างกาย

3. การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุที่กล่าวมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เมื่อพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงทางด้านหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อหรือมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงใน ส่วนที่เหลือ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ นับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของ ผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง ไป (บรรลุ และคณะ, 2531)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงของควมมีอายุเป็นต้นเหตุของความเครียดในชีวิตคน การปรับตัวจึงเป็นกลไกของร่างกายและจิตใจอย่างหนึ่งที่มีขึ้นเพื่อลดความเครียด เป็นความพยายามที่จะคงสภาพด้านร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลในขณะที่ความเครียดเกิดขึ้น การปรับตัวดังกล่าวทำให้คนมี

พฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอบโต้เหตุการณ์ในลักษณะต่างๆ บางคนปฏิเสธ แต่บางคนยอมรับได้ กล่าวคือ

ประเภทที่ 1 ผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพความมีอายุจะมีการปรับตัวแบบยอมรับ ผู้สูงอายุประเภทนี้ยังคงความเป็นตัวของตัวเองและคงความสามารถของตนเองได้ดี มีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าของชีวิต มีการประพฤติปฏิบัติอย่างสอดคล้องตามวัยของตนด้วยความพอใจไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 2 ผู้สูงอายุที่ชอบต่อสู้และมีพลังใจรู้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความกระฉับกระเฉง คล่องตัวใจสู้ไม่ยอมแพ้กับชีวิตและวัย แต่กลับมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ เกิดขึ้น มองเห็นประโยชน์ที่พึงให้ต่อสังคมและอนาคต สามารถทำงานได้ประสบผลสำเร็จดังที่คิด ดังนั้นผู้สูงอายุประเภทนี้วัยจึงไม่ใช่อุปสรรคต่อการทำงานและการใช้สติปัญญา

ประเภทที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมถดถอยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมสั้นห้วงและท้อท้อต่อชีวิต ต้องการความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวมากกว่าปกติ เป็นลักษณะที่คิดว่าเมื่อตนเองอายุมากขึ้นหรือแก่แล้วทำอะไรไม่ได้ต้องพึ่งพาลูกหลาน

ประเภทที่ 4 ผู้สูงอายุที่สิ้นหวังในชีวิตจะพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริง พยายามหลีกเลี่ยงหนีชีวิต เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ บางรายท้อแท้มากอาจทำให้ถึงอัตวินิบาตกรรมเมื่อสูงอายุ

ดังนั้นผลของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุมักถูกมองเป็นผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางกายลดลงต้องให้การช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นในทุกๆ เรื่อง แต่จริงๆ แล้วในสภาพแวดล้อมของสังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ต้องรู้จักสังเกตสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพเพื่อจะได้หาทางแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ เพราะถ้ามีแต่รอผู้อื่นอาจไม่ทันการณ์ และเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายที่รุนแรงในภายหลังได้ (เกษม และกุลยา, 2528)

ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในช่วงตั้งแต่ ค.ศ. 1974 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) ได้ถูกนำมาใช้และเน้นการจัดกิจกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น รวมทั้งองค์การอนามัยโลกก็ได้ใช้คำนี้เป็นต้นมาตั้งแต่เริ่มแนวคิดทางด้านการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป้าหมายเพื่อ “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000” โดยมีการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ถูกนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ในปี ค.ศ. 1975 รัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายสาธารณสุข (Public Law) โดยระบุให้มีการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกันก็มีการออกพระราชบัญญัติสารสนเทศทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพได้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน (ประภาเพ็ญ และคณะ, 2538)

จากกฎบัตรออกติดตาม การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถในการจำแนก และตระหนักถึงความปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงหรือเผชิญกับภาวะแวดล้อมได้ สุขภาพเป็นชุมพลังของชีวิต และแนวคิดสุขภาพเชิงบวกเน้นชุมพลังทางสังคมเท่ากับชุมพลังของบุคคล นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพมิใช่ความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังคงขยายแนวคิดจาก “ลีลาชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี” (Healthy Lifestyle) ไปสู่ “สุขภาพะ” (Well – being หรือ Wellness) ด้วย

Green and Kreuter (อ้างถึงใน กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Supports) เพื่อให้เกิดผลทางการปฏิบัติ (Action) และสถานการณ์ (Conditions) ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การปฏิบัตินั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ซึ่งการปฏิบัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม

Gochman (อ้างถึงใน จินตนา, 2532) ให้ความหมายของ “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ” คือ การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตเห็นไม่ได้คืออาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

Karl (1983) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ ขบวนการกระทำของบุคคลและสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุข และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

Pender (1987) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม

Parse (1990) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำเพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการเจริญเติบโต การพัฒนาตนเองและการปรับปรุงให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

Murray and Zentner (1993) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น และการบรรลุถึงศักยภาพในด้านการดูแลสุขภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ในแต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

Kaplan *et al.* (1994) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพว่า ได้รับการออกแบบมาเพื่อป้องกันการตายก่อนวัยอันสมควร หรือเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น แต่ความพยายามในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมิใช่ได้ผลดีเท่าเทียมกันตลอด ตัวอย่างเช่น การป้องกันการสูบบุหรี่ อาจมีประโยชน์มากมาย แต่ในเรื่องอื่นๆ เช่น การป้องกันโรคหัวใจ ประโยชน์ที่ได้ก็ยังเป็นเรื่องถกเถียงกันอยู่ และการออกกำลังกายสำหรับผู้ทำงานในสถานประกอบการก็ยังคงได้ประโยชน์ไม่ชัดเจน

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศที่ส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา มีดังนี้ (ลักษณ์, 2539)

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นการมีนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเป็นนโยบายที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จะต้องมารับและมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับกฎหมายมาตรการเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนี้ จะมีความหมายใน 2 นัยยะ คือ นัยยะแรกหมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ประเทศ และระดับโลก ทั้งนี้เนื่องจากสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการใช้สุขภาพที่ดีของมนุษย์ ส่วนอีกนัยยะหนึ่งก็คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงาน การใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพที่ดี (Healthy Society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy School) เป็นต้น

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) หัวใจสำคัญของกระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชน คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติและกำหนดเป้าหมายของชุมชนเองได้ ซึ่งหมายถึงว่า ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนา มีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (Life Skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ระบบการบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ด้านการเมือง และเศรษฐกิจ

นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนั้นยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ (รุจินารถ, 2541)

1. พยายามกำจัดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ภายนอก เช่น กำจัดมลพิษในสภาพแวดล้อม ปรับปรุงสถานที่ประกอบการให้มีลักษณะที่ปลอดภัย ควบคุมระบบการขนส่งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย ออกกฎระเบียบควบคุมโรงงานอุตสาหกรรมให้ปล่อยของเสียของโรงงานออกมาให้น้อยที่สุดจนกระทั่งไม่มีเลย รัฐพึงออกกฎหมายควบคุมมาตรฐานสุขภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยและตรวจสอบมาตรฐานนั้นเสมอ

2. พยายามมุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ของตัวบุคคล โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Activities) ซึ่งมุ่งไปที่พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน และระดับคอเลสเตอรอลสูง การไม่ออกกำลังกาย การเที่ยวหญิงบริการ การใช้สารเสพติด และแอลกอฮอล์ ตลอดจนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด

วิชัย (2547) กล่าวว่า การสร้างสุขภาพมีกลวิธี 3 ประการ คือ

1. Advocate คือการกระตุ้นให้ประชาชน รัฐ ผู้การกำหนดนโยบายเรื่องสุขภาพ ให้เป็นนโยบายสาธารณะ

2. Enable คือ การสนับสนุนประชาชน ชุมชนให้มีความเข้มแข็งในเรื่องสุขภาพ

3. Mediate คือ รัฐเป็นสื่อกลางในการประสานกับประชาชนในเรื่องสุขภาพ

กรมอนามัย (2535) ได้ให้ข้อเสนอแนะการกินอาหารของคนไทยเพื่อให้มีสุขภาพและภาวะโภชนาการที่ดีไว้ 10 ประการ ได้แก่ 1) เลี่ยงลูกด้วยนมแม่ 2) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน 3) กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัยจากเชื้อโรคและสารเคมี 4) กินอาหารที่มีไขมันขนาดพอเหมาะ 5) กินอาหาร

ที่มีเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ 6) กินอาหารรสหวานและน้ำตาลพอสมควร 7) รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 8) ระวังระวังอาหารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง 9) ระวังการดื่มสุราและหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีประโยชน์น้อย 10) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสเค็มจัดและเผ็ดจัด

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้ดำเนินการปรับปรุง “สุขบัญญัติแห่งชาติ” เพื่อให้มีเนื้อหาเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งอยู่ในรูปของ สุขบัญญัติ 10 ประการ ดังนี้

- 1) การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
- 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและหมั่นแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
- 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหาร และหลังขับถ่าย
- 4) กินอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีฉูดฉาด
- 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
- 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
- 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท
- 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
- 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- และ 10) มีสำนึกต่อส่วนรวมและสร้างสรรค์สังคม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุว่าเป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพ 10 ข้อ คือ

1. อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารนี้ยังคงเดิม ดังนั้นอาหารของผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีปริมาณและคุณภาพพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกวันในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญและควรปฏิบัติ ในการแนะนำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์และพึงประสงค์

อาหารหลัก 5 หมู่

ประเทศไทยแบ่งออกเป็น 5 หมู่ โดยแยกตามหน้าที่และประโยชน์ที่มีต่อร่างกาย คือนำเอาอาหารที่มีประโยชน์คล้ายคลึงกันหรือเหมือนกันมาไว้ด้วยกัน เพื่อสะดวกในการเลือกใช้อาหารทดแทนกัน และสะดวกในการตรวจสอบว่า ใน 1 วัน ร่างกายได้รับอาหารครบถ้วนเพียงพอหรือไม่ คนเราทุกคนควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอทุกวัน เพราะไม่มีอาหารชนิดใดเพียงชนิดเดียว ที่มีสารอาหารที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายเพียงพอและครบถ้วน เราจึงต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ทุกวัน เพราะแต่ละหมู่ของอาหารมีหน้าที่ต่อร่างกายต่างกัน นอกจากนั้นอาหารแต่ละชนิดต่างก็อาศัยซึ่งกันและกันในการย่อยดูดซึมและนำไปใช้ประโยชน์ในร่างกาย

อาหารหมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ ซึ่งให้สารอาหารประเภทโปรตีน มีหน้าที่ในการเสริมสร้างซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย

เนื้อสัตว์ต่างๆ ควรทำให้สะอาดต่อการเคี้ยวและการย่อย โดยการสับละเอียดหรือต้มให้เปื่อย อาหารปลาจะเหมาะสมมากสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรเลือกกำจัดออกให้หมด ตามปกติควรให้ผู้สูงอายุบริโภคเนื้อสัตว์ประมาณ วันละ 120 - 160 กรัม (น้ำหนักขณะดิบ) ปริมาณนี้จะลดลงได้ถ้ามีการบริโภคไข่ถั่วหรือนมอีก

ไข่ เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพราะมีคุณค่าทางอาหารสูงมากในไข่แดงมีธาตุเหล็กในปริมาณสูง ไข่เป็นอาหารที่นิ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยและดูดซึมได้ดี โดยปกติในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง ควรบริโภคไข่ สัปดาห์ละ 3 - 4 ฟอง ถ้าผู้สูงอายุที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรลดจำนวนลงหรือบริโภคเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น

นม เป็นอาหารที่มีแคลเซียมและโปรตีนสูง ผู้สูงอายุควรดื่มวันละ 1 แก้ว สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง หรือน้ำหนักตัวมาก อาจดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลืองแทนได้

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูงและราคาถูก ใช้แทนอาหารพวกเนื้อสัตว์ได้ สำหรับผู้สูงอายุก่อนนำมาบริโภคควรปรุงให้มียาลักษณะนุ่มเสียก่อน ใช้ประกอบเป็นอาหารได้ทั้งอาหารคาวและอาหารหวาน และในรูปของผลิตภัณฑ์ เช่น เต้าหู้ เต้าเจี้ยว เป็นต้น

อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารหมู่นี้ ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรต มีหน้าที่ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการอาหารหมู่นี้ลดลงกว่าวัยทำงาน เพราะการประกอบกิจกรรมต่างๆ ลดลงถ้าได้รับมากเกินไปจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมไว้ในร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน หรือโรคอื่นๆ ที่เกิดจากโรคอ้วน และถ้าได้รับน้อยเกินไป จะทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสารอาหารอื่นๆ ได้เช่นกัน

อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่างๆ ให้สารอาหารพวกวิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงอายุควรเลือกกินผักหลายๆ ชนิดสลับกัน ควรปรุงโดยวิธีต้มสุกหรือนึ่งได้จะดี เพราะจะทำให้ย่อยง่ายและไม่เกิดแก๊สในกระเพาะป้องกันท้องอืดท้องเฟ้อได้

อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ เป็นอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายคล้ายอาหารหมู่ 3 มีวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ มากมาย และยังมีรสหวานหอม มีปริมาณของน้ำอยู่มากทำให้ร่างกายสดชื่นเมื่อได้กินผลไม้ ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิด และควรกินผลไม้ทุกวันเพื่อจะได้รับวิตามินซี และเส้นใยอาหาร ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กล้วยสุก ส้ม เป็นต้น สำหรับผู้ที่อ้วนหรือเป็นเบาหวาน ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย น้อยหน่า

อาหารหมู่ที่ 5 ไขมันจากสัตว์ และพืช อาหารหมู่นี้นอกจากจะให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกายแล้ว ยังช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในน้ำเช่น วิตามินเอ ดี และ เค ผู้สูงอายุจะต้องการไขมันในปริมาณน้อยแต่ก็ขาดเสียมิได้ ถ้าบริโภคไขมันมากเกินไปจะทำให้ อ้วน ไขมันอุดตันในเส้นเลือด นอกจากนั้นยังทำให้เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อหลังอาหารได้ ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนอิกในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์และน้ำมันมะพร้าว

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ

1. พลังงาน ในวัยสูงอายุ กิจกรรมต่างๆ ลดลง การใช้แรงงานหนักต่างๆ ก็น้อยลง และอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมีการทำงานน้อยลงด้วย ดังนั้นความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุจะลดลงร้อยละ 20 - 30 เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน ของกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี กล่าวคือ

ผู้สูงอายุชาย อายุ 60 - 69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 2200 กิโลแคลอรี/วัน

ผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 - 69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 1850 กิโลแคลอรี/วัน

อายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงานโดยเฉลี่ยลดลง 10 - 12 % ของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี

พลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับ ไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ นอกจากรายจำเป็นจะต้องลดน้ำหนักตัว ถ้าได้รับพลังงานน้อยกว่าที่กำหนดควรได้รับวิตามินและเกลือแร่ในรูปของยาเม็ดเสริมให้ด้วย ผู้สูงอายุควรระวังอย่าให้อ้วน เพราะจะตามมาด้วยโรคหลายอย่าง เช่น เบาหวาน หัวใจ ไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นต้น ดังนั้นควรรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และพยายามรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้ อ้วนหรือพอมเกินไป

2. โปรตีน คือสารอาหารโปรตีน จำเป็นในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่างๆ ผู้สูงอายุต้องการ โปรตีนประมาณ 0.88 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน หรือเมื่อคิดเป็นพลังงาน ควรได้พลังงานจากโปรตีนประมาณ 12 - 15 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานที่ควรได้รับทั้งหมดใน 1 วัน และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพ ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้ง ผู้สูงอายุต้องการ โปรตีนน้อยกว่าบุคคลในวัยเจริญเติบโต และวัยทำงาน เนื่องจากไม่มีการเสริมสร้างการเจริญเติบโตของร่างกาย ต้องการเพียงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอรักษาระดับความสมดุลของร่างกาย และป้องกันการเสื่อมสภาพของร่างกายก่อนวัยอันควรเท่านั้น

3. ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงาน ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เป็นตัวนำวิตามินที่ละลายในไขมันให้ใช้ประโยชน์ได้ในร่างกาย และยังช่วยให้อาหารมีรสอร่อยและทำให้รู้สึกอิ่ม ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง จึงควรลดการบริโภคไขมันลงด้วย โดยการรับประทานอาหารพวกไขมันแต่พอสมควร คือไม่ควรเกินร้อยละ 25 - 30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมด ที่ได้รับต่อวัน ไขมันที่ใช้ควรเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ เพื่อป้องกันไขมันในเลือดสูง ปริมาณน้ำมันพืชที่ผู้สูงอายุควรได้รับประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวันในการประกอบอาหารต่างๆ

4. คาร์โบไฮเดรต เรามักจะได้รับพลังงานส่วนมาก จากคาร์โบไฮเดรต เพราะเป็นอาหารที่ราคาไม่แพง อร่อย และเป็นสิ่งที่เก็บไว้ได้นานไม่เสียง่าย เป็นอาหารที่ประกอบได้ง่ายและรับประทานง่าย กล้วย ผู้สูงอายุควรลดการรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลต่างๆ เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงานผู้สูงอายุได้รับคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน การรับประทานควรอยู่ในรูปของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน แป้งเชิงซ้อน เช่น ก๋วยเตี๋ยวเม็ดสาคูแห้ง มัน ข้าวและแป้ง เพราะนอกจากร่างกายจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้วยังได้วิตามินและแร่ธาตุอีกด้วย

5. วิตามิน ช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเท่ากับวัยหนุ่มสาว แต่จะลดปริมาณวิตามินบางตัว เช่น วิตามินบี ซึ่งจะสัมพันธ์กับความต้องการของพลังงานที่ลดลง การที่ผู้สูงอายุปรับประทานอาหารอ่อนๆ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟัน อาจทำให้การได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผัก ผลไม้สด ดังนั้น ผู้สูงอายุควรรับประทานผักผลไม้เพียงพอในแต่ละวัน

6. แร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุเท่าเดิม แต่ส่วนมากปัญหาคือ การรับประทานที่ไม่เพียงพอแร่ธาตุที่สำคัญ และเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ แร่ธาตุเหล็ก และแคลเซียม แร่ธาตุเหล็ก โดยทั่วไปอาหารของผู้สูงอายุจะมีปริมาณโปรตีนต่ำ ซึ่งจะมีผลทำให้ได้รับเหล็กต่ำไปด้วยถ้าขาดทำให้เป็นโรคซีดหรือโลหิตจาง พบว่า แม้จะรับประทานในปริมาณที่เพียงพอ แต่การดูดซึมในผู้สูงอายุ น้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว อาหารที่แร่ธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ เป็นต้น และเพื่อให้การดูดซึมแร่เหล็กดีขึ้น ควรรับประทานผักสด หรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงด้วย ผู้สูงอายุต้องการแร่ธาตุเหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน

แคลเซียม คนทั่วไปมักคิดว่าเมื่อร่างกายโตเต็มที่แล้ว ไม่จำเป็นต้องได้แคลเซียมเพื่อการสร้างกระดูกและฟันอีก แต่ความเป็นจริงแล้ว แคลเซียมมีความสำคัญต่อร่างกายอีกหลายอย่าง เช่น ช่วยในการแข็งตัวของโลหิต เกี่ยวกับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น เมื่อร่างกายได้แคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอจะดึงจากกระดูก และการขาดแคลเซียมพบมากในผู้สูงอายุ ทั้งนี้สาเหตุมาจากการรับประทานแคลเซียมน้อย นอกจากนี้การดูดซึมและการเก็บไว้ในร่างกายยังมีน้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว จึงทำให้เกิดปัญหาโรคกระดูกพรุน อาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียม ได้แก่ นม ปลาเล็ก ปลาน้อย กุ้ง แกลง เป็นต้น

น้ำ มีความสำคัญต่อร่างกายมาก ช่วยให้ระบบย่อยอาหาร และการขับถ่ายของเสียส่วนมาก ผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ 6 - 8 แก้ว เป็นประจำทุกวัน

เส้นใยอาหาร แม้ว่าเส้นใยอาหารจะไม่ใช่สารอาหาร แต่เส้นใยอาหารเป็นสารที่ได้จากพืชและผักทุกชนิด ซึ่งน้ำย่อยไม่สามารถย่อยได้ มีความสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์มาก เพราะถ้ารับประทานเส้นใยอาหารเป็นประจำ จะช่วยให้ท้องไม่ผูก ลดไขมันในเส้นเลือด ในทางตรงกันข้าม หากรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อยจะทำให้ร่างกายเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น ท้องผูก ริดสีดวง ทวาร โรคอ้วน ไขมันในเส้นเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น การรับประทานเส้นใยอาหารทำให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวก ทำให้ร่างกายไม่หมักหมมลึ่งบูดเน่า และสารพิษบางอย่างไว้ในร่างกายนานเกินควร จึงควรป้องกันการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ได้ คุณสมบัติพิเศษของเส้นใยอาหารที่ป้องกันโรคดังกล่าวได้ นอกจากจะไม่ถูกย่อยด้วยน้ำย่อยแต่คุณน้ำทำให้อุจจาระนุ่มมีน้ำหนัก และถ่ายง่ายแล้ว เส้นใยอาหารยังมีไขมันและแคลอรีต่ำมาก

ดังนั้น เพื่อให้ร่างกายได้รับเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ จึงควรรับประทานอาหารที่ปรุงและประกอบด้วยผักเป็นประจำ และควรรับประทานผลไม้ โคนเฉพาะผลไม้สด จะให้เส้นใยอาหารมากกว่าผลไม้แปรรูป นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารประเภทถั่วเมล็ดแห้งและข้าวซ้อมมือเป็นประจำ

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. ควรมีปริมาณสารอาหารและคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. การจัดอาหารแต่ละมื้อควรมีปริมาณน้อยลง และให้กินบ่อยครั้งกว่าเดิมในแต่ละวัน
3. ควรมีลักษณะนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และเลือกวิธีการเตรียมการปรุงที่เหมาะสม สะดวกต่อการเคี้ยวและการย่อย
4. อาหารประเภทผักต่างๆ ควรปรุงโดยวิธีการต้มหรือนึ่ง หลีกเลี่ยงการกินผักสดที่มีผลทำให้เกิดแก๊สและทำให้ท้องอืด ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องท้องอืด แน่นท้อง จากการกินผักสดก็จัดให้ได้

5. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะผู้สูงอายุจะย่อย และดูดซึมไขมันน้อยลง อาจจะทำให้อาการท้องอืดและแน่นท้องได้
6. ควรเป็นอาหารประเภทที่มีน้ำเพื่อช่วยหล่อลื่นหลอดอาหาร ทำให้กลืนอาหารสะดวกขึ้น
7. จัดผลไม้ให้ผู้สูงอายุทุกวัน และควรเป็นผลไม้ที่นุ่มเคี้ยวง่าย เพื่อช่วยในการขับถ่าย และให้ได้วิตามินต่างๆ เพิ่มขึ้น
8. ผู้สูงอายุชอบขนมหวาน จึงควรจัดให้บ้างแต่ไม่บ่อยนัก และควรเป็นขนมที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายด้วย เช่น กล้วยบวชชี เต้าส่วน ลอยแก้วผลไม้ เป็นต้น
9. ให้ความเวลาในการรับประทานอาหารผู้สูงอายุตามสบาย ไม่ควรรีบเร่ง เพราะอาจสำลัก เคี้ยวไม่ละเอียดหรืออาหารติดคอได้

2. อนามัย (ช่องปาก)

การดูแลช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ฟันเป็นอวัยวะหนึ่ง ที่สามารถอยู่กับร่างกายเราได้ตลอดชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีฟันเหงือกและสภาพช่องปากที่แข็งแรงสมบูรณ์ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพปราศจากความเจ็บปวด ควรต้องปฏิบัติตน ดังนี้

การทำความสะอาดช่องปากโดย

การแปรงฟัน การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี ควรแปรงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - ก่อนนอน ถ้าหากเป็นไปได้ควรแปรงทันทีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ โดย วิธีแปรงฟันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ ฟันบน ให้หงายแปรงเอียงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน ฟันล่าง ให้คว่ำแปรงเอียง 45 องศากับตัวฟัน เช่นกัน มีขนแปรงบางส่วนอยู่ที่คอฟันและขอบเหงือก ซึ่งบริเวณนี้ ควรจะเน้นเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นส่วนที่สะสมคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของ โรคเหงือกอักเสบและฟันผุที่ต้องกำจัดออก

การใช้ไหมขัดฟัน เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยทำความสะอาดซอกฟันได้ดี ควรใช้ควบคู่กับการแปรงฟัน หรืออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีทั้งแบบเส้นใหญ่ เส้นเล็ก เลือกใช้ตามขนาดความกว้างของซอกฟัน

การใช้แปรงซอกฟัน

เป็นแปรงขนาดเล็กๆ คล้ายแปรงล้างขวด มีหลายขนาดให้เลือก ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่ค่อนข้างกว้างเป็นรู เหงือกกรัน รากฟัน โพล์ หรือบริเวณง่ามฟันกรามหลัง แปรงซอกฟันจะใช้ได้ง่าย โดยสอดแปรงเข้าไปในช่องระหว่างซี่ฟัน ให้แนบกับฟันซี่ใดซี่หนึ่งก่อน ถูเข้าออก 4-5 ครั้งแล้วจึงเปลี่ยนไปแนบกับฟันอีกซี่หนึ่งในลักษณะเดียวกัน

การตรวจช่องปากด้วยตนเอง

ต้องหมั่นตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองโดยการอ้าปากดูจากกระจกเงาในที่สว่าง

การตรวจฟัน เพื่อดูว่ามีรูผุ สีกร่อน บิ่น แตก มีฟันโยก คลอนหรือไม่ โดยใช้นิ้วที่ล้างสะอาดแล้วลองจับ โยกดูเบาๆ

การตรวจเหงือก หมั่นตรวจสีผิวของเหงือกบริเวณซี่ฟันทุกซี่ในปาก ซึ่งปกติควรมีสีชมพูซีด สังเกตดูว่า บริเวณใดที่มีสีแดงเข้มจัดเป็นมัน บวมโต หรือเหงือกกรัน ซี่ฟันยื่นยาวกว่าซี่อื่น ถ้ามี หรือสงสัยว่าเป็นลักษณะดังกล่าวให้รีบไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างทันที

การตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก สังเกตว่าบริเวณใดมีปุ่มก้อนของเนื้อเยื่ออ่อน ทั้งสีและขนาด โตผิดปกติ ต่างจากบริเวณอื่นทั่วไป อาจใช้มือที่ล้างสะอาดแล้วลูบคลำดูหรือการเกิดแผลเป็นระยะเวลานานๆ ไม่หาย ซึ่งถ้าสงสัยให้รีบไปพบทันตแพทย์

3. ออกกำลังกาย

การเจริญและการเสื่อมโทรมของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายมนุษย์เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ในเด็กการเจริญเติบโตมีมากกว่า ในผู้สูงอายุอัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าการเจริญเติบโต จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆ ได้โดยทั่วไป และเกิดเป็นโรคที่พบเสมอ อาทิเช่น หลอดเลือด

ตีบแข็ง ข้อติดขัด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ ฤๅลม โป่งพอง การเปลี่ยนแปลงตามวัยของคนแต่ละคน ในแต่ละระยะมีการแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยทั่วไปหลังอายุ 30 ปีไปแล้ว ร่างกายจะค่อยๆ เสื่อมโทรมลง และสมรรถภาพจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เห็นชัด คือผิวหนัง จะหยาบกร้านมีรอยย่น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจเห็นได้ด้วยตาเปล่า คือการเปลี่ยนแปลงของ อวัยวะภายในของระบบต่างๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง องค์ประกอบและหน้าที่การทำงาน

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

1. ช่วยลดการเสี่ยงจากการตายก่อนวัยอันสมควร
2. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ
3. ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง
4. ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น เพื่อป้องกันโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและช่วยให้ไม่เป็นลมหน้ามืดง่าย
5. ช่วยป้องกันโรคกระดูกผุ ทำให้กระดูกแข็งแรงไม่หักง่าย
6. ทำให้การทรงตัวดีขึ้น รูปร่างดีขึ้น และเดินได้คล่องแคล่ว ไม่หกล้ม
7. เพิ่มความต้านทานโรค และชะลอความชราภาพ
8. ช่วยผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดีขึ้นและนอนหลับสบาย
9. ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และอดทนยิ่งขึ้น
10. ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น

11. ช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง สามารถลดระดับน้ำตาลและไขมันลงได้จากการออกกำลังกาย

12. ควบคุมน้ำหนักตัว

13. ทำให้พลังงานทางเพศดีขึ้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นการชะลอ "ความชรา" ถึงแม้ว่าจะยังไม่มียืนยันทางการศึกษาที่แน่นอนว่าการออกกำลังกายจะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไป แต่จากผลของการออกกำลังกายต่างๆ รวมทั้งจากการปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีสมรรถภาพ ทำให้เชื่อได้ว่าการออกกำลังกายสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้อีก

ข้อแนะนำการออกกำลังกายโดยทั่วไป

1. ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา ลำตัว
2. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน
3. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20 - 60 นาที
4. ควรออกกำลังกายที่มีการพัฒนาความเหนื่อยเพิ่มขึ้นเท่าที่ร่างกายจะรับได้ และหยุดพักเป็นช่วงสั้นๆ เพื่อมิให้เกิดอาการวิงเวียน หรือหยุดพักขณะที่เปลี่ยนท่า หรือหยุดพักเมื่อต้องการ
5. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากายบริหารอย่างน้อยครั้งละ 5 - 10 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

นอกจากการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารต่างๆ แล้ว ผู้สูงอายุอาจออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬาชนิดต่างๆ กีฬาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมีหลายชนิด เช่น เปตอง ได้ประโยชน์จากการออกกำลังกาย ฟึ่กสมาธิ และได้ความสนุกสนาน การเดินแอโรบิก ได้ประโยชน์จากการกระตุ้น

การทำงานของหัวใจและปอด เบดมินตัน เทนนิส กอล์ฟ เป็นต้น หลักสำคัญของการออกกำลังกาย คือ ต้องกระทำโดยสม่ำเสมอ การออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ไม่ใช่เพียงครั้งสองครั้งหรือวันสองวัน ต้องทราบขีดจำกัดของตนเอง ร่างกายเป็นเครื่องวัดที่ดี ถ้ารู้สึกเหนื่อย เมื่อย หรือปวดตามกล้ามเนื้อต่างๆ ควรหยุด หากไม่แน่ใจควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือผู้มีความรู้ เพื่อขอคำแนะนำที่เหมาะสม

4. อากาศ

ปัจจุบันมลพิษทางอากาศมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เช่น นนทบุรี ปทุมธานี รวมทั้งเมืองใหญ่ เช่น เชียงใหม่ หาดใหญ่ นครราชสีมา ขอนแก่น ชลบุรี สระบุรี เป็นต้น สำหรับจังหวัดอื่นๆ สภาพอากาศยังคงอยู่ในสภาพที่ดี ปัญหามลพิษทางอากาศที่มีแนวโน้มมากขึ้นนั้น เนื่องจากการจราจรคับคั่งและมลพิษที่ปล่อยมาจากโรงงานอุตสาหกรรม ปัญหามลพิษในอากาศที่พบเป็นปัญหาหลัก คือ ฝุ่นละออง ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ และตะกั่ว มลพิษเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของเราทั้งสิ้น โดยแยกออกได้ดังนี้ คือ

คาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นก๊าซไม่มีสี กลิ่น รส สามารถจับเฮโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน ซึ่งทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ถ้าร่างกายได้รับก๊าซนี้ในจำนวนเล็กน้อย จะทำให้เกิดอาการวิงเวียนปวดศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ถ้าได้รับในปริมาณมาก จะทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้

ฝุ่นละออง ฝุ่นละอองขนาดเล็กเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยมากกว่าฝุ่นละอองขนาดใหญ่ เพราะฝุ่นละอองขนาดเล็กสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนลึกได้ ทำให้เนื้อเยื่อปอดเสื่อมสุขภาพ ภูมคุ้มกันป้องกัน เป็นต้น

ตะกั่ว สามารถเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง เช่น ผิวหนัง จมูก ปาก เป็นต้น และจะสะสมในร่างกายทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ เมื่อมีการสะสมไว้ระดับหนึ่ง จะปรากฏเส้นสีม่วงคล้ำที่เหงือก โลหิตจาง และมีอาการทางประสาท ถ้ามีระดับตะกั่วในเลือดสูงจะเกิดอาการที่กล้ามเนื้อที่ใช้งานมาก เช่น กล้ามเนื้อยึดกระดูก ข้อมือ ข้อเท้า อาการที่เด่นชัด คือ มือเท้าแตก เป็นอัมพาต สำหรับไนโตรเจนออกไซด์ โอโซน และโอโดคาร์บอน ทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เช่น เคืองตา แสบจมูก และระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการ จาม ไอและแน่นหน้าอก

นอกจากนี้ยังมีปัญหาพิษจากควันบุหรี่ ทันทีที่ผู้สูบบุหรี่จุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ การเผาไหม้ของบุหรี่ จะทำให้เกิดสารเคมีที่เป็นพิษหลายชนิด ซึ่งส่งผ่านมายังผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในรูปของควันบุหรี่ ไม่ว่าจะ เป็นควันบุหรี่ที่ผู้สูบพ่นออกมาหรือควันที่ออกมาจากบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้ที่ไม่สูบ ทั้งสิ้น อาจจะแตกต่างกันก็ตรงที่ ผู้สูบพ่นออกมาจะมีความเข้มข้นของสารพิษ น้อยกว่าควันบุหรี่ที่ จุดทิ้งไว้ เพราะพิษบางส่วนเข้าไปติดตามหลอดลม และปอดของผู้สูบบ้างแล้ว ดังนั้นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่อยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ จึงมีโอกาสเจ็บป่วยได้เท่าๆ กับผู้ที่สูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่นี้เป็นระยะเวลา นานๆ จะมีผลต่อสุขภาพร่างกาย คือทำให้เป็นมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง หลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบหืด โรคมุมิแพ้

5. อารมณ์

ตามธรรมชาติของมนุษย์มีภาวะสุขและทุกข์ได้ในคนๆ เดียวกัน ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละ เวลา และ โอกาสการที่คนมีความสุขอยู่ใกล้ๆ ย่อมทำให้ตัวบุคคลข้างเคียง และสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวมีความสุขด้วยเช่นกัน ความวิตกกังวล หรือมีปัญหาในการแก้ปัญหาต่างๆ ไม่ได้ ถ้าเรายัง วิตกกังวล ก็จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งจะมีผลต่อระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย

การหัวเราะ

การหัวเราะเป็นยาอายุวัฒนะ เมื่อมีการยิ้มหรือหัวเราะ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมน "ความสุข" ชื่อ "เอนโดฟิน" ซึ่งช่วยให้สามารถต่อสู้กับความกลัว ความเครียด ระบบย่อยอาหารดีขึ้น กระตุ้น การเจริญอาหารและระบบต่างๆ ในร่างกายมีการผ่อนคลาย การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น สามารถ ต่อต้านและช่วยบรรเทาอาการกังวลและเจ็บปวดต่อโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ และช่วยในการปรับปรุง สมดุลของฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย การเก็บกวาดสิ่งที่ไม่ต้องการในร่างกาย เช่น คลอเลสเตอรอล ไขมันส่วนเกินและขยะต่างๆ จากจิตใจด้วย

การหัวเราะให้ความตึงเครียดผ่อนคลายลง ให้ผลดีกว่าการออกกำลังกายทุกชนิด เป็นการ พักผ่อนที่ดีที่สุด ถ้าหัวเราะ 1 นาที เท่ากับได้พักผ่อนนานถึง 45 นาที ดังนั้นการหัวเราะถือเป็นการ ออกกำลังกายชนิดหนึ่ง คนที่หัวเราะมากๆ จะมีชีวิตยืนยาว

การยิ้ม

คนที่สามารถมองโลกในแง่ดี และเห็นว่าชีวิตสดใสอยู่เสมอ คนๆ นั้นจะไม่มีทางเจ็บป่วย เพราะความเครียด คนที่ยิ้มทุกครั้งเมื่อมีโอกาส คนที่รู้จักผ่อนคลาย และคนที่ยิ้มอยู่เสมอไม่เพียงจะทำให้ตนเองมีความสุขมากขึ้นเท่านั้น ยังสามารถทำให้ผู้อื่นมีอาการดีขึ้นด้วย เวลาเรายิ้มอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลง ความดันโลหิตและระบบต่างๆ ในร่างกายผ่อนคลายลง นำไปสู่ระบบต่างๆ เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนยิ้มมีความสุขดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้ การยิ้มช่วยให้ดูอ่อนกว่าวัย ตรงกับข้ามกับการแสดงความรู้สึกอื่นๆ บนใบหน้าที่จะมีผลทำให้ดูแก่กว่าวัย การยิ้มให้คนมองเห็นคุณมีชีวิตชีวา สดชื่น กระปรี้กระเปร่า และอ่อนกว่าวัยอยู่เสมอ สามารถช่วยผ่อนคลายภาวะความตึงเครียดต่างๆ ลงได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการหัวเราะ ยิ้ม และสนุกสนานรื่นเริงอยู่เสมอ จะมีอายุยืนยาวกว่าคนที่ไม่ยิ้ม ซึ่งวิธีที่จะทำให้เป็นคนหัวเราะได้ยิ้มได้และสนุกสนานนั้น ต้องมีการปล่อยวาง มีการพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูงหรือคนที่รู้ใจ เข้าวัดฟังธรรม ช่วยงานบ้าน ชุมชน และสังคมเป็นครั้งคราว หางานที่ตนเองชอบทำ ตามแต่สถานภาพของตนเอง อย่าอยู่คนเดียว

6. อติเรก

กล่าวว่า "ความลับของการเกษียณคือการที่ทำให้เราเกิดความขุ่นเคืองปล่อยตัวเองให้ว่างเกินไปนั่นเอง ขาแก่ความขุ่นเคืองก็คือ คุณต้องทำงานอะไรสักอย่าง ดังนั้นวันหยุดพักผ่อน ของชีวิตตลอดกาลคือ การทำงานที่ดีโดยไม่มีที่สิ้นสุดนั่นเอง" ความสุขหลังเกษียณงาน นั้น ขึ้นอยู่กับอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนไป การปรับสภาพของตนเอง ใหว่พริบและความสนใจในสิ่งต่างๆ คนที่ไม่ได้สนใจในการทำงานอื่นๆ นอกจากงานที่เคยทำ หรือเตรียมงานทำหลังเกษียณ จะมีผลทำให้อายุสั้นหลังเกษียณไปก็ปี ซึ่งจะตายด้วยโรคแห่งความเบื่อหน่าย และการสูญเสียความทรงจำต่างๆ ตรงกันข้ามกับผู้เกษียณมีงานอติเรกทำ จะใช้เวลาไปกับงานอติเรกไม่มีเวลาว่างในการคิดฟุ้งซ่าน ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีอายุยืนยาวต่อไปอีกหลายปี ผู้เกษียณเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และความชำนาญสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ได้มาก ชีวิตคืองาน งานคือชีวิต งานคือการปฏิบัติธรรม การเข้าสู่วัยชรา มิได้หมายความว่า หมดสมรรถภาพในการทำงานต่างๆ โดยสิ้นเชิง ดังนั้นควรให้ผู้สูงอายุมีงานทำตามความพอใจและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

การเตรียมหางานทำในวัยผู้สูงอายุ ต้องเริ่มตั้งแต่วัยกลางคน โดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. หลังเกษียณจะทำงานอะไร
2. งานที่ทำให้ผลตอบแทนอะไรบ้าง หรือคุณได้รับความสุขจากการทำงาน
3. ทำทุกวัน หรือทำงานพิเศษบางวัน

งานที่ทำมีลักษณะดังนี้

1. ทำงานเต็มเวลา กรณีที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หรือกรณีที่คุณกลัวว่าตนเองไร้ค่า
2. งานพิเศษทำเป็นครั้ง อาจเป็นการหารายได้เสริม หรือกลัวว่าตนเองไร้ค่า
3. ทำธุรกิจส่วนตัว ในด้านการให้คำปรึกษา หรือทำธุรกิจส่วนตัวที่เป็นธุรกิจเล็กๆ เช่น ปลูกดอกไม้ หรือพืชผักต่างๆ รับจ้างแปลหนังสือ สอนพิเศษ ฯลฯ

เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม ชาย หญิงวัยแรงงาน และหนุ่มสาววัยทำงาน ต้องทำงานหารายได้เสริมฐานะในครอบครัว ดังนั้น จะให้คนสูงอายุช่วยดูแลบุตรหลาน และดูแลบ้าน ในขณะที่ตนไปทำงาน ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึว่าตนเองยังมีคุณค่า ซึ่งผิดกับผู้สูงอายุทำงานกับหน่วยงานราชการ หรือเอกชน เมื่อเกษียณแล้ว จะรู้สึกว่างเปล่า ถ้าไม่ทำงานอะไร ดังนั้น การหางานอดิเรกทำ จะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ดังคำกล่าว "อยากแก่ช้า อย่าอยู่ว่าง ออกแรงบ้างอายุยืน"

7. อูจจาระ

อาหารที่เรากินไม่ว่าจะเป็นอาหารชนิดไหน และมีคุณสมบัติเพียงใด ล้วนมีความสำคัญต่อชีวิต อาหารที่มีคุณค่านั้น นอกจากจะไปทำหน้าที่ในการซ่อมแซมเซลล์และเนื้อเยื่อเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่เป็นปกติแล้ว ยังคงเป็นอาหารที่มีส่วนเหลือจากการย่อยแล้ว สามารถขับออกไปนอกร่างกายได้โดยง่าย เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารเกิดการบูดเน่าเสีย อยู่ในร่างกาย เมื่อใดที่อูจจาระคั่งค้างในร่างกาย หรือเกิดการท้องผูก ก็จะมีผลต่อระบบการทำงานของระบบอื่นๆ ในร่างกาย

การจับถ่ายของเสียหรืออุจจาระ มีความสำคัญมากๆ พอกับการย่อยอาหาร และการนำสารอาหารไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เมื่อใดอาหารค้างค้ำในลำไส้ใหญ่ และไม่ถูกขับออกมาจากร่างกาย ก็เกิดการบุดเน่า และดูดซึมสารพิษที่เกิดจากการเน่าเสียของอาหาร กลับไปสู่ร่างกาย ยิ่งค้างค้ำนานเท่าใด ก็ได้รับสารพิษเพิ่มขึ้นเท่านั้น ร่างกายก็จะได้รับสารพิษ ไม่สบายมีอาการต่างๆ ด้านร่างกาย เช่น อึดอัด หายใจไม่สะดวก เป็นแผลร้อนใน ฯลฯ อาหารที่มีผลต่อระบบการย่อยอาหารที่สมบูรณ์ คืออาหารที่มีเส้นใย หรือกากอาหารที่เหลือจากการรับประทาน เมื่อเส้นใยผ่านลำไส้เล็กก็จะดูดซับสิ่งสำคัญต่อร่างกาย ที่เหลือจะส่งต่อไปยังลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นอาหารที่ร่างกายย่อยไม่ได้ หรือเหลือจากการย่อย ความหยาบของเส้นใยในกากอาหาร จะทำหน้าที่เหมือนไม้กวาดทำความสะอาดลำไส้

การป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องผูกในผู้สูงอายุ

1. กินอาหารที่มีเส้นใยมากๆ ทุกวัน ได้แก่ ผักสด ผลไม้สด ข้าวซ้อมมือ รำข้าว 1 - 2 ช้อนโต๊ะ ชงน้ำกินระหว่างมื้อ ลูกพรุน ลูกเกด กากน้ำตาล โมลาค น้ำมันมะกอก
2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำ กายบริหาร พยายามลุกขึ้นทำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ครั้งละ 20-30 นาที หากไม่เคยทำ เริ่มจาก 5-10 นาที ก่อนการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง วิธีนี้จะเป็นการกระตุ้นลำไส้โดยอัตโนมัติ เช่น ขณะตื่นนอนตอนเช้า ให้นอนหงายโดยใช้ปลายเท้าขัดกับขอบเตียงและยกตัวขึ้นนั่งและลดตัวลงนอน โดยใช้มือช่วยยัน ทำเช่นนี้หลายๆ ครั้ง
3. เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร อย่ารับประทานอาหารขณะเครียด อย่ารับประทานอาหารค้ำน้ำค้ำ
4. เข้าส้วมทันทีเมื่อรู้สึกอยากถ่าย จะเป็นการหัดลำไส้ให้มีพฤติกรรมอัตโนมัติ ถ้ามีนิสัยจี้เกียจไม่ไปเข้าห้องน้ำทันทีจะนำไปสู่ภาวะท้องผูกในที่สุด
5. ดื่มน้ำมากๆ วันละ 4 - 8 แก้ว เพิ่มจำนวนมากขึ้นถ้าเสียเหงื่อมากกว่าปกติ เช่น อากาศร้อน หรือออกกำลังกาย ถ้าท้องผูกมากต้องดื่มน้ำ 1 แก้ว ทุกชั่วโมง
6. การฝึกหัดนั่งส้วม เป็นการฝึกหัดการทำงานของลำไส้ และการจับถ่ายอย่างต่อเนื่อง เช่น หัดนั่งถ่ายอุจจาระในเวลาเดิมทุกวัน เช่น เวลาเช้าหลังตื่นนอน หรือหลังอาหารเย็น การจับถ่ายอุจจาระวันละครั้งหรือ 2 ครั้ง ถือเป็นเรื่องปกติแต่ความสำคัญควรจับถ่ายสม่ำเสมอ

7. พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาละลาย การใช้ยาละลายจะทำให้กลไกการเคลื่อนไหวนของ ลำไส้อัตโนมัติเสียไป ถ้าไม่ได้รับยาลำไส้จะไม่ทำงานทำให้เกิดอาการท้องผูก

8. พยายามละเว้นยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก เช่น ยาโคเคอีน และยาลดกรดบางชนิด

8. อบอุน

ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเคารพใคร่ ผูกพันระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ กำลังเสื่อมทรามลง ลูกหลานไม่เคารพและสนิทสนม กับพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย คนรุ่นลูกหลานไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุตั้งความหวังว่า ลูกหลาน จะปฏิบัติกับตนเช่นวัฒนธรรมเก่า (ดั้งเดิม) แต่ลูกหลานในปัจจุบัน ไม่สามารถตอบสนองต่อผู้สูงอายุ ได้ ตามที่คาดหวังได้ในแง่ต่างๆ และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ไม่ได้เตรียมใจรับความเปลี่ยนแปลง ค่านิยม และแนวคิดของรุ่นหลาน ได้ทัน

ธรรมดานุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอยู่ร่วมกัน ไม่มีใครอยู่คนเดียวในโลก ชีวิตจะมีความหมาย และมีชีวิตชีวาเมื่อมีความสัมพันธ์กับคนอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุมีความจำเป็น และสำคัญอย่างยิ่งทั้งนี้เพราะ ทำให้ไม่ว่าง และว้าเหว่ อารมณ์สดชื่น มีชีวิตชีวา และช่วยแบ่งเบา งาน ที่ไม่สามารถทำคนเดียวได้ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กิจกรรมต่างๆ ลดลง ความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง หรือหยุดไปหลายๆ โดขึ้น ก็มีความเป็นตัวของตัวเอง หรือการที่คู่ชีวิตตายจากไปก่อน หรือเกิดหย่าร้าง และในขณะที่ความสัมพันธ์กับคนอื่นที่ยังมีอยู่ ก็จากไปตามธรรมชาติ เช่น คนใน ครอบครัว เพื่อนฝูง คนรู้จัก แยกย้ายไปอยู่ที่อื่น หรือตายจากไป ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาก ดังนั้น สิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวได้ คือ

ครอบครัว

ความผูกพันในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐานและเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือด ที่นับแน่นและยืนนาน ในฐานะที่ตนเป็นลูกหลานควรมีการทดแทนบุญคุณ แก่พ่อแม่ที่เป็นผู้ให้ชีวิต เลี้ยงดูและให้ตนมีสภาพความเป็นอยู่เช่นปัจจุบัน ถ้าขาดพ่อแม่แล้ว เราจะยืนอยู่ในเช่นปัจจุบันได้ อย่างไรดังนั้น ควรดูแลให้พ่อแม่หรือผู้สูงอายุ ให้อยู่ได้ตามสถานภาพที่ควรจะเป็น และตามศักยภาพ ของตนไม่ควรส่งพ่อแม่ หรือผู้สูงอายุไปอยู่บ้านพักคนชรา ซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจ ว้าเหว่ เหวง ไม่มีความสุขใดที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขเท่ากับการได้อยู่กับลูกหลาน

เพื่อน

เพื่อน ก็เหมือนครอบครัวที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ยิ่งเพื่อนที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุข หรือเคยทำงานด้วยกัน ดังนั้นควรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และหาเพื่อนใหม่ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนเพื่อนเก่าที่ตายจากไป มิตรภาพจะเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัยแม้ต่างวัยก็ตาม ซึ่งจะเป็นการก่อให้เกิดประโยชน์เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร ซึ่งกันและกัน ช่วยปรับทุกข์ พุดคุย ปรีกษาหารือ หรือทำงานร่วมกัน มีผลทำให้ไม่เหงา และรู้ว่าตนเองมีค่า

การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ลูกหลาน และเพื่อนฝูง จะนำมาซึ่งความสุข แก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ตามปกติผู้สูงอายุมีความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่าคนหนุ่มสาว สามารถเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มาก และให้โอกาสผู้สูงอายุแสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจ และทำงานด้วยใจรัก

9. อุบัติเหตุ

ทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความอ่อนไหวต่างๆ ย่อมลดลง ประสาทสัมผัส และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลง การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็นประสิทธิภาพลดลง อาจมีความพิการหรือความผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้นแทน เช่นกระดูกพรุนขึ้น อุบัติเหตุมักเกิดขึ้นในช่วงนี้ และมีอาการรุนแรง การพักผ่อนคืนสภาพจะใช้เวลานาน การป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด การเกิดอุบัติเหตุ อาจเกิดขึ้นทั้งในบ้าน และนอกบ้าน อุบัติเหตุในบ้านมักเกิดกับผู้สูงอายุ เช่น การลื่นหกล้มในห้องน้ำ พลัดตกบันได เดินสะดุดสายไฟ พรมเช็ดเท้า ธรณีประตู ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าดูด การใช้ยาผิดประเภทและขนาด หรือบางครั้งอยู่ในที่เขื่อนานเกินไป สำหรับอุบัติเหตุนอกบ้าน อาจเกิดในขณะที่เดิน เดินข้ามถนน การขึ้นลงรถประจำทาง การขับรถ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากความไม่ได้ระมัดระวังหรือความประมาท

การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

1. บ้านที่มีผู้สูงอายุควรเป็นบ้านชั้นเดียว
2. กรณีบ้าน 2 ชั้น ควรจัดห้องพักสำหรับผู้สูงอายุบริเวณชั้นล่าง

3. ห้องน้ำควรลดระดับจากระดับอื่นๆ 3 - 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันน้ำไหลออกจากห้องน้ำสู่ห้องอื่นๆ
4. ปูพื้นยางกันลื่นให้เต็มพื้นที่ห้องน้ำ อุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มในห้องน้ำพบมากและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต
5. การป้องกันอื่นๆ เช่น ให้มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณทางขึ้นลงบันได ไม่วางสายไฟบนพื้นบ้าน และอย่าเก็บของหนัก หรือของที่ผู้สูงอายุต้องใช้ไว้ในที่สูง
6. ควรตรวจเครื่องไฟฟ้าทุกชนิดที่ต้องใช้เป็นประจำ เช่น สายไฟ ปลั๊กไฟ ให้อยู่ในสภาพคืออยู่เสมอ ไม่สัมผัสเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือที่เปียก ถอดปลั๊กกาดม้มน้ำออกทุกครั้งก่อนเติมน้ำ หรือรินน้ำก่อนเข้าอนต้องถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดที่ไม่ใช้งานออก
7. เครื่องมือที่ใช้แก๊สทุกชนิด ป้องกันการรั่วของแก๊ส หรือการระเบิด ในฤดูหนาวใส่เสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นได้เพียงพอ และเหมาะสม

การป้องกันอุบัติเหตุนอกบ้าน

การเดิน ให้ใส่รองเท้าหุ้มส้น ไม่ให้หลวมขณะเดียวกันระวังถนนลื่น ถ้าใช้ไม้เท้าต้องมีความพอเหมาะ ถ้าใช้รถที่สามารถมองทะลุปีกได้ในการข้ามถนนต้องแน่ใจ ว่ามีเวลาพอในการข้าม โดยคำนึงถึงความเร็วในการเดิน ถ้าไม่แน่ใจ ควรขอร้องให้ผู้อื่นช่วยพาข้ามการเดินถนนในเวลากลางคืน ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีขาว หากไปที่มืดควรมีไฟฉาย ถ้าเดินทางคนเดียวควรพกนกหวีดในกระเป๋า และป่าเมื่อมีอุบัติเหตุหรือเหตุร้ายอื่นๆ จะได้มีผู้ช่วยเหลือได้ทันท่วงที

การเดินทางโดยรถประจำทาง อย่างนั่งหลับบนรถประจำทาง ระวังเมื่อรถหยุด หรือลดความเร็วอย่างรวดเร็วหรือหักเลี้ยวอย่างกะทันหัน ระวังถนนลื่นและรถกระชาก ถ้าไม่แน่ใจในการทรงตัวขณะขึ้นหรือลงจากรถให้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

การขับรถ ให้ขับรถให้ช้าลง หากเป็นการขับรถทางไกลให้หยุดพักเป็นระยะๆ ไม่ควรขับรถทางไกลแบบไม่หยุดพัก และหากเป็นไปได้ควรขับเวลากลางวัน และงดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ในขณะที่ขับรถ แต่ถ้าไม่แน่ใจควรงดการขับรถ

10. อนาคต

ปัจจุบันภาพพจน์วัยชรา หรือสูงอายุเปลี่ยนไป วัยชราหรือสูงอายุมีความเปลี่ยนแปลง แต่วัยชรา หรือสูงอายุสามารถเข้มแข็ง ปราดเปรียว มีชีวิตที่เข้มแข็ง กระฉับกระเฉงและเต็มไปด้วยชีวิตชีวาได้ การเกษียณอายุนั้น ไม่ใช่อายุที่จะรอความตายแต่จะเป็นอายุที่เริ่มต้นชีวิตใหม่ และสามารถจะรื่นรมย์กับชีวิตใหม่ไปได้ยาวนานกว่าร้อยปีขึ้นไป และเป็นร้อยที่แข็งแรง สดใส สดชื่น เพราะธรรมชาติให้ชีวิตและอายุมากขนาดนั้น

ต้องเตรียมรับสภาพความจริงของวัยชรา

ทุกชีวิตเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะแปรเปลี่ยนตามไปด้วย ในวัยเด็กร่างกายยังไม่โตเต็มที่ พอเป็นผู้ใหญ่ร่างกายก็จะโตอย่างเต็มที่ แต่ครั้งพออายุย่างเข้าสู่วัยชราแล้ว มันก็แน่นอนเหลือเกินว่า ความเหี่ยวช่น จะต้องติดตามมาเป็นเพื่อนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งดังกล่าวนี้มักจะต้องเกิดขึ้นกับทุกๆ คนอย่างแน่นอน ซึ่งตัวมันเอง ก็ไม่ได้เจาะจงเกิดขึ้นแต่เฉพาะตัวใครคนใดคนหนึ่ง ยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าไร ร่างกายก็ยิ่งแปรเปลี่ยนมากขึ้นตามไปด้วย จะอ่อนแอลงกว่าเดิม เชื่องช้าลง หลังจะโก่ง คิวหนังเหี่ยวช่น และผมจะกลายเป็นสีเทา การปรับตัวทำได้ยาก ทำทางงๆ เงินๆ จะต้องใช้เวลาเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และความจำก็จะเสื่อมสมรรถภาพลง วัยชราเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ แม้อายุ 60 70 หรือ 80 ปี จะต้องเรียนรู้ตลอดเวลา วัยชราที่ประสบความสำเร็จอันสง่างามนั้น ต้องมีการเรียนรู้ เพื่อที่จะประยุกต์ หรือปรับปรุงความสามารถที่ลดถอยลง ที่ทุกคนต้องตระหนัก และวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่างๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อในสิ่งนั้นจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล (จรรยา, 2541) ความเชื่อมีบทบาทสำคัญในการกำหนดหลักแห่งการกระทำหรือกำหนดกรอบความคิดเห็นในด้านต่างๆ ของบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยบุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย Rokeach (1970) กล่าวว่า ความเชื่อ คือความรู้สึคนึกคิด

หรือความเข้าใจของบุคคล ซึ่งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบโต้ในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีของ King (1984) ซึ่งกล่าวว่าในช่วงชีวิต (Life Space) ของบุคคลที่ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้ ประกอบด้วยบริเวณที่เป็นประจุลบ (Negative Valance) และบริเวณที่เป็นประจุบวก (Positive Valance) และบริเวณที่เป็นกลาง (Relative Neutral) ความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคที่เกิดขึ้นจะถูกกำหนดให้อยู่ในบริเวณที่เป็นประจุลบ ซึ่งจะมีแรงผลักดันออกจากบริเวณนี้ตลอดเวลา ในขณะที่พฤติกรรมหรือกิจกรรมของบุคคลจะถูกดึงเข้าสู่บริเวณแรงด้านบวก จากแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายถึงการตัดสินใจกระทำหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps *et al.*, 1983) ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล (King, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tirrel (1980) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขา

3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1974) ได้เสนอเพิ่มเติมว่าใน

การอธิบายถึงพฤติกรรมกรไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้นนอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยความเชื่อว่าเราสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ในปี ค.ศ. 1972 Becker ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น มีส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้ (Becker *et al.*, 1977)

1. การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (Perceived Severity)
2. ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา และคุณค่าของพฤติกรรมที่จะช่วยลดอันตรายจากโรค นั่นคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefit)
3. องค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินหรืออื่น ๆ จะเป็นสิ่งชักนำให้การปฏิบัติ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สิ่งที่มาชักนำอาจเป็นการกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการจากความเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักนำมาจากภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ต่อมา Karl and Cobb (1985) ได้ประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของบุคคลเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (Health Related Behavior) ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์เพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของโรค ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย โดยการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อนและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำ และการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น ขอมรับการรักษาจากแพทย์ ขอมรับการพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นรวมทั้งหยุดการทำงานที่ตามปกติชั่วคราว

จากพฤติกรรมดังกล่าวนี้ บุคคลมีโอกาที่จะแสดงพฤติกรรมตามระยะต่างๆ โดยมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กดดันให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ นักวิจัยหลายท่านได้ใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) มาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะแรก โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษาและลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระเบียบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน (Becker, 1974) ต่อมาในปี ค.ศ. 1977 Becker ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้นำแรงจูงใจและตัวแปรด้านสังคมเข้าไปเกี่ยวข้องเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Becker, 1977)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อนี้ในระดับไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ Hochbaum (อ้างใน รุ่งกานต์, 2530) ดังนั้น Becker (1977) ได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity or Noxiousness)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค ที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษาการเกิดโรค

แทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ Hijack (1984) กล่าวว่า การที่ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ เมื่อบุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น และมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น การศึกษาของ Kaplan (1994) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคกระดูกพรุน สอดคล้องกับการศึกษาของ Larson *et al.* (อ้างใน Becker, 1974) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับวัคซีนป้องกันโรคหัวใจ

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และจากข้อกำหนดต่างๆ ของแพทย์ พฤติกรรมการปฏิเสธการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นในระยะของการรักษาเนื่องจากมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ มัลลิกา (2530) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรม ดังนี้

1. ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. ใ้ซ้ยรักษาตนเอง ซึ่งอาจซื้อยามารับประทาน ใ้ซ้ยากลางบ้าน
3. รักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่มีใ้ซ้ยการใ้ซ้ยยา เช่น การนอนพักและดื่มน้ำอุ่น เมื่อเริ่มรู้สึกว่าจะเป็นหวัด
4. ไปหาเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาและขอคำแนะนำ

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันมิให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย มีการศึกษาของ Burak and Meyer (อ้างใน Lee, 2000) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะมารับการตรวจปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของ เฮียน (2542) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการออกกำลังกาย ในนักศึกษาหญิงปริญญาตรี และจากการศึกษาของ สุขุมาล (2543) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง

การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้นยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะของเขา ได้จริงและจะได้รับประโยชน์คุ้มค่านับเวลาที่เสียไปในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มค่านับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการรักษา Connelly (1987) กล่าวว่า ความไม่สุขสบาย ความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งความซับซ้อนและระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนานจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่ง Klinger (1984) ศึกษาพบว่า ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่

ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
อย่างยิ่ง ปรักศนี (2540) พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและการดูแลบุตร
เมื่อติดเชื่อเถียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาชาวเขา
เผ่าม้ง

แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้น
ของสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป
ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้า
ภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยง
ของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือ
ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจ โดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ
ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจมีความ
สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่
เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของ
ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ
เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. ตัวแปรด้านประชากร (Demographic Variables) การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
เพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ตัวแปรด้านประชากรเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ กล่าวคือ

เพศ จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่า เพศหญิงและเพศชายมี
พฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและ
การปรับตัวตลอดจนทัศนคติการเจ็บป่วย และเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย
ดีกว่าเพศชาย Becker (1974) และจากการศึกษาของ Weissfeld *et al.* (อ้างใน Becker, 1974) พบว่า

เพศหญิงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย

อายุ อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่าง Becker (1974) พบว่าความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษา มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากๆ และอายุน้อยๆ และการศึกษาของ บุรณี (2540) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส กลุ่มผู้ป่วยที่เป็น โสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส (สมจิต, 2541) การศึกษาของ Brown และ Mc Greedy (1986) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุหญิงที่เป็น โสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็น โสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่

ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ Pender (1982) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะได้รับการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

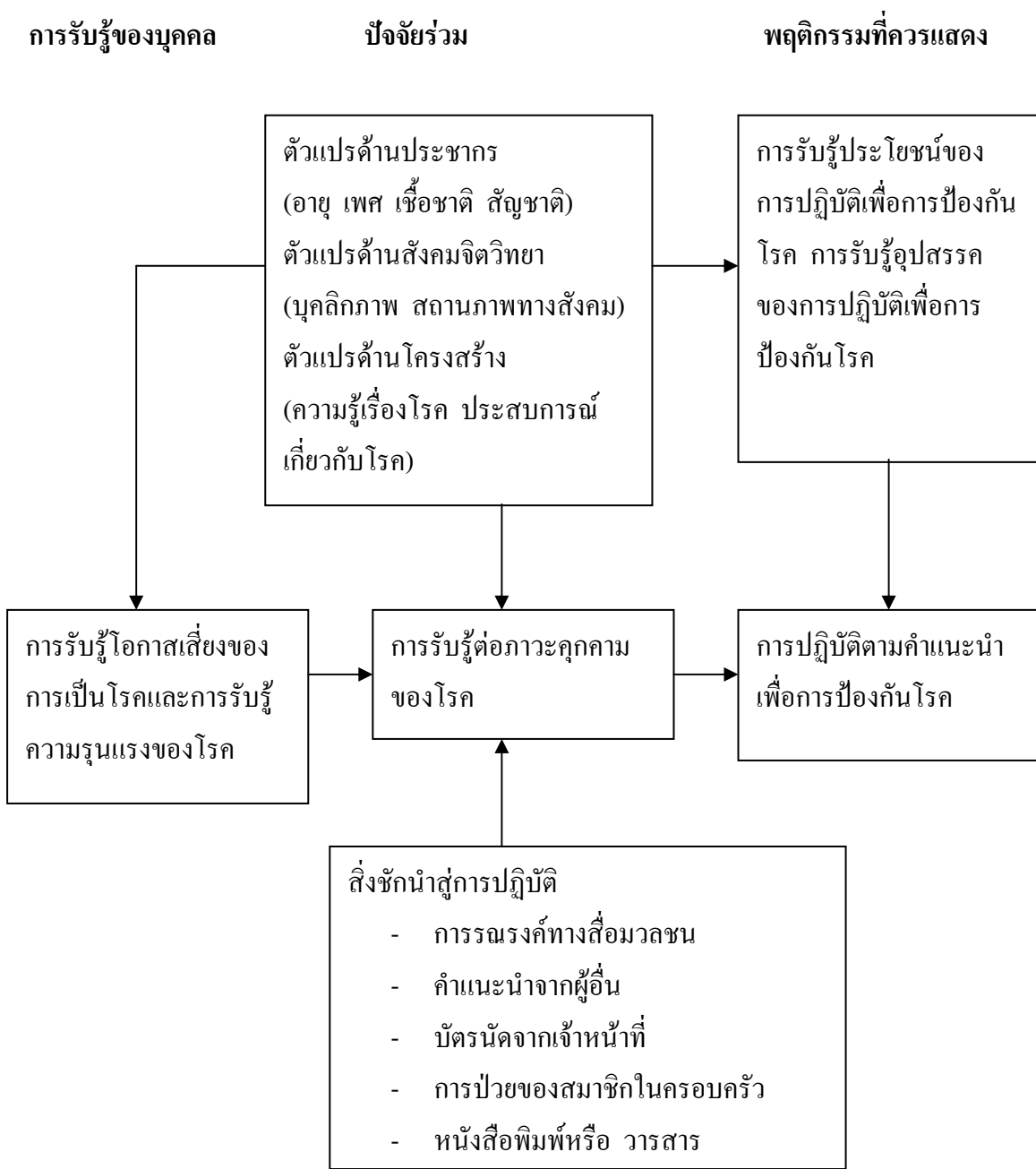
อาชีพ อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยต่างกันเนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกันจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิดและประสบการณ์ต่างกัน จากการศึกษาของ Nemcek (1990) พบว่า อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านสุขภาพ

2. ตัวแปรด้านสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่ใกล้ชิด Becker (1977) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนไปรับภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกับรายงานของ สุภาภรณ์ (2531) พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีผลทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงในสังคม เช่น โรคซิฟิลิส ผู้ที่เป็นโรคมักจะถูกมอง

ว่ามีความล่าช้าทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความอับอาย และได้รับการต่อต้านจากครอบครัว และเพื่อนๆ ทำให้ผู้ป่วยบิดบังและไม่กล้ามารับการรักษา

3. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น และการกระตุ้นเตือน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คนปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความเข้ม (Intensity) ของสิ่งชักนำที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้จะขึ้นกับความพร้อมของกลุ่มหรือบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษาของ Petosa and Jackson (อ้างใน King, 1984) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยชักนำ เช่น ข้อมูลความรู้ ข่าวสาร คำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การศึกษาของ Lee (2000) พบว่า สิ่งกระตุ้นในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก คือคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ จะช่วยเพิ่มแรงกระตุ้นในการมารับการตรวจที่เพิ่มขึ้นของสตรี

จากความสัมพันธ์ดังกล่าว Becker (1974) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรค และได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

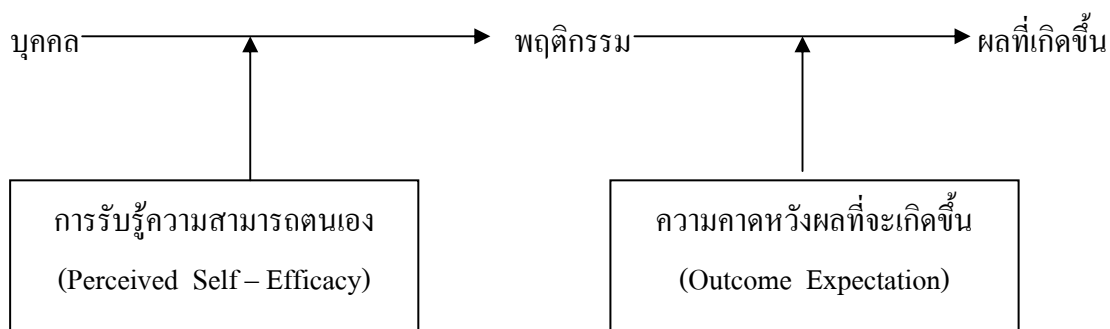
ที่มา: Becker, et al. (1974)

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

ผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถของตนเอง คือ Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ซึ่งศึกษาตามแนวทฤษฎีของ Skinner แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีความสามารถตนเอง มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning Theory) โดยได้ศึกษาและพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ. 1962 ต่อมาในปี ค.ศ. 1968 Bandura ได้ขยายแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อทฤษฎีใหม่เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) Bandura ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (self – efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่กระทำ จะทำอะไร กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ

ในระยะแรก Bandura (1977) ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และเป็นตัวกำหนดการแสดงออกพฤติกรรมต่อมา Bandura ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self – efficacy) โดยให้ความหมายใหม่ว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเอง นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและประสบความสำเร็จ

ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) Bandura อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self – efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพที่ 2 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญคือ

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) Bandura ให้ความหมายว่าเป็น การตัดสินใจความสามารถตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมิน ค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคน ที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้น การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความเหมาะสมเพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกกว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดอีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง จะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพที่ 3 Bandura (1994) กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญปัญหาต่างๆ แม้กระทั่งความล้มเหลวหรือสิ่งที่ยาก และพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเอง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงปัญหา คิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นยาก ซึ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำ / ปานกลาง จนอาจทำให้บุคคลไม่พยายามกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามี 4 ประการ คือ Evans (อ้างใน สมโภชน์, 2539)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดใน การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ ว่า เขามีความสามารถที่จะกระทำได้ซึ่งจะทำให้เขาสามารถใช้ทักษะที่ได้รับ การฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่กลับจะพยายามทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่าผู้สังเกตก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าผู้สังเกตมีความสามารถที่จะทำได้ นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยให้ดูจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งสามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

2.1 การเรียนรู้จากตัวแบบ การเรียนรู้จากตัวแบบเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นแล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนี้ได้รับประมวลเป็นข้อมูลไว้ใช้เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตนต่อไป การเรียนรู้จากตัวแบบนี้เป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง หรือการอ่าน เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น การที่บุคคลสามารถเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้นประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่าง

2.1.1 กระบวนการใส่ใจ (attention process) ความใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกรูปแบบที่ได้รับ จากการสังเกตพฤติกรรมทั้งหมดที่ตัวแบบแสดงออกมา ถ้าผู้สังเกตใส่ใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบก็จะสามารถจำแนกพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบได้ ในทางตรงข้าม ถ้าผู้สังเกตไม่ใส่ใจ ขาดการรับรู้และเข้าใจพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมาก็จะไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นได้

2.1.2 กระบวนการเก็บจำ (retention process) เป็นการรวบรวมรูปแบบของพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วเก็บจำในลักษณะของสัญลักษณ์ซึ่งเป็นมโนภาพและภาษา ถ้าการเก็บจำมโนภาพแปลงเป็นสัญลักษณ์ทางภาษาก็จะทำให้จำได้ง่าย ถูกต้องและนานขึ้น การที่บุคคลมีการเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมผ่านไประยะหนึ่งโดยไม่มีตัวแบบให้เห็น

2.1.3 กระบวนการกระทำทางกาย (motor reproduction process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำ เป็นการกระทำในการแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ครั้งแรก อาจมีความใกล้เคียงแต่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสมนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบ และความคิดความจำของผู้สังเกต ถ้ามีการให้ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไข พฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

2.1.4 กระบวนการจูงใจ (motivation process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจจะถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มในการเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ

2.2 อิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต คือ

2.2.1 การสร้างพฤติกรรมใหม่ เมื่อผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบนั้น ผู้สังเกตไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้สังเกตจะรวบรวมรูปแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์ และถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่

2.2.2 การสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ จะเกิดในสภาพการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะต่างๆ ภายในสถานการณ์ต่างๆ และถ้าการตอบสนองส่งผลทางบวก ผู้สังเกตก็จะรวบรวมลักษณะของตัวแบบในรูปแบบต่างๆ นำมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่

2.2.3 การสอนความคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การมีตัวแบบจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เพราะผู้สังเกตเมื่อเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผู้สังเกตอาจใช้ประสบการณ์ต่างๆ ที่อยู่ประกอบการกระทำของตัวแบบมาพัฒนาเป็นความคิดหรือพฤติกรรมใหม่ขึ้น

2.2.4 การยับยั้งการกระทำและลดความหวั่นเกรงที่จะกระทำ การที่ได้เห็นตัวแบบถูกลงโทษ ผู้สังเกตจะมีแนวโน้มไม่กระทำตามพฤติกรรมนั้น และในทำนองเดียวกันถ้าได้เห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมไม่ถูกต้องและถูกห้ามปรามแล้วไม่มีผลลัพธ์ใดๆ ตามมา ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามตัวแบบ

2.2.5 การส่งเสริมการกระทำ การมีตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำ ทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ ถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมหนึ่งและได้รับรางวัล ผู้สังเกต ก็มีแนวโน้มที่จะทำตามมากขึ้น

2.2.6 ทางด้านอารมณ์ ตัวแบบสามารถมีผลต่ออารมณ์ของผู้สังเกต ทำให้อารมณ์รุนแรงเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้อยตามไปด้วยได้

2.2.7 การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่คนให้คุณค่า และมีความชื่นชอบอยู่แล้ว การกระทำของตัวแบบนั้นก็ทำให้ผู้สังเกตกระทำได้โดยเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

2.3 ประเภทของตัวแบบ การเสนอตัวแบบ Bandura ได้เสนอไว้ 2 รูปแบบ ดังนี้

2.3.1 ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถ ปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่นๆ

2.3.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่าน สัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ เป็นต้น

3. การใช้คำพูดชักจูงใจ (verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะ ประสบความสำเร็จได้ วิธีนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป Bandura กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงใจ มักจะไม่ค่อยได้ผลดีนัก การที่จะให้บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ถ้าจะให้ ได้ผล ควรจะเข้าร่วมกับการกระทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ เสริมสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงใจร่วมด้วย ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองใน สภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับ การกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่มากเกินไปในการปฏิบัติไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะเกิดความคาดหวัง ในความสำเร็จ เมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะอารมณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่พึงพอใจ ความกลัวจะเป็นสิ่งที่กระตุ้น ให้บุคคลเกิดความกลัวมากขึ้น เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ของความล้มเหลว จะทำให้การรับรู้ เกี่ยวกับความสามารถตนเองต่ำลง

Bandura ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองของบุคคล อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ (Dimension) 3 มิติ คือ

1. มิติตามขนาดความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกัน จะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ยากๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลวได้
2. มิติการแผ่ขยายความคาดหวัง (Generality) ประสพการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่น ในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันของประสพการณ์บางอย่าง ไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น
3. มิติความเข้มข้นของความคาดหวัง (strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนั้นมีความเข้มข้นน้อย คือไม่มั่นใจในความสามารถตนเอง เมื่อประสพการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองลดลง แต่หากมีความเข้มข้นของความคาดหวังมากหรือมีความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความพยายามมากแม้ว่าจะประสพเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจะสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ซึ่งนักวิชาการสังคมศาสตร์ได้ให้ความสนใจและทำการศึกษาวเคราะห์อย่างจริงจัง ตั้งแต่ Fritz Heider นักมานุษยวิทยาเผยแพร่งานบทความเรื่อง “Attitudes and Cognitive Organization” เมื่อปี ค.ศ. 1946 อธิบายว่า ปกติมนุษย์จะมีความสัมพันธ์ต่อกัน ทำให้มนุษย์โยงโยงเข้าด้วยกันเป็นเครือข่ายสังคม ต่อมาก็มีทั้งนักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา นักมานุษยวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ หันมาศึกษาอย่างจริงจังเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุคคลที่โยงโยงกันเป็นเครือข่าย (บุญเยี่ยม, 2528)

Caplan (1976) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง วัตถุประสงค์ที่ผู้ให้อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนมอบให้กับผู้รับโดยตรง วัตถุประสงค์นี้อาจจะเป็นวัตถุประสงค์หรือไม่ใช่วัตถุประสงค์ ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการของผู้รับ ซึ่งให้ผู้รับเกิดความสุขกายและใจ

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข่าวสารหรือข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยื่นยืรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทองหรือสิ่งของ

Pilisuk (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย

บุญเยี่ยม (2528) ได้สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารวัตถุประสงค์ของ การสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และยังมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในเครือข่ายสังคมนั้นๆ และผลของการได้รับการสนับสนุนดังกล่าวทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมไปในทางที่ดี นั้นหมายถึง การมีสุขภาพดี

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982) ประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

- 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามิคนเอาใจใส่มีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ
 4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยทั่วไปแรงสนับสนุนทางสังคมจัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ซึ่งกลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ซึ่งมีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จะเห็นได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งปฐมภูมิ อันได้แก่ ครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน นับว่ามีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ อันได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือกลุ่มอื่นๆ เช่น พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสื่อสารสองทาง ประกอบด้วย ผู้ให้และผู้รับ จึงมีลักษณะการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 8 รูปแบบ (สุภาภรณ์, 2531) ดังนี้

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความทะนุถนอม เอาใจใส่ มักเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เพราะฉะนั้นหากขาดความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมบุคคลจะรู้สึกโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้ง

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) เป็นการร่วมกิจกรรมทางสังคม ก่อให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนหรือระดมความคิดและพลังงาน นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกห่วงใยและเข้าใจ ขณะกระทำกิจกรรมร่วมกันด้วย มักเป็นความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน หุ่นส่วน สมาชิกองค์กร หากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต

3. การส่งเสริมการให้รู้ค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) การได้รับการยอมรับจากสังคม ในการแสดงบทบาททางสังคม เช่น ช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือเพื่อนๆ เป็นต้น หากขาดไปจะทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

4. โอกาสจะได้โอบอุ้มเลี้ยงดูผู้น้อย (Opportunity for Nurturance) เป็นความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่เลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโต เป็นต้น เป็นความปรารถนาจะให้ผู้อื่นสุขสบายเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า หากขาดไปจะทำให้ตนรู้สึกว่างเปล่าและขาดจุดหมาย

5. ความเป็นมิตรที่ดี (Reliable Alliance) เป็นความจริงใจต่อกัน ไว้วางใจกันได้ เป็นที่คาดหวังของกันและกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะมีความเชื่อใจที่ดีต่อกันหรือไม่ มักจะเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว หากขาดบุคคลจะรู้สึกถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำแนะนำชี้แจง (Guidance) มักเป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลเผชิญภาวะตึงเครียดหรือภาวะวิกฤติ ต้องการคำปลอบใจ คำลั้งใจ คำแนะนำ เพื่อผ่อนคลายความเครียดและเผชิญภาวะการได้มั่นคงยิ่งขึ้น

7. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ ทำให้บุคคลปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

8. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ และบริการอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดเวลาและแรงงานเพื่อให้รับความสะดวกสบาย

Israle (1985) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตัดเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการ ในชุมชน

2. ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Middle Level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

3. ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การสนับสนุนทางสังคมในระดับกลาง คือ ให้เพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน และญาติเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยให้การสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตใจ และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ Becker and Milman (อ้างใน ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534) ได้เสนอความคิดเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนี้ Haynes (อ้างใน ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย และครอบครัวเป็นแหล่งปฐมภูมิของนิสัยทางด้านสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุภาพรณ์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล

วารินทร์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความชัดเจนของนโยบายด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 26.90 ตัวแปรทำนายได้ดีที่สุด คือ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ได้ร้อยละ 18.20

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดวงใจ (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา ชา และกาแฟ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ดูแลสุขภาพส่วนบุคคลโดยการอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง มีการออกกำลังกาย นอนหลับคืนละ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ไม่นอนกลางวัน มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนโดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อรู้สึกเหงาจะทำงานอดิเรก เมื่อรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด และรู้สึกว้าบตาทหน้าทีลดลงจะทำใจยอมรับ ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรับการรักษาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี

นพวรรณ (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุออกกำลังกายร้อยละ 36.1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการไม่ออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการคาดหวังในผลดีด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

อรญา (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 58.8 มีการออกกำลังกายแต่ไม่ถูกต้องทุกขั้นตอน ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ลักษณะงานที่ทำ รายได้ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ดีที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย เพศ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 45.4

น้ำทิพย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 34.3

กันยารัตน์ และ รุจิระชัย (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับการรู้คิดของผู้สูงอายุในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุข เขต 2 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรู้คิด พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

ปานทิพย์ (2548) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ชลธิชา และ จิราพร (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุนิยมทำมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 80.8 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีการดูแลสุขภาพของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีกิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดีมาก

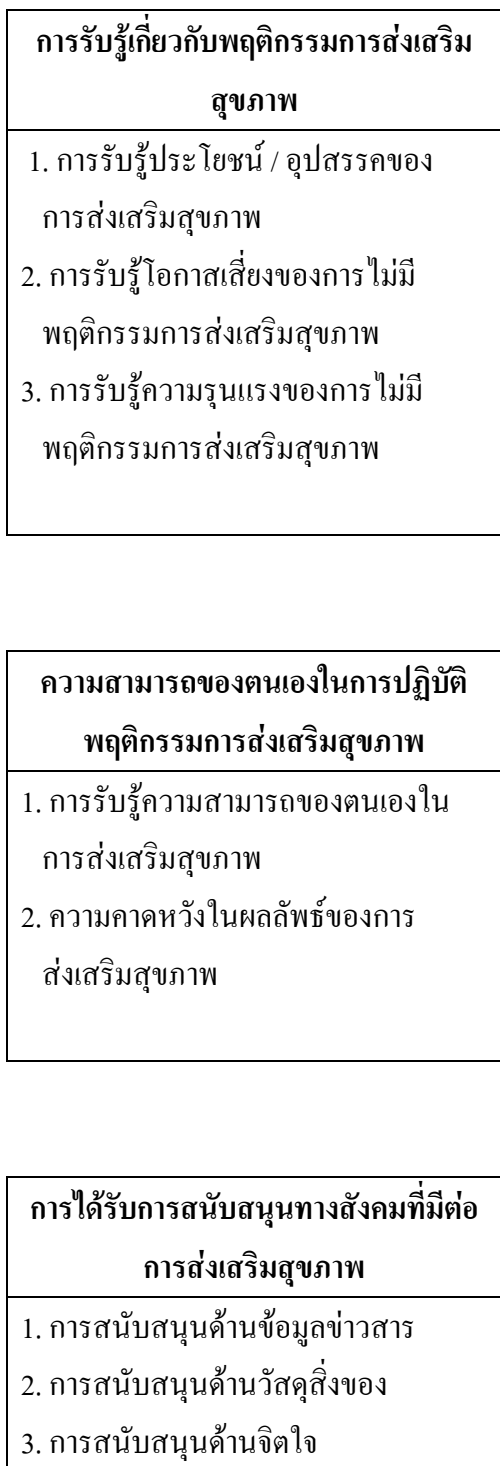
อาทิตย์ และ อุษา (2549) ศึกษารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาพรุ อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ได้รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุที่แสดงว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับ ปัจจัยร่วม ได้แก่ ลักษณะการดำเนินชีวิตในวัยเด็ก การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนจากบุตร และการสนับสนุนจากแหล่งอื่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความหมายสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามจากปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

นงรัตน์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 4 ตำบลนาพรุ อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

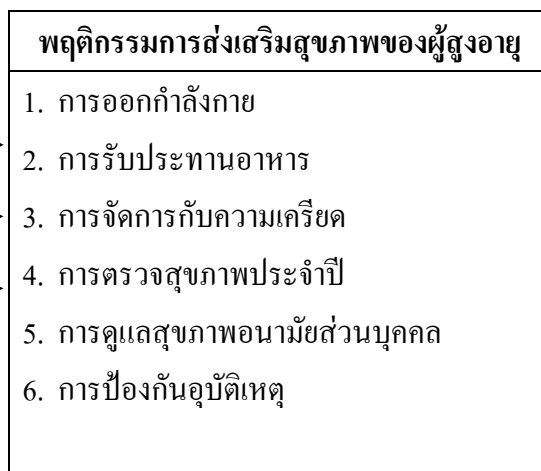
จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแนวทางหนึ่งที่มีความสำคัญ อันจะทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน กลวิธีหนึ่งคือการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเอง ร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่าย เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตลอดจนครอบครัว การจัดรูปแบบการบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น น่าจะมีการประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นไปได้ ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมในชุมชน และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนสอดคล้องกับลักษณะสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และศักยภาพของชุมชนนั้น รูปแบบพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) การดูแลสุขภาพของ Bandura (1977) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของ Caplan (1976) มาอธิบายพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (1987) และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ วิชัย (2547) ผู้วิจัยจึงสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

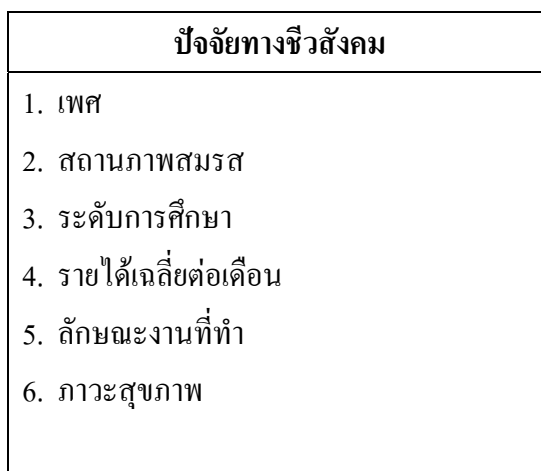
ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ตัวแปรอธิบาย



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 3 ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานที่ 5 กลุ่มตัวแปรทางชีวสังคมของบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 1,621 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane (Yamane, 1973) ที่กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง
ในที่นี้ให้ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$\text{เมื่อ } N = 1,621$$

$$e = 0.05$$

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{1.621}{1 + 1,621(0.05)^2}$$

$$\text{กลุ่มตัวอย่าง} = 320.83 \text{ คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 321 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 321 คน โดยมีวิธีและขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นปฐมภูมิ (Stratified Random Sampling) (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จากการแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 15 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ทำการกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการคำนวณเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน จะได้จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน และขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	ทุ่งใหญ่	110	22
2	ทุ่งแฝก	197	39
3	หนองน้ำใส	71	14
4	บางคาง	116	23
5	วังลึก	102	20
6	คอนสันชัย	144	28
7	ท่าเรียบ	74	15
8	วังท่าลาน	105	21
9	ท่ากระพี้ตะวันออก	113	22

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
10	ทุ่งลานโพธิ์	69	14
11	ทุ่งแฝก	136	27
12	หนองน้ำใส	45	9
13	วังจิก	137	27
14	ท่ากระพีตะวันตก	90	18
15	ท่าพิบูล	112	22
รวม		1,621	321

ขั้นตอนที่ 3 จากจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละหมู่บ้าน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหน่วยวิเคราะห์ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุจากทะเบียนบ้านเยี่ยมบ้านในแต่ละหมู่บ้าน ให้ได้ผู้สูงอายุตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสัมภาษณ์มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของการส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับสูง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 47.86 – 56.00 คะแนน
 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 42.67 – 47.85 คะแนน
 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 28.00 – 42.66 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริม สุขภาพ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสัมภาษณ์มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรกระดับสูง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 48.05 – 59.00 คะแนน

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรกระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 43.63 – 48.04 คะแนน

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรกระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 23.00 – 43.62 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสัมภาษณ์มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคระดับสูง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 38.12 – 47.00 คะแนน

มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 33.75 – 38.11 คะแนน

มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 22.00 – 33.74 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสัมภาษณ์มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 40.99 – 50.00 คะแนน
มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 36.30 – 40.98 คะแนน
มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 21.00 – 36.29 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท์ (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสัมภาษณ์มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 47.09 – 60.00 คะแนน

มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 41.88 – 47.08 คะแนน

มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 23.00 – 41.87 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท์ (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ ได้รับมาก ได้รับปานกลาง ได้รับบ้างเล็กน้อย ไม่ได้รับเลย แบบสัมภาษณ์มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
ได้รับมาก	4 คะแนน	1 คะแนน
ได้รับปานกลาง	3 คะแนน	2 คะแนน
ได้รับบ้างเล็กน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ได้รับเลย	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 43.64 – 61.00 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 34.29 – 43.63 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 22.00 – 34.28 คะแนน

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ลักษณะแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราวัด 4 อันดับตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และ ปฏิบัติน้อยที่สุด แบบสัมภาษณ์มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก (Positive Statement)	ข้อความที่แสดงด้านลบ (Negative Statement)
ปฏิบัติมากที่สุด	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติมาก	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากคะแนนที่ได้ แบ่งระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (บุญธรรม, 2547) ดังนี้

มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 85.34 – 113.00 คะแนน
 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 74.47 – 85.33 คะแนน
 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 56.00 – 74.46 คะแนน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัย
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสัมภาษณ์โดยมีข้อกระทงคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด และมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอกรรมการที่ปรึกษา เมื่อพิจารณาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย

5.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปให้กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ

5.2 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลหนองสะเดา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์

ไปทำการตรวจสอบคุณภาพ โดยทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' s Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่นำไปใช้ในภาพรวมเท่ากับ .954 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละส่วนมีดังนี้

5.2.1 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .852

5.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .797

5.2.3 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .760

5.2.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .867

5.2.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .759

5.2.6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .825

5.2.7 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .762

5.3 การหาค่าอำนาจจำแนก

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนำไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยการทดสอบค่าที (Separated t-test) เป็นรายข้อ โดยเลือกข้อที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขึ้นไป ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

6. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ขั้นสุดท้าย และเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงสาธารณสุขอำเภอสามชุก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 4 ท่าน (เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยตำบลวังลึก และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยบ้านท่าประชาสรรค์ ตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานีอนามัย ดังนี้

สถานีอนามัยบ้านท่าประชาสรรค์ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน

สถานีอนามัยบ้านคอนสันชัย สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 112 คน

สถานีอนามัยตำบลวังลึก สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 89 คน

ก่อนการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล ได้ดำเนินการชี้แจงให้ผู้ช่วยสัมภาษณ์มีความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ไปในทางเดียวกันตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริง ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้สัมภาษณ์พูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยน้ำเสียงที่ฟังชัดเจนนุ่มนวล ไม่พูดเร็วเกินไป เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการได้ยิน และการเข้าใจเป็นไปได้ช้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Movement Correlation Coefficient)

3. การวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต ตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้านจิตใจ รวมทั้งศึกษาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 321 คน

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้เสนอในรูปแบบตาราง ประกอบการอธิบาย โดยแบ่งออกเป็น 6 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 6 การพิสูจน์สมมติฐาน

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 321)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	206	64.2
ชาย	115	35.8
สถานภาพสมรส		
คู่	162	50.5
ม่าย / หย่า / แยก	136	42.3
โสด	23	7.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	216	67.3
ไม่ได้เรียน	96	29.9
มัธยมศึกษา / ปวช.	6	1.9
อนุปริญญา / ปวส.	2	0.6
ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	168	52.3
2,000 – 2,999 บาท	89	27.7
3,000 – 3,999 บาท	40	12.5
ตั้งแต่ 4,000 บาทขึ้นไป	24	7.5
การมีโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์		
ไม่มี	202	62.9
มี	119	37.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 321)		
ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระบุโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์		
โรคความดันโลหิตสูง	66	55.4
โรคเบาหวาน	19	16.0
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	12	10.1
โรคหัวใจและหลอดเลือด	10	8.4
โรคอื่นๆ	8	6.7
โรคไทรอยด์	4	3.4

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.5 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 67.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 52.3 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.4 มีสุขภาพดีปานกลาง ป่วยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 63.5 เปรียบเทียบสุขภาพกับคนวัยเดียวกันมีภาวะสุขภาพเท่าๆ กับคนอื่น ร้อยละ 53.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.9 และโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาการหรือปัญหาสุขภาพ

(n = 321)								
ลักษณะอาการ	ไม่มี		มีนานๆ ครั้ง		มีบ่อยครั้ง		มีประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการใจสั่น	111	34.6	164	51.1	45	14.0	1	0.3
2. ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดิน หายใจ เช่น หอบ หายใจไม่ สะดวก	136	42.4	144	44.9	31	9.7	10	3.1
3. อาการปวดท้องจากโรค กระเพาะอาหาร	134	41.7	139	43.3	39	12.1	9	2.8
4. ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ปัสสาวะขัด กลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ ท้องผูก	105	32.7	108	33.6	80	24.9	28	8.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 321)

ลักษณะอาการ	ไม่มี		มีนานๆ ครั้ง		มีบ่อยครั้ง		มีประจำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตาพร่ามัว								
ต้อหิน	124	38.6	91	28.3	61	19.0	45	14.0
6. ปัญหาเกี่ยวกับเหงือกและฟัน	135	42.1	119	37.1	37	11.5	30	9.3
7. ปัญหาเกี่ยวกับหู เช่น หูอื้อ								
ได้ยินไม่ชัดเจน	110	34.3	124	38.6	55	17.1	32	10.0
8. อาการนอนไม่หลับ	58	18.1	118	36.8	106	33.0	39	12.1
9. การทรงตัวไม่ดีมีอาการเดินเซ	93	29.0	114	35.5	86	26.8	28	8.7
10. ปัญหาเกี่ยวกับกระดูก เช่น								
ปวดข้อ ปวดเข่า	40	12.5	116	36.1	66	20.6	99	30.8
11. ปัญหาเกี่ยวกับอาการปวด								
กล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยตาม	22	6.9	103	32.1	90	28.0	106	33.0
ร่างกาย								
12. ปัญหาเกี่ยวกับความจำ								
มีอาการหลงลืม	117	36.4	133	41.4	61	19.0	10	3.1
รวมเฉลี่ย	98.8	30.8	122.7	38.2	63.1	19.7	36.4	11.3

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพโดยรวม มีปัญหาสุขภาพนานๆ ครั้ง ร้อยละ 38.2 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยครั้งและมีเป็นประจำ รวมกันเกินร้อยละ 50 มี 2 ข้อ คือ ปัญหาเกี่ยวกับกระดูก เช่น ปวดข้อ ปวดเข่า ร้อยละ 50.4 และปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 61.0

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)			
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การอาบน้ำทุกวันช่วยป้องกันโรคผิวหนัง ทำให้ร่างกายสะอาด	3.40	.556	สูง
2. เมื่อขบขี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ แม้ระยะทางสั้นๆควรสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง	3.36	.685	สูง
3. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในผู้สูงอายุ	3.35	.625	สูง
4. การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ทุกวัน ทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น	3.35	.588	สูง
5. การออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น	3.31	.503	สูง
6. การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วยป้องกันเหงือกอักเสบ และ โรคในช่องปาก	3.29	.552	สูง
7. การลดความเครียดจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	3.20	.717	สูง
8. การไปตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้เสียเวลา	2.95	.799	ปานกลาง
9. การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น	2.95	.908	ปานกลาง
10. การระบายความในใจให้ผู้อื่นฟังเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมและน่าละอาย	2.86	.757	ปานกลาง
11. การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน	2.80	.596	ปานกลาง
12. การผ่อนคลายเครียดเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต	2.76	.810	ปานกลาง
13. การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือทำให้ได้รับคุณค่าทางอาหารต่ำ	2.69	.919	ปานกลาง
14. การออกกำลังกายต้องมีสถานที่เฉพาะ ทำให้ลำบากในการเดินทางไปสถานที่นั้น	2.55	.778	ปานกลาง
15. การรับประทานอาหารเช้าช่วยป้องกันโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ	2.45	.851	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ การอาบน้ำทุกวันช่วยป้องกันโรคผิวหนัง ทำให้ร่างกายสะอาด ค่าเฉลี่ย 3.40 รองลงมาเมื่อขบขี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ แม้ระยะทางสั้นๆ ควรสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.36 การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ทุกวัน ทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น และการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.35 ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือทำให้ได้รับคุณค่าทางอาหารต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.69 การออกกำลังกายต้องมีสถานที่เฉพาะ ทำให้ลำบากในการเดินทางไปสถานที่นั้น ค่าเฉลี่ย 2.55 และการรับประทานอาหารเช้าช่วยป้องกันโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ ค่าเฉลี่ย 2.45

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)

ระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	122	38.01
ระดับปานกลาง	108	33.64
ระดับต่ำ	91	28.35
$\bar{X} = 45.26$	S.D. = 5.191	

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.01 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.64 และระดับต่ำ ร้อยละ 28.35

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การไม่จับจี๊ดจ๊าดจักรยานยนต์/รถยนต์ ในผู้สูงอายุ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ	3.40	.595	สูง
2. การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	3.32	.642	สูง
3. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้	3.28	.544	สูง
4. ผู้สูงอายุที่มีความเครียดบ่อยๆจะทำให้มีโอกาเสี่ยงเป็นโรคต่างๆได้ง่าย	3.28	.557	สูง
5. การแปรงฟันทุกวันช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคในช่องปากหรือเหงือกอักเสบ	3.23	.505	สูง
6. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	3.22	.561	สูง
7. การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์เป็นส่วนประกอบ ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	3.21	.629	สูง
8. การไปตรวจสุขภาพประจำปีช่วยป้องกันการเกิดโรคต่างๆ	3.12	.640	สูง
9. การไปตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	3.12	.700	สูง
10. การออกกำลังกายทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพได้ง่ายเนื่องจากต้องออกแรงมาก	2.96	.757	ปานกลาง
11. การพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องเมื่อมีภาวะเครียด ทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น	2.88	.708	ปานกลาง
12. การออกกำลังกายจะทำให้เป็นลมได้ง่าย	2.83	.633	ปานกลาง
13. การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้กระดูกเปราะและแตกหักได้ง่ายขึ้น	2.83	.755	ปานกลาง
14. การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้หัวใจทำงานหนักเกินไป	2.72	.748	ปานกลาง
15. การรับประทานน้ำปลา กะปิ ปลาเค็ม ปลาจืด หมูเค็ม ผักกาดดอง ไม่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	2.43	.830	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ การไม่จับจีวรจักรยานยนต์/รถยนต์ในผู้สูงอายุ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ ค่าเฉลี่ย 3.40 รองลงมาการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ย 3.32 การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ และผู้สูงอายุที่มีความเครียดบ่อยๆ จะทำให้มีโอกาเสี่ยงเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.28 ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การออกกำลังกายจะทำให้เป็นลมได้ง่าย และการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้กระดูกเปราะและแตกหักได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.83 รองลงมาการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้หัวใจทำงานหนักเกินไป ค่าเฉลี่ย 2.72 และการรับประทานน้ำปลา กะปิ ปลาเค็ม ปลาร้า หมูเค็ม ผักกาดอง ไม่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ย 2.43

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	93	28.97
ระดับปานกลาง	172	53.58
ระดับต่ำ	56	17.45
$\bar{X} = 45.84$	S.D. = 4.428	

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.58 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 28.97 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.45

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการ
ไม่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)

การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้เสียชีวิตได้โดยไม่รู้ตัว	3.12	.633	สูง
2. การเจ็บป่วยจากการไม่ป้องกันอุบัติเหตุทำให้เสียเวลาในการทำงานมาก	2.95	.787	ปานกลาง
3. การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ทำให้ลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้	2.91	.603	ปานกลาง
4. การรักษาความสะอาดของร่างกายเป็นประจำทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคผิวหนังน้อยลง	2.86	.686	ปานกลาง
5. การเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจเสื่อมสภาพที่เกิดจากการไม่ออกกำลังกายทำให้เสียชีวิตโดยฉับพลันได้	2.85	.604	ปานกลาง
6. การเป็นโรคอ้วนที่เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่มีผลเสียต่อภาวะสุขภาพ	2.80	.801	ปานกลาง
7. ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ออกกำลังกายจะทำให้อาการของโรคหัวใจรุนแรงมากขึ้น	2.76	.703	ปานกลาง
8. การเจ็บป่วยจากการไม่ป้องกันอุบัติเหตุ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก	2.67	.838	ปานกลาง
9. การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลในผู้ที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว ไม่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้ใช้เวลารักษาพยาบาลมากขึ้น	2.67	.809	ปานกลาง
10. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่ป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ไม่มีผลต่อการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในการรักษา	2.61	.759	ปานกลาง
11. การเจ็บป่วยจากการไม่ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด	2.60	.777	ปานกลาง
12. การมีน้ำหนักตัวมากที่เกิดจากการรับประทานอาหารมากๆ ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ	2.57	.780	ปานกลาง
13. การไม่ดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก ไม่ทำให้เกิดโรคในช่องปากเพิ่มขึ้นหรือเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่องปาก	2.55	.876	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ การไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้เสียชีวิตได้โดยไม่รู้ตัว ค่าเฉลี่ย 3.12 รองลงมาการเจ็บป่วยจากการไม่ป้องกันอุบัติเหตุ ทำให้เสียเวลาในการทำงานมาก ค่าเฉลี่ย 2.95 และการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ทำให้ลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ค่าเฉลี่ย 2.91 ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคมียค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การเจ็บป่วยจากการไม่ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด ค่าเฉลี่ย 2.60 รองลงมาการมีน้ำหนักตัวมากที่เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ค่าเฉลี่ย 2.57 และการไม่ดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากไม่ทำให้เกิดโรคในช่องปากเพิ่มขึ้นหรือเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่องปาก ค่าเฉลี่ย 2.55

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	97	30.22
ระดับปานกลาง	155	48.28
ระดับต่ำ	69	21.50
$\bar{X} = 35.93$	S.D. = 4.384	

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.28 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 30.22 และระดับต่ำ ร้อยละ 21.50

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

(n = 321)			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านรักษาความสะอาดร่างกายให้สะอาดเป็นประจำทุกวัน	3.26	.516	สูง
2. ท่านสามารถเก็บข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ ตลอดจนของมีคมไว้ในที่ มิดชิดเสมอ	3.25	.604	สูง
3. ท่านไม่สามารถใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ในการประกอบ อาหาร	2.96	.721	ปานกลาง
4. ท่านสามารถแปรงฟันได้หลังอาหารทุกครั้ง	2.95	.803	ปานกลาง
5. ท่านสามารถออกกำลังกายได้ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป	2.94	.747	ปานกลาง
6. ท่านไม่สามารถจัดความเครียดของตนเองได้	2.85	.833	ปานกลาง
7. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันเป็นประจำ	2.84	.738	ปานกลาง
8. ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้	2.83	.621	ปานกลาง
9. ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายได้	2.70	.869	ปานกลาง
10. ท่านนอนหลับได้โดยไม่ใช้ยานอนหลับ	2.63	.812	ปานกลาง
11. ท่านใช้ยาคลายเครียดเมื่อเกิดความเครียด	2.55	.789	ปานกลาง
12. ท่านจะเล่าเรื่องไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟังเสมอเมื่อมีปัญหา	2.53	.657	ปานกลาง
13. ท่านไม่สามารถรักษาความสะอาดบ้านเรือนหรือสิ่งแวดล้อม ภายนอกบ้านได้ทุกวัน	2.44	.831	ปานกลาง
14. ท่านไปตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วย	1.92	.693	ต่ำ

จากตารางที่ 10 พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ สามารถรักษาความสะอาดร่างกายให้สะอาดเป็นประจำทุกวัน ค่าเฉลี่ย 3.26 รองลงมาสามารถเก็บข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ ตลอดจนของมีคมไว้ในที่มิดชิดเสมอ ค่าเฉลี่ย 3.25 และไม่สามารถใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร ค่าเฉลี่ย 2.96 ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ จะเล่าเรื่องไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟังเสมอเมื่อมีปัญหา ค่าเฉลี่ย 2.53 รองลงมาไม่สามารถรักษาความสะอาดบ้านเรือนหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านได้ทุกวัน ค่าเฉลี่ย 2.44 และสามารถไปตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ค่าเฉลี่ย 1.92

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)		
ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	93	28.97
ระดับปานกลาง	162	50.47
ระดับต่ำ	66	20.56
$\bar{X} = 38.65$		S.D. = 4.697

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.47 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 28.97 และระดับต่ำ ร้อยละ 20.56

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)			
ความคาดหวังในผลลัพธ์	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การรณรงค์ ปลูกต้นไม้ พรวนดิน เป็นสิ่งที่ท่านปฏิบัติแล้วช่วยให้ผลิตพืชผล ไม่มีภาวะเครียด	3.38	.596	สูง
2. เมื่อท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ช่วยทำให้ระบบขับถ่ายดี ท้องไม่อืด	3.36	.519	สูง
3. การนั่งสมาธิช่วยให้ผ่อนคลายเครียดได้	3.31	.618	สูง
4. การป้องกันอุบัติเหตุในขณะที่อายุมากขึ้น ช่วยลดภาวะการบาดเจ็บที่รุนแรง ป้องกันการเกิดอัมพาต	3.25	.565	สูง
5. การรับประทานนมเสริมแคลเซียม จะช่วยให้ระบบกระดูกแข็งแรงไม่เป็นโรคกระดูกพรุน	3.17	.681	สูง
6. เมื่อท่านได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคความดันโลหิตสูงได้	3.09	.662	สูง
7. เมื่อท่านดูแลสุขภาพตนเองทุกด้านเป็นประจำ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	3.03	.622	สูง
8. เมื่อท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ท่านกระฉับกระเฉง ว่องไว	3.00	.578	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

	(n = 321)		
ความคาดหวังในผลลัพธ์	\bar{X}	S.D.	ระดับ
9. การไปปรับการตรวจสุขภาพ วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุไม่ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น	2.86	.798	ปานกลาง
10. การรักษาความสะอาดช่องปาก ไม่สามารถป้องกันโรคในช่องปากหรืออาการเหงือกอักเสบได้ เนื่องจากระบบในช่องปากของผู้สูงอายุเสื่อมตามวัย	2.84	.715	ปานกลาง
11. การแก้ปัญหาภาวะเครียดหรือเวลาที่มีเรื่องทุกข์ใจด้วยตนเอง โดยไม่ปรึกษาคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน จะทำให้ไม่ต้องทุกข์ใจเพิ่มขึ้น	2.78	.789	ปานกลาง
12. แม้ท่านอายุมากขึ้น การวิ่งเร็วๆ ช่วยทำให้ท่านมีร่างกายที่กระฉับกระเฉง ทำงานหรือไปถึงจุดหมายได้รวดเร็ว ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน	2.78	.792	ปานกลาง
13. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุไม่ได้ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงเพิ่มขึ้นเนื่องจากอายุมากแล้ว	2.75	.774	ปานกลาง
14. การทำความสะอาดร่างกายไม่สามารถป้องกันโรคผิวหนังได้ เนื่องจากระบบผิวหนังของผู้สูงอายุเสื่อมตามวัย	2.71	.825	ปานกลาง
15. การซื้อวิตามินหรือยาบำรุงมารับประทานเสริมประจำ จะช่วยให้มีสุขภาพดี	2.18	.782	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ การรดน้ำปลุกต้นไม้ พรุนดิน เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วช่วยให้เพลิดเพลิน ไม่มีภาวะเครียด ค่าเฉลี่ย 3.38 รองลงมาการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วยให้ระบบขับถ่ายดี ท้องไม่อืด ค่าเฉลี่ย 3.36 และการนั่งสมาธิช่วยให้ผ่อนคลายเครียดได้ ค่าเฉลี่ย 3.31 ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลลัพธ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุไม่ได้ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงเพิ่มขึ้น เนื่องจากอายุมากแล้ว ค่าเฉลี่ย 2.75 รองลงมาการทำความสะอาดร่างกายไม่สามารถป้องกันโรคผิวหนังได้ เนื่องจากระบบผิวหนังของผู้สูงอายุเสื่อมตามวัย ค่าเฉลี่ย 2.71 และการซื้อวิตามินหรือยาบำรุงมารับประทานเสริมประจำ จะช่วยให้มีสุขภาพดี ค่าเฉลี่ย 2.18

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)		
ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	74	23.05
ระดับปานกลาง	163	50.77
ระดับต่ำ	84	26.18
$\bar{X} = 44.49$		S.D. = 5.205

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.77 รองลงมาในระดับต่ำ ร้อยละ 26.18 และระดับสูง ร้อยละ 23.05

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)			
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร			
1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	3.01	.825	สูง
2. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว	2.97	.847	ปานกลาง
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์/วิทยุ	2.92	.735	ปานกลาง
4. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.67	.990	ปานกลาง
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากเพื่อนบ้าน	2.66	.856	ปานกลาง
6. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	2.20	.904	ปานกลาง

ตารางที่ 14 (ต่อ)

(n = 321)			
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ			
7. อาสาสมัครสาธารณสุขจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพให้	2.06	1.040	ปานกลาง
8. สมาชิกในครอบครัวจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพให้เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย	2.03	.903	ปานกลาง
9. องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพ	1.97	1.073	ต่ำ
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการออกกำลังกายให้	1.79	.962	ต่ำ
11. องค์การบริหารส่วนตำบลจัดเตรียมสถานที่ในการออกกำลังกายให้	1.76	.991	ต่ำ
การสนับสนุนด้านจิตใจ			
12. สมาชิกในครอบครัวสนใจดูแลพาท่านไปรับการตรวจสุขภาพ	2.97	.838	ปานกลาง
13. สมาชิกในครอบครัวสนใจดูแลช่วยเหลือในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ	2.93	.897	ปานกลาง
14. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพท่าน	2.64	.845	ปานกลาง
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการส่งเสริมสุขภาพ	2.59	.880	ปานกลาง
16. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกล่าวชื่นชม เมื่อท่านไปรับการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาลในเลือด	1.81	.983	ต่ำ

จากตารางที่ 14 พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประเด็นที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค่าเฉลี่ย 3.01 ประเด็นที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ค่าเฉลี่ย 2.20 การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ประเด็นที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ

อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพให้ ค่าเฉลี่ย 2.06 ประเด็นที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลจัดเตรียมสถานที่ในการออกกำลังกายให้ ค่าเฉลี่ย 1.76 การสนับสนุนด้านจิตใจ ประเด็นที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สมาชิกในครอบครัวสนใจดูแลพาไปรับการตรวจสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.97 ประเด็นที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบลกล่าวชื่นชมเมื่อไปรับการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ย 1.81

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)		
ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านข้อมูลข่าวสาร		
ระดับสูง	68	21.18
ระดับปานกลาง	164	51.09
ระดับต่ำ	89	27.73
	$\bar{X} = 16.43$	S.D. = 3.770
ด้านวัสดุสิ่งของ		
ระดับสูง	80	24.92
ระดับปานกลาง	119	37.07
ระดับต่ำ	122	38.01
	$\bar{X} = 9.60$	S.D. = 3.895
ด้านจิตใจ		
ระดับสูง	96	29.91
ระดับปานกลาง	117	36.45
ระดับต่ำ	108	33.64
	$\bar{X} = 12.94$	S.D. = 3.233

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.09 มีเพียงร้อยละ 21.18 อยู่ในระดับสูง ด้านวัสดุสิ่งของที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 38.01 มีเพียงร้อยละ 24.92 อยู่ในระดับสูง และด้านจิตใจที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.45 มีเพียงร้อยละ 29.91 อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

(n = 321)		
ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	88	27.41
ระดับปานกลาง	142	44.24
ระดับต่ำ	91	28.35
$\bar{X} = 38.97$		S.D. = 9.350

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.24 รองลงมาในระดับต่ำ ร้อยละ 28.35 และระดับสูง ร้อยละ 27.41

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)			
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การออกกำลังกาย			
1. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ ประมาณสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที	2.06	.896	ปานกลาง
2. ท่านได้ออกไปทำงานนอกร้าน เช่น ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ในแต่ละวันเฉลี่ยวันละประมาณ 1 ชั่วโมง	2.04	1.089	ปานกลาง
3. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย	1.84	.894	ต่ำ
4. ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย หรือบริหารกล้ามเนื้อ รำมวยจีน ดึงยางยืด ไม้พรอง ป้านูญมี การเดินบริหารร่างกาย	1.72	.882	ต่ำ
5. ท่านออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก เช่น วิ่ง ขี่จักรยาน กระโดดเชือก	1.55	.862	ต่ำ
6. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.06	.764	สูง
7. ท่านดื่มกาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มชูกำลัง	2.93	1.126	ปานกลาง

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
8. ท่านรับประทานผักและผลไม้ต่างๆ	2.92	.892	ปานกลาง
9. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันหรืออาหารที่มีไขมันเจือปน	2.82	.841	ปานกลาง
10. ท่านดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว	1.89	.915	ต่ำ
การจัดการกับความเครียด			
11. เมื่อท่านมีภาวะเครียด ท่านรับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ	2.92	.953	ปานกลาง
12. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดบุตรหลานคนในครอบครัว เพื่อระบายความรู้สึก	2.72	.660	ปานกลาง
13. ท่านผ่อนคลายเครียดโดยการหางานอดิเรกที่ชอบหรือออกกำลังกาย	2.32	1.061	ปานกลาง
14. เมื่อท่านมีภาวะเครียด หรือมีปัญหาต่างๆ ท่านจะแก้ปัญหาด้วยตนเอง	2.31	.899	ปานกลาง
15. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านแก้ปัญหาโดยการไปนั่งสมาธิสวดมนต์ไหว้พระ	2.22	.970	ปานกลาง
ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี			
16. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านไปรับการรักษายาบาลที่สถานีนอนามัย/โรงพยาบาล	3.09	.728	สูง
17. ท่านซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย	2.80	.960	ปานกลาง
18. ท่านพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน	2.63	.731	ปานกลาง
19. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.54	1.021	ปานกลาง
20. ท่านชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ	2.35	.868	ปานกลาง

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล			
26. ท่านดูแลรักษาที่พักอาศัยให้สะอาดและเป็นระเบียบ	3.25	.717	สูง
27. ท่านอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	3.13	.770	สูง
28. ท่านสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	3.12	.665	สูง
29. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ต่างๆ ภายในบ้าน	3.02	.825	สูง
30. ท่านทำความสะอาดช่องปากหรือแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	2.86	.928	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ประมาณสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที ค่าเฉลี่ย 2.06 ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก เช่น วิ่ง จักรยาน กระโดดเชือก ค่าเฉลี่ย 1.55 ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ค่าเฉลี่ย 3.06 ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว ค่าเฉลี่ย 1.89 ด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อมีภาวะเครียด รับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ ค่าเฉลี่ย 2.92 ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อไม่สบายใจแก้ปัญหาโดยการ ไปนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ค่าเฉลี่ย 2.22 ด้านการตรวจสุขภาพ ประจำปี พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานีนอนามัย/โรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย 3.09 ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.35 ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ดูแลรักษาที่พักอาศัยให้สะอาดและเป็นระเบียบ ค่าเฉลี่ย 3.25 ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทำความสะอาดช่องปากหรือแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.86 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ก่อนจะข้ามถนนจะมองด้านซ้ายและด้านขวา เพื่อตรวจดูความปลอดภัยก่อน ค่าเฉลี่ย 3.52 ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อมีโอกาสขับจักรยานยนต์หรือนั่งซ้อนท้ายจะสวมหมวกนิรภัย ค่าเฉลี่ย 2.93

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
รายด้าน

(n = 321)		
ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับสูง	119	37.07
ระดับปานกลาง	82	24.55
ระดับต่ำ	120	37.38
$\bar{X} = 9.20$	S.D. = 3.357	
ด้านการรับประทานอาหาร		
ระดับสูง	133	41.43
ระดับปานกลาง	81	25.24
ระดับต่ำ	107	33.33
$\bar{X} = 13.62$	S.D. = 2.317	
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ระดับสูง	120	37.38
ระดับปานกลาง	104	32.40
ระดับต่ำ	97	30.22
$\bar{X} = 12.49$	S.D. = 2.491	
ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี		
ระดับสูง	104	32.40
ระดับปานกลาง	123	38.32
ระดับต่ำ	94	29.28
$\bar{X} = 13.41$	S.D. = 2.550	
ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล		
ระดับสูง	108	33.64
ระดับปานกลาง	126	39.26
ระดับต่ำ	87	27.10
$\bar{X} = 15.37$	S.D. = 3.039	

ตารางที่ 18 (ต่อ)

(n = 321)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ		
ระดับสูง	98	30.53
ระดับปานกลาง	122	38.01
ระดับต่ำ	101	31.46
$\bar{X} = 15.83$	S.D. = 3.049	

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.38 มีเพียงร้อยละ 24.55 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.43 มีเพียงร้อยละ 25.44 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.38 มีเพียงร้อยละ 30.22 อยู่ในระดับต่ำ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.32 มีเพียงร้อยละ 29.28 อยู่ในระดับต่ำ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.26 มีเพียงร้อยละ 27.10 อยู่ในระดับต่ำ และด้านการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.01 มีเพียงร้อยละ 30.53 อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม

(n = 321)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	84	26.17
ระดับปานกลาง	146	45.48
ระดับต่ำ	91	28.35
$\bar{X} = 79.91$	S.D. = 10.876	

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.48 รองลงมาในระดับต่ำ ร้อยละ 28.35 และระดับสูง ร้อยละ 26.17

ตอนที่ 6 การพิสูจน์สมมติฐาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และแรงสนับสนุนที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ตัวแปรที่มีการวัดเชิงคุณภาพ ระดับนามมาตรา (Nominal Scale) และระดับอันดับมาตรา (Ordinal Scale) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square Test ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ ระดับช่วงมาตรา (Interval Scale) และระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ผลการทดสอบสมมติฐานพบดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ						χ^2 -test	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	32	27.83	49	42.61	34	29.56	90.95	.000*
หญิง	59	28.64	97	47.09	50	24.27		
สถานภาพสมรส								
โสด	1	4.35	12	52.17	10	43.48		
คู่	53	32.72	65	40.12	44	27.16	219.83	.000*
ม่าย / หย่า / แยก	37	27.21	69	50.73	30	22.06		

ตารางที่ 20 (ต่อ)

(n = 321)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ						χ^2 -test	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การศึกษา								
ไม่ได้เรียน	26	27.08	48	50.00	22	22.92		
ประถมศึกษา	65	30.09	94	43.52	57	26.39		
มัธยมศึกษา / ปวช.	00	00.00	4	66.67	2	33.33	285.29	.000*
อนุปริญญา / ปวส.	00	00.00	00	00.00	2	100.00		
ปริญญาตรี / สูงกว่า								
ปริญญาตรี	00	00.00	00	00.00	1	100.00		
รายได้ต่อเดือน								
ต่ำกว่า 2,000 บาท	57	33.93	68	40.48	43	25.59		
2,000 - 2,999 บาท	23	25.84	50	56.18	16	17.98	341.37	.000*
3,000 - 3,999 บาท	10	25.00	19	47.50	11	27.50		
4,000 บาทขึ้นไป	1	4.17	9	37.50	14	58.33		
ลักษณะงานที่ทำ								
เกษตรกรรม	11	25.00	17	38.64	16	36.36		
ค้าขาย	4	20.00	15	75.00	1	5.00		
รับจ้าง	43	36.75	52	44.45	22	18.80	449.09	.000*
ข้าราชการบำนาญ	00	00.00	1	25.00	3	75.00		
ดูแลบ้าน/เลี้ยงหลาน	6	9.84	27	44.26	28	45.90		
ไม่ได้ทำงานอยู่เลย	27	36.00	34	45.33	14	18.67		
ภาวะสุขภาพ								
สุขภาพดี	11	26.19	16	38.10	15	35.71		
สุขภาพปานกลาง	56	27.45	96	47.06	52	25.49	229.45	.000*
สุขภาพไม่ดี	24	32.00	34	45.33	17	22.67		

* P < .001

จากตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

เพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุเพศชาย มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

สถานภาพสมรส พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่หรือม้าย / หย่า / แยก

การศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี และอนุปริญญาตรี/ปวส. มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและไม่ได้เรียน

รายได้ต่อเดือน พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 4,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท

ลักษณะงานที่ทำ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง ดูแลบ้านหรือเลี้ยงดูบุตรหลาน และไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเฉยๆ

ภาวะสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปานกลาง และสุขภาพไม่ดี

สรุป ตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ		(n = 321)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	.228	.000*
การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ	.363	.000*
	.152	.006**

* P < .001

** P < .01

จากตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.228$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 5.20 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.363$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 13.18 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.152$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 2.31 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

สรุป ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	.225	.000*
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ	.156	.005**

* P < .001

** P < .01

จากตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.225$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 5.06 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.156$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 2.43 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

สรุป ตัวแปรความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอผลตามลำดับตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

(n = 321)

การสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.454	.000*
การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ	.427	.000*
การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ	.355	.000*

* P < .001

จากตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.454$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 20.61 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.427$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 18.23 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.355$) ปริมาณความสัมพันธ์ ร้อยละ 12.60 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

สรุป ตัวแปรสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 กลุ่มตัวแปรทางชีวสังคมของบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

ในการทดสอบสมมติฐานในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรีหรือไม่ และตัวแปรใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เหมาะสำหรับตัวแปรที่มีระดับการวัดประเภทอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการนำมาคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่เป็นระดับนามมาตรา (Nominal Scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) (คูตีต, 2541)

นอกจากนี้การเสนอผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในบางครั้งอาจเกิดปัญหาทางด้านเทคนิคที่เกี่ยวกับการละเมิดข้อสมมติฐานหลักของการวิเคราะห์ถดถอยซึ่งก็คือข้อสมมติฐานที่ว่า ตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันมากไม่ได้ ผู้วิจัยจึงแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวคือ ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่เรียกว่าเมตริกความสัมพันธ์ (Correlation Matrix) เพื่อแสดงว่ามีการละเมิดข้อสมมติฐานดังกล่าวหรือไม่ (สุชาติ, 2540) ดังนี้

ตารางที่ 24 แสดงเมตริกสัมพันธ์ (Correlation Matrix) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

Var	sex	sta	educ	inc	task	hsta	BE	SE	OE	IS	MS	PS
sex	1.000											
sta	-.148	1.000										
educ	.011	.041	1.000									
inc	-.088	.205	-.162	1.000								
task	.012	-.083	-.064	.239	1.000							
hsta	-.114	-.006	.004	.257	-.217	1.000						
BE	.053	.029	-.044	.093	.041	-.034	1.000					
SE	-.121	-.205	.072	-.135	-.134	.206	-.368	1.000				
OE	.105	.116	.050	-.024	.086	-.149	-.393	-.294	1.000			
IS	.028	.017	-.154	-.036	-.031	-.158	-.092	-.029	.185	1.000		
MS	.100	.044	-.080	.001	-.047	.180	.169	-.154	.094	-.363	1.000	
PS	-.094	-.019	.141	-.012	-.013	-.057	-.197	.197	-.204	-.160	-.626	1.000

หมายเหตุ:

- sex = เพศ
- sta = สถานภาพสมรส
- educ = การศึกษา
- inc = รายได้ต่อเดือน
- task = ลักษณะงานที่ทำ
- hsta = ภาวะสุขภาพ
- BE = การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
- SE = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
- OE = ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ
- IS = การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- MS = การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ
- PS = การสนับสนุนด้านจิตใจ

จากตารางที่ 24 พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูง ($r < .8$) ที่จะก่อให้เกิดปัญหาการละเมิดข้อสมมติฐานที่กำกับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เป็นสิ่งที่บ่งชี้เบื้องต้นว่าผลที่ได้รับสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาได้เพราะปราศจากซึ่งปัญหาดังกล่าว

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 321)				
ลำดับขั้นตัวทำนาย	R	R ²	R ² _{change}	F
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.454	.204	.206	82.993*
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การรับรู้ความสามารถตนเอง	.510	.256	.260	55.963*
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การรับรู้ความสามารถตนเอง, การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค	.523	.266	.273	39.684***
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การรับรู้ความสามารถตนเอง, การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค, สถานภาพสมรส	.539	.286	.291	32.369**
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, การรับรู้ความสามารถตนเอง, การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค, สถานภาพสมรส, ภาวะสุขภาพ	.556	.299	.309	28.235*

* p < .001 ** p < .01 *** p < .05

ตารางที่ 26 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลสามารถ
ทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชูก
จังหวัดสุพรรณบุรี

(n = 321)

ตัวทำนาย	b	Beta	S.Eb	t
1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	1.314	.455	.136	9.691*
2. การรับรู้ความสามารถตนเอง	.359	.155	.131	2.741**
3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	.304	.145	.116	2.633**
4. สถานภาพสมรส	-2.095	-.118	.854	-2.454***
5. ภาวะสุขภาพ	-2.589	-.142	.883	-2.931**
ค่าคงที่ (Constant)	41.075		5.973	6.876

* p < .001 ** p < .01 *** p < .05

R = .556 R² = .299

F_{ของสมการ} = 28.235

จากตารางที่ 25 และตารางที่ 26 แสดงผลจากการใช้เทคนิควิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ตัว คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 29.90 (R² = .299) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวทำนายที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวก และตัวทำนายที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุดคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอันดับแรก ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 20.6 (R²_{change} = .206) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = .455) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมสุขภาพมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้สูงอายุมี

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นร้อยละ 20.6 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ความสามารถตนเอง เข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกร้อยละ 26.0 ($R^2_{\text{change}} = .260$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = .155) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองดีมีแนวโน้มที่จะทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกร้อยละ 27.3 ($R^2_{\text{change}} = .273$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = .145) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เมื่อเพิ่มตัวทำนายสถานภาพสมรสเข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกร้อยละ 29.1 ($R^2_{\text{change}} = .291$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = -.118) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ เมื่อเพิ่มตัวทำนายภาวะสุขภาพเข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกร้อยละ 30.9 ($R^2_{\text{change}} = .309$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = -.142) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สรุปได้ว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.9 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานเป็นบางส่วน

สามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ คือ

$$Y = b_0 + b_1(X_1) + b_2(X_2) + b_3(X_3) + b_4(X_4) + b_5(X_5)$$

$$\begin{aligned} \text{พฤติกรรมการ} &= 41.075 + 1.314 (\text{การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร}) + .359 \\ \text{ส่งเสริมสุขภาพ} & (\text{การรับรู้ความสามารถตนเอง}) + .304 (\text{การรับรู้ประโยชน์และ} \\ & \text{อุปสรรค}) - 2.095 (\text{สถานภาพสมรส}) - 2.589 (\text{ภาวะสุขภาพ}) \end{aligned}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z = B_1 (Z_1) + B_2 (Z_2) + B_3 (Z_3) + B_4 (Z_4) + B_5 (Z_5)$$

พฤติกรรมการณ์ = .455 (การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร) + .155 (การรับรู้ความ
ส่งเสริมสุขภาพ สามารถตนเอง) + .145 (การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค) - .118
(สถานภาพสมรส) - .142 (ภาวะสุขภาพ)

ข้อวิจารณ์

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาพบว่าประเด็นที่สำคัญที่ควรนำมาเป็นข้อวิจารณ์ ดังนี้

1. พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

พฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการณ์ออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.38 รองลงมาในระดับสูง ร้อยละ 37.07 และระดับปานกลาง ร้อยละ 24.55 สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุออกกำลังกายร้อยละ 36.1 พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย ประมาณสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 20-30

นาที่ ร้อยละ 8.40 ผู้สูงอายุออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ในแต่ละวันเฉลี่ยวันละประมาณ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 14.30 และมีเพียงร้อยละ 5.30 มีการ ออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก เช่น วิ่ง จักรยาน กระโดดเชือก

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.43 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 33.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.44 ผู้สูงอายุดื่ม น้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ร้อยละ 29.60 และไม่ดื่มกาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 44.50 มีเพียงร้อยละ 8.70 ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.38 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.40 และระดับต่ำ ร้อยละ 30.22 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดบุตรหลาน คนในครอบครัว เพื่อระบายความรู้สึกเมื่อไม่สบายใจ ร้อยละ 59.80 รองลงมา มีการผ่อนคลายเครียด โดยการหางานอดิเรกที่ชอบหรือออกกำลังกาย ร้อยละ 37.10 มีเพียง ร้อยละ 8.10 รับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเมื่อมีภาวะเครียด

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.32 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 32.40 และระดับต่ำ ร้อยละ 29.28 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปรับการ รักษาพยาบาลที่สถานีนอามัย/โรงพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 60.40 รองลงมา มีการพูดคุย กับเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 53.30 มีเพียงร้อยละ 8.40 มีการชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลง ของสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.26 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 33.64 และระดับต่ำ ร้อยละ 27.10 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ร้อยละ 55.50 รองลงมา มีการดูแลรักษาความสะอาด ของใช้ต่างๆ ภายในบ้าน ร้อยละ 50.80 และมีเพียงร้อยละ 30.50 ทำความสะอาดช่องปากหรือ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.01 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 31.46 และระดับสูง ร้อยละ 30.53 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองด้านซ้ายและด้านขวา ก่อน จะข้ามถนน เพื่อตรวจดูความปลอดภัยก่อน ร้อยละ 58.30 รองลงมา มีการเก็บอุปกรณ์/เครื่องใช้ต่างๆ ไว้มีดชิด ร้อยละ 46.40 และมีเพียงร้อยละ 37.40 สวมหมวกนิรภัยขณะขับจักรยานยนต์หรือนั่ง ซ้อนท้าย

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรม กรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.48 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 28.35 และ ระดับสูง ร้อยละ 26.17 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 22.00 และระดับสูง ร้อยละ 18.00 และการศึกษาของนงรัตน์ (2549) ที่พบว่า พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรม กรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ปัจจัยทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

เพศ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.2 ซึ่งมากกว่าเพศชายที่มีร้อยละ 35.8 เมื่อทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรม กรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากกว่าเพศหญิง ซึ่ง Orem (1980) กล่าวว่า เพศ นอกจากจะเป็นปัจจัย ที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพใน ครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย รวมทั้งยังเป็นสิ่งแสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงสุขภาพ พลั่งอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

นพวรรณ (2542) อารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และการศึกษาของ กันยารัตน์ และรุจิระชัย (2548) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50.5 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมามีสถานภาพสมรสฝ่าย/หย่า/แยก ร้อยละ 42.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ หรือฝ่าย/หย่า/แยก แสดงให้เห็นว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกันยารัตน์ และรุจิระชัย (2548) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 67.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาไม่ได้เรียน ร้อยละ 29.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (มัธยมศึกษา ปวช. อนุปริญญา ปวส. ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ การศึกษานับเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งประภาเพ็ญและสวิง (2534) กล่าวว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารญา (2544) วารินทร์ (2547) และปานทิพย์ (2548) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกันยารัตน์ และรุจิระชัย (2548) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 52.3 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท รองลงมา มีรายได้ตั้งแต่ 2,000 – 2,999 บาท ร้อยละ 27.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 4,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูงมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท ซึ่ง Pender (1982) กล่าวว่า ผู้ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีความสุขกายสบายใจ มีการกินดีอยู่ดี มีการดูแลสุขภาพพอนามัยมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) อารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะงานที่ทำ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 36.4 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเฉยๆ ร้อยละ 23.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานที่ทำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 75.0 รองลงมาผู้สูงอายุที่ดูแลบ้าน/เลี้ยงดูบุตรหลานมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 45.9 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) ที่พบว่า ลักษณะงานที่ทำไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 63.5 มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง รองลงมา มีภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 23.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปานกลางและมีภาวะสุขภาพไม่ดี ซึ่ง Orem (1980) กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมเต็มความสามารถ ภาวะที่ร่างกายมีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามพัฒนาการของวัยผู้สูงอายุ หรือการมีโรคประจำตัว หรือมีความเจ็บป่วย ย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายมีความจำกัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) และอารญา (2544) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 38.01 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 33.64 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.228$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่ง Pender (อ้างใน ดวงเดือน, 2539) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ผลด้านบวกว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อตน บุคคลที่มีการรับรู้นี้มีแนวโน้มว่าจะออกกำลังกาย สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายว่าเกิดผลดีต่อตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะมีการปฏิบัติกรออกกำลังกายได้บ่อยกว่า และมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มบุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระยะสั้นกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารญา (2544) และวารินทร์ (2547) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของนพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.58 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 28.97 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมี ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.363$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอารญา (2544) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็น โรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.28 รองลงมาในระดับสูง ร้อยละ 30.22 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมี ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.152$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นอย่างน้อยที่สุด โรคนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร และการศึกษาของ นพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอารญา (2544) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.47 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 28.97 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.225$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ (2542) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอารญา (2544) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของวารินทร์ (2457) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.77 รองลงมาระดับต่ำ ร้อยละ 26.18 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.156$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพวรรณ (2542) ที่พบว่า การคาดหวังในผลดีด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอารญา (2544) ที่พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=.218$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปร การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านจิตใจ ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.24 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 28.35 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.09 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 27.73 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.454$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 38.01 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.07 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.427$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

การสนับสนุนด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.45 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 33.64 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านจิตใจกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=.355$) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารญา (2544) ที่พบว่า การได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการออกกำลังกาย ประกอบด้วยตัวแปร การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านจิตใจ ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุภาพรณ (2546) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การศึกษาของวารินทร์ (2547) ที่พบว่า การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพจาก อบต. ความชัดเจนของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อบต. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังคัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของชลธิชา และ จิราพร (2549) พบว่า ปัจจัยด้านการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ อาทิตย์ และ อุษา (2549) ที่พบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ ลักษณะการดำเนินชีวิตในวัยเด็ก การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนจากแหล่งอื่น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนจากสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 29.90

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอันดับแรก ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 20.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมสุขภาพมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นร้อยละ 20.6 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ความสามารถตนเองเข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกร้อยละ 26.0 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองมีแนวโน้มที่จะทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เมื่อเพิ่มตัว

ทำนายการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 27.3 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เมื่อเพิ่มตัวทำนายสถานภาพสมรสเข้าไป พบว่าสามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 29.1 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ เมื่อเพิ่มตัวทำนายภาวะสุขภาพเข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 30.9 พบว่ามีความสัมพันธ์ ทางลบ

เมื่อจำแนกตัวแปรที่ศึกษาจากปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งหาตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ ที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยหลายๆ ปัจจัยร่วมกันเสมอ ไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาเพียงปัจจัยเดียว เพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็น โรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา และทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (อ้างใน สมโภชน์, 2539) กล่าวว่าไว้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถตนเองว่าจะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของบุคคลแต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Becker and Milman (อ้างใน ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2534) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter (1991) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ และ การศึกษาของ Petosa and Jackson (1991) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการ ทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยชักนำ เช่น ข้อมูลความรู้ ข่าวสาร คำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การศึกษาของ Lee (2000) พบว่า สิ่งกระตุ้นในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก คือคำแนะนำของสมาชิกใน ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ จะช่วยเพิ่มแรงกระตุ้นในการมารับการตรวจที่เพิ่มขึ้นของสตรี

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล จะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบหลายๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนหรือกำหนด วิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งการพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัย อันจะนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสม มีสุขภาพที่แข็งแรงและสมบูรณ์ ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นภาระแก่บุตรหลาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุ จำนวน 1,621 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 321 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยวิธีของ Cronbach Alpha Coefficient พบว่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในภาพรวมเท่ากับ .954 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .852 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .797 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .760 การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .867 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .759 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .825 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .762 โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้จะต้องประกอบด้วยหลายปัจจัย ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่ต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ได้กำหนดไว้ดังนี้

2.1 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.2 และเพศชาย ร้อยละ 35.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 52.3 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 63.5 เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับคนที่อยู่ในวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเท่ากับคนอื่น ร้อยละ 53.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 62.9

ผลการศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.58 และ 48.28 ตามลำดับ

ผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.47 และ 50.77 ตามลำดับ

ผลการศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.09 และ 36.45 ตามลำดับ ส่วนการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 38.01

จากการศึกษาในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.48 รองลงมา มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 28.35 และมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 26.17

2.2 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะงานที่ทำ และภาวะสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ผลการศึกษาตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ผลการศึกษาตัวแปรความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ผลการศึกษาตัวแปรสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการได้รับการสนับสนุน

ด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

2.3 เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

จากการศึกษา พบว่า มีตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จำนวน 5 ตัวแปร โดยมีตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และสถานภาพสมรส ตัวสุดท้ายคือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ 29.9 แสดงว่าตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 29.9 จึงเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. ควรจัดให้มีการกำหนดนโยบายที่จะส่งเสริมพัฒนาตัวแปรด้าน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาวางแผนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนผู้นำต่างๆ ในชุมชน เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ และให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ

2. องค์กรบริหารส่วนตำบล และผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่เน้นการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติงานประจำปี เน้นการพัฒนาทั้งด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุและประชากรผู้สูงอายุเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตัวอย่างเช่น มีโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โครงการให้ความรู้แก่นักเรียน ในเรื่องการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นต้น และมีการกำหนดนโยบายส่งเสริมเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนกับชุมชนอื่นๆ โดยเข้าร่วมองค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และความร่วมมือกับกลุ่มชุมชนอื่นๆ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

3. สถานบริการสาธารณสุข ควรมีการประสานงาน ประชุม สัมมนา หรือการจัดฝึกอบรมร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จำเป็นต้องมีการสร้างและพัฒนาให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืนตลอดไป

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติการ

1. องค์กรบริหารส่วนตำบล ควรให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างยั่งยืน มีการจัดกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และโทษหรือผลกระทบจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

2. จัดทำแผนระยะสั้น โดยการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและสนใจที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ เพราะจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง เช่นจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนในผู้สูงอายุ

3. ควรส่งเสริมและพัฒนาให้มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม และสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชน ได้จัดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้และทำกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

4. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมวันครอบครัว เพื่อผู้สูงวัย การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุในชุมชน โดยองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ)

5. จัดให้มีกลุ่มเพื่อนสูงวัยช่วยเพื่อนสูงวัย โดยการรวมกลุ่มระหว่างผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างได้ อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุและเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนและมีคุณภาพ

6. จัดให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ตามที่ตนถนัด เช่น การเป็นอาสาสมัครดูแลอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ณ สถานพยาบาล โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น หรือเป็นผู้นำถ่ายทอดภูมิปัญญาต่างๆ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี แก่ลูกหลานและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่ออำนาจในตน ขนบธรรมเนียมประเพณี

2. ควรทำการวิจัยที่ชุมชนมีส่วนร่วม (action research) ตามที่ชุมชนให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยภูมิปัญญาที่มีในท้องถิ่น นอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างตลอดจนการดูแลด้าน

จิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อจะได้ข้อมูลพื้นฐานในอันที่จะนำมาวางนโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอยู่จริง

3. ศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

4. ควรทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2535. **สถานการณ์ของประเทศไทย**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

_____. 2547. **สุขภาพประชาชนไทย**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กองสุศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2537. **แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. โรงพิมพ์กองสุศึกษา, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

_____. 2542. **แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538. **หลักสูตรการปฏิบัติและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กอบกุล ประเสริฐลาภ. 2549. **เอกสารประกอบการสอน วิชาการสร้างเสริมสุขภาพ**. มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี, กาญจนบุรี.

กันยรัตน์ อุบลวรรณ และ รุจิระชัย เมืองแก้ว. 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับการรู้คิดของผู้สูงอายุในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุข เขต 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. เจริญกุลการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. **การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ**. อรุณการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

จรรยา สุวรรณทัต. 2541. เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก สาขา
คหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 8-15 เรื่อง ความเชื่อเกี่ยวกับการ
การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 12. ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.

จินตนา ยูนิพันธ์. 2532. การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการ
พยาบาล. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

แจก ชนะสิริ. 2540. คู่มือทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีสุข. ป.สัมพันธ์พาณิชย์, กรุงเทพฯ.

เฉลิมพล ตันสกุล. 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชา
พาณิชย์, กรุงเทพฯ.

เจลิยว บุรีภักดี. 2527. จิตวิทยาสังคม. โรงพิมพ์คุรุสภา, กรุงเทพฯ.

ชลธิชา จันทะศิริ, จิราพร เกษพิชญพัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2549. พฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์,
ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัยยศ อิ่มสุวรรณ. 2538. การศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ. มติชน 16 (5): 25.

ชุกดา จิตติพิทักษ์. 2532. พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2531. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ศุภานิชการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

_____. 2538. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ศุภานิชการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ดวงใจ เปลียนบำรุง. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัด
ชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ดวงเดือน พันธุโยธี. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดุสิต สุจิรารัตน์. 2541. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for WINDOWS เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทจุดทอง จำกัด, กรุงเทพฯ.
- นงรัตน์ โมปลอด. 2549. พฤติกรรมสร้างเสริมของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช.
- นพวรรณ ภัทรวงศา. 2542. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทศักดิ์ เศษสุวรรณ. 2547. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข. ภาคนิพนธ์ปริญญาโท, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- น้ำทิพย์ มะลิ. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2526. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. รายงานการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- _____. 2531. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. รายงานการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. โรงพิมพ์เจริญผล, กรุงเทพฯ.
- _____. 2542. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2546. คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์.
พิมพ์ครั้งที่ 7. จามจุรีโปรดักท์, กรุงเทพฯ.

_____. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. โรงพิมพ์เจริญผล, กรุงเทพฯ.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15
เรื่อง จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
ชวนพิมพ์, นนทบุรี.

บุรณี ชีพบริสุทธิ์. 2540. การศึกษาความรู้เรื่องเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคเอดส์ในผู้บริจาคโลหิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจมา เลหาพูนรังสี. 2534. ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการกับการ
ปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัญญา โพธิ์ศิริรัตน์. 2550. การวิเคราะห์ข้อมูลโดย SAS และ SPSS. สำนักพิมพ์กฤตญาดา,
กรุงเทพฯ.

ปรศนี ศรีวิชัย. 2540. ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื่อเฉียบพลัน
ระบบหายใจ ของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง ในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม อำเภอ
ขุนตาล จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวีง สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษา. เจ้าพระยา
การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

_____. 2538. การศึกษาสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ.
รายงานการศึกษาได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

ประสพ รัตนากร. 2509. ปัญหาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป. สำนักพิมพ์พัฒนา, กรุงเทพฯ.

_____. 2526. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

ปานทิพย์ ปุราณนท์. 2548. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2550. จิตวิทยาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

มัลลิกา มัติโก. 2530. แนวความคิดในการพัฒนาการดูแลตนเอง. สำนักพิมพ์แสงแดด, กรุงเทพฯ.

ยุทธ ไกยวรรณ. 2551. วิเคราะห์ข้อมูลวิจัย 4. บริษัทพิมพ์ดี จำกัด, กรุงเทพฯ.

เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ. 2543. การศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย. แผนการศึกษาและวิจัยสุขภาพประชาชาติ พ.ศ. 2543, กรุงเทพฯ.

รุจิณาด อรรถดิษฐ์. 2541. สถานะภาพและบทบาทการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน. สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์. 2530. ประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาเรื่องกามโรคแก่หญิงอาชีพพิเศษแบบเพื่อนสอนเพื่อนในสถานบริการอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2539. กองทุนส่งเสริมสุขภาพ: ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประชาชนไทย, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องวิสัยทัศน์และการปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย, กรุงเทพฯ.

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. 2549. จิตวิทยาการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, กรุงเทพฯ.

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. 2542. การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจริญดีการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

วิชัย เทียนถาวร. 2547. เอกสารอัดสำเนาประกอบการบรรยายเรื่องแนวคิดและแนวทางการสร้างสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

วิทยา ศรีดามา. 2545. ตำราอายุรศาสตร์ 1 ฉบับที่ 6. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

วิฑูร แสงสิงแก้ว. 2533. แผนการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ. โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ.

วารินทร์ ปุยทอง. 2547. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____. 2545. อาหารทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____. 2545. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรค ผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. คู่มือการประเมินภาวะ
โภชนาการในผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทาง
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : หลักการ วิธีการ และการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
โรงพิมพ์เลี้ยงเชียง, กรุงเทพฯ.

สุดารัตน์ สันติวงสานนท์. 2545. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุพัตรา สุภาพ. 2531. สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี.
พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, กรุงเทพฯ.

สุภาพรณ์ เกื้อสุวรรณ. 2546. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมตนเองและครอบครัว
ของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุภาพรณ์ ดั่งวงพง. 2531. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแล
ตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อหุ้มท้องด้วยตนเอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2541. การส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุขุมล แส่นพวง. 2543. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุรเกียรติ อชานานุกาพ. 2541. **วิวัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. สำนักพิมพ์
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. 2541. **การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อ
เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

_____. 2544. **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน,
กรุงเทพฯ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก. 2549. **รายงานประจำปี 2549**. (เอกสารโรเนียว)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. 2549. **รายงานประจำปี 2549**. (เอกสารโรเนียว)

_____. 2550. **รายงานประจำปี 2550**. (เอกสารโรเนียว)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **สถิติสาธารณสุข**. กระทรวง
สาธารณสุข, นนทบุรี.

_____. 2549. **สถิติสาธารณสุข**. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2545. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

เหยียน จุน. 2542. **การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการออกกำลังกายและกิจกรรมการ
ออกกำลังกาย ในนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อาทิตย์ ภูมิสวัสดิ์, รัตยานภิส พละศึก และ อุษา จันทร์แย้ม. 2549. **รูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาพรุ อำเภอยะพราง จังหวัดนครศรีธรรมราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช.

อารญา โถวรุ่งเรือง. 2544. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

Bandura, A. 1994. **Self Efficacy.** V. S. Ramahadran (ed). **Encyclopedia of Human Behavior.** University of California. Acedamic Press, California.

_____. 1977. **Self Efficacy: Toward Unifying Theory of Behavioral Change.** Psychological Review. Holt, Rinehart and Winston, New York.

Becker, M. H. 1974. The health belief model and sick role behavior. **Health Education Monographs** 5(4): 409-417.

Becker, M. H. 1977. The health belief model and prediction of diary compliance: a field experiment. **Journal of Health and Social Behavior.** 6(1): 18.

Becker, M.H., R.H. Drachman and J.P. Kirscht. 1974. Mothers health beliefs and children's clinic visits: a prospective study. **Journal of Community Health.** 3: 125-135.

Best, J.W. 1977. **Research in Education.** Prentice-hill, New Jersey.

Brown, J.S. and M. McCreedy. 1986. The hale elderly: health behavior and its correlates. **Research in Nursing and Health.** 9(4): 317-329.

Burak, L.J., and M. Meyer. 1997. Using the health belief model to examine and predict college women' s cervical cancer screening belief and behavior. **Health Care for Woman International.** 5(11): 20.

- Caplan, R.D. 1976. **Adhering to Medicine Regimens: Pilot Experiment in Patient Educational and Social Support.** An Arbor: University of Michigan, U.S.A.
- Cobb, S. 1976. **Social Support and Health.** Academic Press, New York.
- _____. 1976. **Social Support as a Moderator of Life Stress.** Psychosomatic Medicine.
- Connelly, C.E. 1987. Self care and the chronic ill patient. **Nursing Clinics of North America.** 38(11-12): 300314.
- Good, C.V. 1979. **Dictionary of Education.** Mc Graw – Hill Book Company, New York.
- Green, L.W. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning; An Educational And Environmental Approach.** Mayfield Publishing Company, Toronto.
- Hijeck, T.W. 1984. The health belief and cardiac rehabilitation. **Nursing, Clinics of North America.** 2(3): 402.
- Israel, B.A. 1985. Social network and social support implications for nation helper and community level kinterventions. **Health Education Quarterly.** (12): 66.
- Jech, A.O. 1982. Preventing falls in the elderly. **Geriatric Nursing.** 8(3): 177.
- Kanh, R.L. 1979. **Aging and Social Support.** Westview press, Colorado.
- Kaplan, G.A., T.E. Seeman and R.D. Kohen. 1994. Mortality among the elderly in the alameda country study: behavioral and demographic risk factors. **American Journal of Public Health.** 3(7) 19.
- Karl, S.B. 1983. **Psychosocial Environment: A Health Promotion Model.** International Quarterly of Community Health Education.

- Kasl, S.V. and S. Cobb. 1985. **Health Behavior, and Sick Role Behavior: Health and Illness Behavior.** In P. Greenwald, A. G. Ershow, W. D. Novalli, and C. M. Benton (Eds), *Cancer, diet and nutrition: A comprehensive sourcebook.* Illinois: Marquis Who's Who, Inc.
- King, J. 1984. The health belief model. **Nursing time.** 6(9): 91.
- Klinger, M. 1984. Compliance and the post MI patient. **The Canadian Nurse.** 3(1): 224.
- Lee, M.C. 2000. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women. **Cancer Nursing.** 7(2): 420.
- Murray, R.B. and J.P. Zentner. 1993. **Nursing Assessment and health promotion strategies Through the Life-span.** 5th ed. Appleton & Lange, New York.
- Nemcek, M.A. 1990. Health beliefs and preventive behavior: a review of research literature. **AAOHN Journal.** 6(2): 27.
- .
- Orem, D. 1980. **Nursing: Concept to Practice.** 2nd ed., Mc Graw-Hill Book Company, New York.
- Parse. 1990. **Promotion and prevention two distinct cosmologies.** Nursing Science Quaterly, New York.
- Pender, N.J. 1982. **Health Promotion in Nursing Practice.** Appleton Century-Crofts, New York.
- _____. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice** 2nd ed., Appleton & Lange, U.S.A.
- _____. 1997. **Health Promotion in Nursing practice.** 3rd ed. Connecticut, New York.

- Phipps, W.J., B.C. Long and N.F. Wood. 1983. **Medical surgical nursing** (2nd ed.).
Mosby Year Book, Saint Louis
- Pilisuk, M. 1982. Delivery of social support: the social inoculation. **American Journal Orthoppsychosociety**. 52: 20-31.
- Rokeach, M. 1970. **Belief, attitudes and values**. SC: Jossey-Bass.
- Rosenstock, I.M. 1974. The health belief model and prevention health behavior.
Health Education Monograph. 2(4): 330-335.
- Tirrell, B.E. and L.K. Hart. 1980. The relationship of health belief and knowledge to exercise compliance in patient after coronary bypass. **Heart & Lung**. 12: 93-100.
- Walker, S.N. 1988. Health promoting lifestyle of older-adults comparisons with young and middle-aged adults corriates and patterns. **Advance in Nursing Science**. 11:76-90.
- WHO. 1986. **Ottawa Charter for Health Promotion**. The first international conference
On health promotion, Ontario, Canada.
- Yamanae, T. 1973. **Statistics: Antroductory Analysis**. Harper International Edition, Tokyo
Japan.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. นายแพทย์สุรินทร์ ประสิทธิ์หิรัญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
2. นายเอนก อ่ำสกุล สาธารณสุขอำเภอสามชุก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก
จังหวัดสุพรรณบุรี
3. ดร. สุกจิตรา นิลเลิศ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก
จังหวัดสุพรรณบุรี
4. ดร. เพ็ชรน้อย ศรีผดพ่อง นักวิชาการสาธารณสุข 7
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
จังหวัดสุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์
การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

คำชี้แจง ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ชุดนี้แบ่งออกเป็น 8 ส่วน

	แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางชีวสังคมของ
ส่วนที่ 1	ผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 2	แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
ส่วนที่ 3	แบบสัมภาษณ์โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
ส่วนที่ 4	แบบสัมภาษณ์ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ
ส่วนที่ 5	แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
ส่วนที่ 6	แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ
ส่วนที่ 7	แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ
ส่วนที่ 8	แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1	การออกกำลังกาย
ตอนที่ 2	การรับประทานอาหาร
ตอนที่ 3	การจัดการกับความเครียด
ตอนที่ 4	การตรวจสุขภาพประจำปี
ตอนที่ 5	การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล
ตอนที่ 6	การป้องกันอุบัติเหตุ

นางพนัชญา ประดับสุข

นิสิตปริญญาโท (ภาคพิเศษ) สาขาสุขศึกษา
 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ลงใน () ที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์และเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. คู่
() 3. ม่าย / หย่า / แยก

3. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา / ปวช. () 4. อนุปริญญา / ปวส.
() 5. ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- () 1. ต่ำกว่า 2,000 บาท () 2. 2,000-2,999 บาท
() 3. 3,000-3,999 บาท () 4. ตั้งแต่ 4,000 บาทขึ้นไป

5. ลักษณะงานที่ท่านทำในปัจจุบัน

- () 1. เกษตรกรรม () 2. ค้าขาย
() 3. รับจ้าง () 4. ข้าราชการบำนาญ
() 5. ดูแลบ้าน / เลี้ยงดูบุตรหลาน () 6. ไม่ได้ทำงานอยู่บ้านเฉย ๆ

6. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

- 6.1 ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร
- () 1. สุขภาพดี () 2. สุขภาพดีปานกลาง ป่วยเป็นบางครั้ง
- () 3. สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อย ๆ
- 6.2 เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อายุรุ่นราวคราวเดียวกัน สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
- () 1. แข็งแรงกว่าคนอื่น () 2. เท่ากับคนอื่น
- () 3. แย่กว่าคนอื่น

6.3 ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องไปพบแพทย์เป็นประจำหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุ.....

6.4 ท่านมีอาการหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้

หรือไม่

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่เป็นคำตอบของแบบสัมภาษณ์
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง มีอาการน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 บ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์
 ประจำ หมายถึง มีอาการมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์

ข้อ	ข้อความ	ไม่มี	ความถี่ของอาการ		
			นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ
1.	อาการใจสั่น				
2.	ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบ หายใจไม่สะดวก				
3.	อาการปวดท้องจากโรคกระเพาะอาหาร				
4.	ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย เช่น ปัสสาวะขัด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูก				
5.	ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตาพร่ามัว ต้อหิน				
6.	ปัญหาเกี่ยวกับเหงือกและฟัน				
7.	ปัญหาเกี่ยวกับหู เช่น หูอื้อ ได้ยินไม่ชัดเจน				
8.	อาการนอนไม่หลับ				
9.	การทรงตัวไม่ดีมีอาการเดินเซ				
10.	ปัญหาเกี่ยวกับกระดูก เช่น ปวดข้อ ปวดเข่า				
11.	ปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย				
12.	ปัญหาเกี่ยวกับความจำ มีอาการหลงลืม				

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น				
2.	การออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงาน				
3.	การออกกำลังกายต้องมีสถานที่เฉพาะ ทำให้ลำบากในการเดินทางไปสถานที่นั้น				
4.	การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ทุกวัน ทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น				
5.	การรับประทานอาหารเสริมช่วยป้องกันโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ				
6.	การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือทำให้ได้รับคุณค่าทางอาหารต่ำ				
7.	การผ่อนคลายเครียดเป็นสิ่งไม่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต				
8.	การลดความเครียดจะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง				
9.	การระบายความในใจให้ผู้อื่นฟังเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมและน่าอาย				
10.	การไปตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้เสียเวลา				
11.	การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น				
12.	การอาบน้ำทุกวัน ช่วยป้องกันโรคผิวหนัง ทำให้ร่างกายสะอาด				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
13.	การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วย ป้องกันเหงือกอักเสบ และ โรคในช่องปาก				
14.	การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งจำเป็นใน ผู้สูงอายุ				
15.	เมื่อจับจีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ แม่ ระยะทางสั้น ๆ ควรสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้หัวใจ ทำงานหนักเกินไป				
2.	การออกกำลังกายจะทำให้เป็นลมได้ง่าย				
3.	การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้กระดูก เปราะและแตกหักได้ง่ายขึ้น				
4.	การออกกำลังกายทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพ ได้ง่ายเนื่องจากต้องออกแรงมาก				
5.	การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วย ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
6.	การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน				
7.	การรับประทานน้ำปลา กะปิ ปลาเค็ม ปลาร้า หมูเค็ม ผักกาดดอง ไม่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
8.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์เป็นส่วนประกอบทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด				
9.	ผู้สูงอายุที่มีความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย				
10.	การพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องเมื่อมีภาวะเครียดทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น				
11.	การไปตรวจสุขภาพประจำปีช่วยป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ				
12.	การไปตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
13.	การตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน				
14.	การแปรงฟันทุกวันช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคในช่องปากหรือเหงือกอักเสบ				
15.	การไม่ขับจี้รถจักรยานยนต์ / รถยนต์ ในผู้สูงอายุ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหรือภาวะจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ออกกำลังกายจะทำให้อาการของโรคหัวใจรุนแรงมากขึ้น				
2.	การเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจเสื่อมสภาพที่เกิดจากการไม่ออกกำลังกายทำให้เสียชีวิตโดยฉับพลันได้				
3.	การเป็นโรคอ้วนที่เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่มีผลเสียต่อภาวะสุขภาพ				
4.	การมีน้ำหนักตัวมากที่เกิดจากการรับประทานอาหารมาก ๆ ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ				
5.	การไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้เสียชีวิตได้โดยไม่รู้ตัว				
6.	การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ทำให้ลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดได้				
7.	การเจ็บป่วยจากการไม่ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ไม่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด				
8.	การเจ็บป่วยจากการไม่ป้องกันอุบัติเหตุ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก				
9.	การเจ็บป่วยจากการไม่ป้องกันอุบัติเหตุ ทำให้เสียเวลาในการทำงานมาก				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10.	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่ป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ไม่มีผลต่อการเพิ่มของค่าใช้จ่ายในการรักษา				
11.	การรักษาความสะอาดของร่างกายเป็นประจำ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคผิวหนังน้อยลง				
12.	การไม่ดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก ไม่ทำให้เกิดโรคในช่องปากเพิ่มขึ้นหรือเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่องปาก				
13.	การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลในผู้ที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว ไม่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้ใช้เวลารักษาพยาบาลมากขึ้น				

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านสามารถออกกำลังกายได้ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป				
2.	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันเป็นประจำ				
3.	ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายได้				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4.	ท่านไม่สามารถใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร				
5.	ท่านไม่สามารถจัดความเครียดของตนเองได้				
6.	ท่านไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้				
7.	ท่านใช้ยาคลายเครียดเมื่อเกิดความเครียด				
8.	ท่านนอนหลับได้โดยไม่ใช้ยานอนหลับ				
9.	ท่านจะเล่าเรื่องไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟังเสมอเมื่อมีปัญหา				
10.	ท่านไปตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วย				
11.	ท่านจะรักษาความสะอาดร่างกายให้สะอาดเป็นประจำทุกวัน				
12.	ท่านสามารถแปรงฟันได้หลังอาหารทุกมื้อ				
13.	ท่านไม่สามารถรักษาความสะอาดบ้านเรือนหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านได้ทุกวัน				
14.	ท่านสามารถเก็บข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ ตลอดจนของมีคมไว้ในที่มีขีดเสมอ				

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การออกกำลังกายในผู้สูงอายุไม่ได้ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงเพิ่มขึ้น เนื่องจากอายุมากแล้ว				
2.	เมื่อท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ท่านกระฉับกระเฉง ว่องไว				
3.	เมื่อท่านได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคความดันโลหิตสูงได้				
4.	เมื่อท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ช่วยให้ระบบขับถ่ายดี ท้องไม่อืด				
5.	การซื้อวิตามินหรือยาบำรุงมารับประทานเสริมเป็นประจำ จะช่วยให้มีสุขภาพดี				
6.	การรับประทานนมเสริมแคลเซียม จะช่วยให้ระบบกระดูกแข็งแรง ไม่เป็นโรคกระดูกพรุน				
7.	การนั่งสมาธิช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้				
8.	การแก้ปัญหาภาวะเครียดหรือเวลาไม่มีเรื่อง ทุกข์ใจด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน จะทำให้ไม่ต้องทุกข์ใจเพิ่มมากขึ้น				
9.	การรดน้ำ ปลูกต้นไม้ พรวนดิน เป็นสิ่งที่ท่านปฏิบัติแล้วช่วยให้เพลิดเพลิน ไม่มี ภาวะเครียด				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10.	การไปรับการตรวจสุขภาพ วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ในผู้สูงอายุ ไม่ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น				
11.	เมื่อท่านดูแลสุขภาพตนเองทุกด้านเป็นประจำ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล				
12.	การทำความสะอาดร่างกายไม่สามารถป้องกันโรคผิวหนังได้ เนื่องจากระบบผิวหนังของผู้สูงอายุเสื่อมตามวัย				
13.	การรักษาความสะอาดช่องปาก ไม่สามารถป้องกันโรคในช่องปากหรืออาการเหงือกอักเสบได้ เนื่องจากระบบในช่องปากของผู้สูงอายุเสื่อมตามวัย				
14.	การป้องกันอุบัติเหตุในขณะที่อายุมากขึ้น ช่วยให้เกิดภาวะการบาดเจ็บที่รุนแรง ป้องกันการเกิดอัมพาต				
15.	แม้ท่านอายุมากขึ้น การวิ่งเร็วๆ ช่วยให้ท่านมีร่างกายที่กระฉับกระเฉง ทำงานหรือไปถึงจุดหมายได้รวดเร็ว ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน				

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่เป็นคำตอบของแบบสัมภาษณ์

ได้รับมาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์
ได้รับปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุน 4 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์
ได้รับบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุน 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ได้รับ	หมายถึง	ได้รับน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการได้รับการสนับสนุน			
		ได้รับ มาก	ได้รับ ปาน กลาง	ได้รับ บ้าง เล็กน้อย	ไม่ ได้ รับ
	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
1.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
2.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล				
3.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์/วิทยุ				
4.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากเพื่อนบ้าน				
5.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน				
6.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว				
	การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ				
7.	สมาชิกในครอบครัวจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพให้ เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย				
8.	อาสาสมัครสาธารณสุขจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพให้				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการได้รับการสนับสนุน			
		ได้รับ มาก	ได้รับ ปาน กลาง	ได้รับ บ้าง เล็กน้อย	ไม่ได้ รับ
9.	องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพ				
10.	องค์การบริหารส่วนตำบลจัดเตรียมสถานที่ในการออกกำลังกายให้				
11.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการออกกำลังกายให้				
	การสนับสนุนด้านจิตใจ				
12.	สมาชิกในครอบครัวสนใจดูแลช่วยเหลือในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ				
13.	สมาชิกในครอบครัวสนใจดูแลพาท่านไปรับการตรวจสุขภาพ				
14.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน				
15.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการส่งเสริมสุขภาพ				
16.	สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกล่าวชื่นชมเมื่อท่านไปรับการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะน้ำตาลในเลือด				

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือที่เป็นคำตอบของแบบสัมภาษณ์

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ (6 – 7 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติมาก หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ไม่เป็นประจำ (4 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หรือนานๆ ครั้ง (2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ปฏิบัติน้อยจนถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย (0 – 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ			
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
	การออกกำลังกาย				
1.	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ ประมาณ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที				
2.	ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการ ออกกำลังกาย				
3.	ท่านได้ออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ ประมาณ 1 ชั่วโมง				
4.	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย หรือ บริหารกล้ามเนื้อ รำมวยจีน ดึงยางยืด ไม้พรงเป้าบุญมี การเดินบริหารร่างกาย				
5.	ท่านออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก เช่น วิ่ง จักรยาน กระโดดเชือก				
	การบริโภคอาหาร				
6.	ท่านรับประทานผักและผลไม้ต่างๆ				
7.	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว				

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
	การบริโภคอาหาร (ต่อ)				
8.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมันเจือปน				
9.	ท่านดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว				
10.	ท่านดื่มกาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง				
	การจัดการกับความเครียด				
11.	เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิด บุตรหลาน คนในครอบครัว เพื่อระบายความรู้สึก				
12.	เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านแก้ปัญหาโดยการไปนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ				
13.	ท่านผ่อนคลายเครียดโดยการหางานอดิเรกที่ชอบหรือออกกำลังกาย				
14.	เมื่อท่านมีภาวะเครียด ท่านรับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ				
15.	เมื่อท่านมีภาวะเครียด หรือมีปัญหาต่างๆ ท่านจะแก้ปัญหาด้วยตนเอง				
	ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี				
16.	ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
17.	ท่านซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย				
18.	ท่านชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ				

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			
		ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
	ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี (ต่อ)				
19.	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านไปรับการรักษา พยาบาลที่สถานอนามัย/ โรงพยาบาล				
20.	ท่านพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นใน เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน				
	ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล				
21.	ท่านอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง				
22.	ท่านทำความสะอาดช่องปากหรือแปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง				
23.	ท่านสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง				
24.	ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ต่างๆ ภายในบ้าน				
25.	ท่านดูแลรักษาที่พักอาศัยให้สะอาดและเป็น ระเบียบ				
	ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ				
26.	ท่านเก็บอุปกรณ์/เครื่องใช้ที่มีคมต่างๆมิดชิด				
27.	เมื่อมีโอกาสนั่งรถยนต์ (ตอนหน้าของรถ) ท่านจะรัดเข็มขัดนิรภัย				
28.	เมื่อมีโอกาสขับขี่จักรยานยนต์หรือนั่ง ซ้อน ท้าย ท่านจะสวมหมวกนิรภัย				
29.	ท่านใช้ไม้ค้ำยัน เพื่อช่วยพยุงร่างกายมิให้ หกล้ม				
30.	ก่อนจะข้ามถนน ท่านจะมองด้านซ้ายและ ด้านขวา เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยก่อน				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ	นางพนัชญา ประดับสุข
วัน เดือน ปีเกิด	21 กรกฎาคม 2515
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสงวนหญิง จังหวัดสุพรรณบุรี ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) วิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ โครงการสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2547-2548) วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2551-2552)
ตำแหน่งปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ 7
สถานที่ปฏิบัติงาน	สถานีอนามัยบ้านคอนสั้นชัย ตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี