



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิบาล 3

Self-care Behaviors of Elderly Persons in the Elderly Social Group
at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital

นามผู้วิจัย นางสาววิภาวรรณ เพ็งพานิช

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์อลิสา นิตธรรม, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญจนา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขภิบาล 3

Self-care Behaviors of Elderly Persons in the Elderly Social Group
at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital

โดย

นางสาววิภาวรรณ เพ็งพานิช

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยารณ พึ่งพานิช 2555: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์สุวัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, วท.ม. 136 หน้า

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 กลุ่มประชากรที่
ทำการศึกษา จำนวน 105 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ
กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
สำหรับปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มาของรายได้
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พ่อกอาศัยอยู่ด้วยกัน ภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) ไม่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพและการรับรู้การดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการ
ดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยอื่น ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบาย
ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ
การดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกใน
ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆกับพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลายมือชื่อนิติ

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Wipawan Pengpanich 2012: Self-care Behaviors of Elderly Persons in the Elderly Social Group at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 136 pages.

The objectives of this descriptive research were to study Self-care Behaviors of Elderly Persons in the Elderly Social Group at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital. One hundred and five of Elderly Persons in the Elderly Social Group at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital were designated as the population. The designated researches were employed for data collection. Data analysis was carried out in terms of percentage, mean, standard deviation, correlation, Chi-square test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results were found as follows: Elderly Persons in the Elderly Social Group at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital were at moderate level. The biological factors such as gender, age, marital status, occupation, education level, income, occupation of the residential revenue, style living, and Diseases associated not significantly related with the health care of the elderly. Predisposing factors such as the knowledge about health care. And perceived of health care, not related to behavioral health care, attitude toward health care significantly related with health care at level of 01. The enabling factors include the location and access to health services or health facilities in other forms of the elderly can access services easily and Elderly Social Group not significantly related. Reinforcing factors such as social support received from Health workers, people close and receiving information through the media from various sources not significantly related to behavioral health care for the Elderly Social Group at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ทั้งนี้เนื่องจากได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากคณาจารย์
หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์อลิสาน นิติธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
รองศาสตราจารย์จังกกล แก่นเพิ่ม ประธานการสอบ และรองศาสตราจารย์วิสูตร กองจินดา
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ทุก
ขั้นตอน ให้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สยาม เลิศพิทักษ์สินชัย ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 นางสาววาสนา หอวิจิตร ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 นางสาววรินทร์ ทวีโชคชัยกุล ที่ปรึกษางานคุณภาพ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 และอาจารย์ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา อาจารย์สาขาวิชาสุขศึกษา
ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
เครื่องมือการวิจัย

ขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษม
ราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ที่ให้ความร่วมมือและความสะดวกด้านสถานที่ อุปกรณ์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา ที่ได้ให้ความรู้ตามหลักสูตร
อันเป็นพื้นฐานทางวิชาการ ซึ่งนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และทุกคนในครอบครัวที่ให้กำลังใจและ
สนับสนุนทุก ๆ ด้านตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทสุขศึกษาภาคพิเศษ และเพื่อนๆ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจเสมอ
มา และขอขอบพระคุณผู้ที่ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือแต่ไม่ได้กล่าวนามมา ณ ที่นี้ด้วย

วิภาวรรณ เฟ็งพานิช
กุมภาพันธ์ 2555

สารบัญ

หน้า

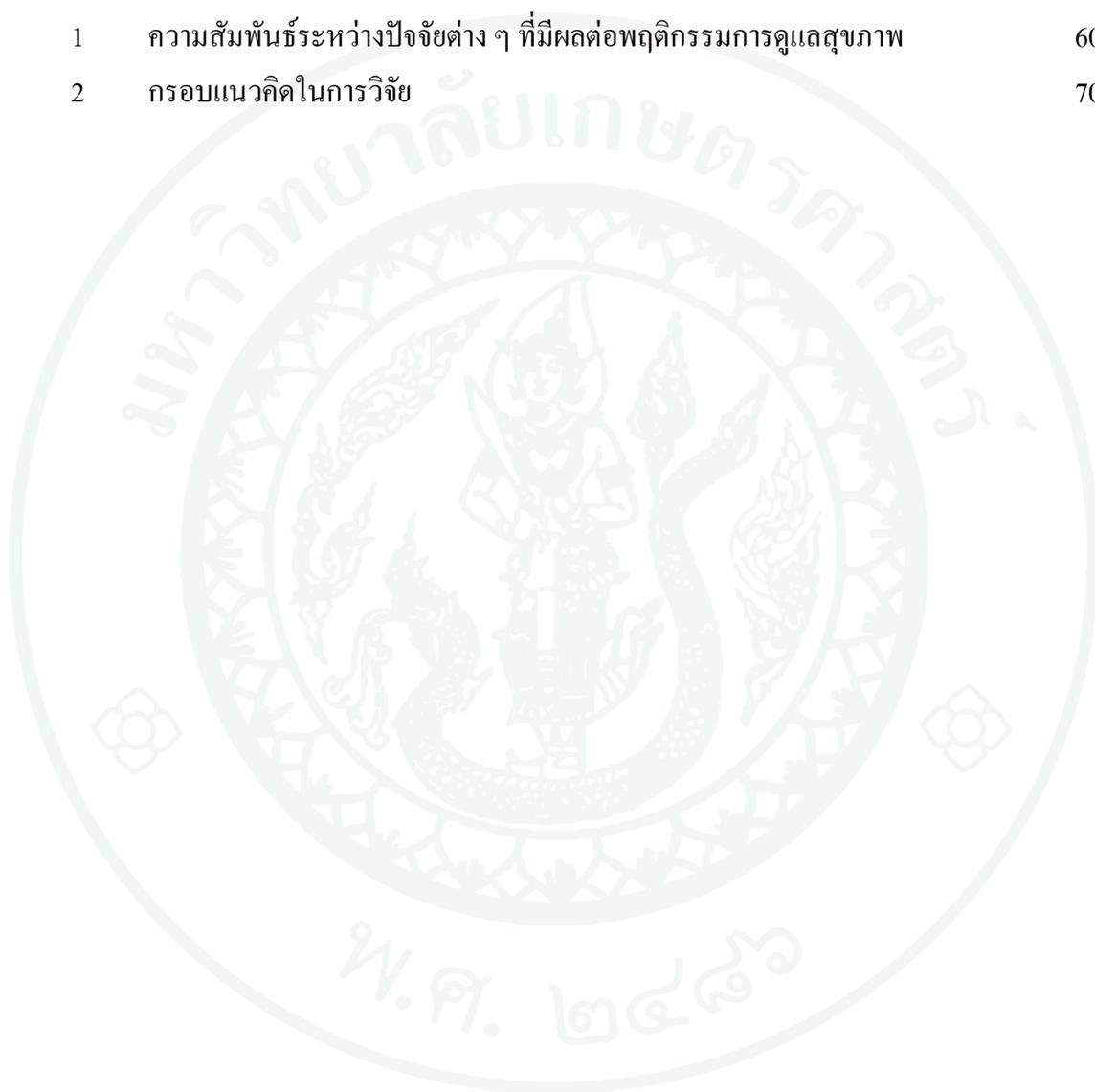
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการวิจัย	72
ผลและวิจารณ์	82
ผล	82
วิจารณ์	100
สรุปและข้อเสนอแนะ	106
สรุป	106
ข้อเสนอแนะ	109
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	111
ภาคผนวก	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	118
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	120
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	136

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม	84
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพ	87
3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ	87
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลสุขภาพ	88
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของการมีและการเข้าถึง สถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้อย่าง สะดวก	89
6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของการได้รับคำแนะนำ การดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแล สุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การ ดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ	90
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพ	90
8	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3	92
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3	97
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3	98
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3	99

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	60
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	70



**พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3**

**Self-care Behaviors of Elderly Persons in the Elderly Social Group
at Kasemrad Sukhapibal 3 Hospital**

คำนำ

ประเทศไทยเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรพบว่าประชากรของผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มชัดเจนว่าจะเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด จากการประมาณประชากรไทย พ.ศ. 2534-2558 จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดประมาณว่าใน พ.ศ. 2554 จะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 7.6 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศในปี พ.ศ. 2543 และคาดประมาณว่าจำนวนผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2558 จะมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 8.4 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ ซึ่งสามารถบอกได้ว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมากและโครงสร้างประชากรของประเทศไทย เคลื่อนสู่ระยะที่เรียกว่า "ภาวะประชากรผู้สูงอายุ" (Population Ageing) ซึ่งจะมีผลต่อสถานะทางสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดประมาณพ.ศ. 2523-2558, 2543)

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจึงได้รับความสนใจมากในประเทศไทย และนานาประเทศ ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นความสนใจ และกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาจากการที่สหประชาชาติได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2542 (ค.ศ.1999) เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (International Year Older Persons) และได้เชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดกิจกรรมเฉลิมฉลอง เพื่อตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม ลดช่องว่างระหว่างวัย โดยยึดหลักผู้สูงอายุสมควรได้รับการเอาใจใส่ ในด้านความเป็นอิสระ การมีส่วนร่วม การดูแลเอาใจใส่ ความพึงพอใจในตนเอง และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สำหรับประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 19 ของโลก และจากการศึกษาประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2545) พบว่า อัตราส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 8.11 ในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.19 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563

สถานการณ์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย จากการพัฒนาด้าน สาธารณสุขอย่างได้ผล ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) จึงทำให้ ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ ซึ่งได้ก้าวเข้าสู่การ เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว ตามเกณฑ์ที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดไว้ ในขณะที่ ที่ดัชนีผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็กคือ 47.7 ใน พ.ศ. 2550 นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจาก 7.0 ใน พ.ศ. 2545 เหลือ 6.3 ใน พ.ศ. 2550 รวมทั้งยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.6 ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ใน พ.ศ. 2550 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ขณะนี้สังคมไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ภาวะเช่นนี้ จะส่งผลกระทบต่อ โดยตรงต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ซึ่งจากการประเมินสภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุยืนยาวขึ้น แต่ก็ต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่นับวันจะมากยิ่งขึ้น จาก รายงานการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดี จากโรคเรื้อรัง และความเสื่อมของร่างกาย โดยมีสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งผู้สูงอายุ ชาย และหญิง จากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังจะเห็นได้จากรายงานการตาย ที่ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตมากที่สุดตามลำดับ คือ มะเร็ง หัวใจหลอดเลือดสมอง ปอด อักเสบ ไต และเบาหวาน อีกทั้งจากการสำรวจความชุกของโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พบว่า โรค เรื้อรังและภาวะบกพร่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการสำรวจจากหลายแหล่งและช่วงเวลา ที่ ต่างกันก็ตามนอกจากนี้ จากรายงานการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2547 – 2551 พบว่า ผู้สูงอายุมารับการรักษาอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ เบาหวาน หัวใจ ขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ไชมันในเลือดสูง ข้อเสื่อมและสมองเสื่อม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุก ๆ ปี และจากการประเมินภาวะสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่ง มีปัญหาการมองเห็น ส่วนปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุ พบประมาณ ร้อยละ 15 นอกจากนี้แล้ว ภาวะจิตใจก็เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบว่าภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามาก ที่สุด 3 อันดับแรก คือภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามาก อ่อนเพลียและนอนตื่นขึ้นมาไม่สดชื่นตามลำดับ ซึ่ง จากการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุย้อนหลัง 5 ปี แม้จะเป็นการสำรวจจากหน่วยงานที่ แยกต่างกันจะพบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี

จากสถานการณ์ข้อมูลการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ในปี 2553 จำนวนทั้งสิ้น 84 คน พบว่า ค่าน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 100 mg% ร้อยละ 38.09 ค่าระหว่าง 101-126 mg% ร้อยละ 39.47 มากกว่า 126 ขึ้นไป ร้อยละ 22.62 ค่าความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 47.62 ค่าดัชนีมวลกายพบว่าส่วนใหญ่เริ่มอ้วนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก. ต่อตารางเมตร ร้อยละ 58.5 ค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 38.5 ค่าต่ำสุด 15.75 ค่าสูงสุด 30.9 ค่าเฉลี่ย 23.5 (แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3, 2553)

จากความเป็นมาและสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบ PRECEDE Framework ของ Green and Kreuter (1980) ซึ่งใช้ศึกษาและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาใช้ เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบาย วางแผนงานและกลวิธี ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน ภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้การดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการ สาธารณสุข การรับรู้ นโยบายส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การวางแผนและพัฒนาการจัดรูปแบบและการดำเนินงานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3
2. ใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเป็นแนวทางการในการนำไปปรับปรุงและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม
3. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาความรู้ แนวทางการปฏิบัติงาน และงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 เท่านั้น
2. ประชากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 จำนวนทั้งหมด 105 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

1.2 เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ

1.3 การรับรู้การดูแลสุขภาพ

1.3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ

1.3.2 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ

1.3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ

1.3.4 การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการดูแลสุขภาพ

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่

2.1 การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข

2.2 การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2.3 การมีชมรมผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่

3.1 การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

3.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ได้แก่

1. การออกกำลังกาย
2. การรับประทานอาหาร
3. การนอนหลับพักผ่อน
4. การจัดการกับความเครียด
5. การตรวจสุขภาพ

ตัวแปรอธิบาย

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
6. ที่มาของรายได้

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
8. สถานที่พักอาศัย
9. ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน
10. ภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว)

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ไว้ดังนี้

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้การดูแลสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพให้ง่ายขึ้น ซึ่ง ได้แก่ การมีและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เป็นแรงเสริมหรือแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบายส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของบุคคล ที่กำหนดไว้ดังนี้ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน ภาวะสุขภาพ ซึ่งคาดว่า จะมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพ

พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การตรวจสุขภาพ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยการนับอายุเป็นปีเต็มเป็นผู้ที่สามารถพูดคุยได้รู้เรื่อง อ่านออกเขียนได้ ได้ตอบได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นผู้พิการ

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สาขาภิบาล 3 หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มารวมตัวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายตรงกันที่จะช่วยพัฒนาผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมร่วมกัน

การตรวจเอกสาร

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือบทความ วารสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3/ประวัติชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3
2. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทของโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

ข้อมูลของโรงพยาบาล ชื่อ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ที่อยู่สำหรับติดต่อทางไปรษณีย์: เลขที่ 88,90,92 ถนนรามคำแหง แขวงสะพานสูง เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์: 02-729-3000

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการคมนาคมสะดวก เป็นโรงพยาบาลในกลุ่มของบริษัท บางกอกเชน ฮอพิทอล จำกัด มหาชน เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิ ขนาด 100 เตียง เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2543 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 มีเนื้อที่ทั้งหมด 6 ไร่ 800 ตารางเมตร

ปัจจุบันโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิบาล 3 ได้บริหารงานแบบเชิงกลยุทธ์ โดยมีวิสัยทัศน์ มุ่งมั่น และบุคลากรที่มีศักยภาพของโรงพยาบาล ให้มีความก้าวหน้าเป็นลำดับ โดยนำวิทยาการและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ทันสมัยมาให้บริการกับประชาชน ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรทุกระดับให้ได้รับรู้หลากหลาย ในการดูแลผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิบาล 3, 2553)

วิสัยทัศน์

มุ่งมั่นพัฒนาสู่ความเป็น โรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม

พันธกิจ

1. ให้บริการด้านสุขภาพ ในระดับทุติยภูมิอย่างมีคุณภาพภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
2. พัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
3. สร้างความพึงพอใจสูงสุดให้แก่ลูกค้า

นโยบายคุณภาพ

มุ่งมั่นพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ ภายใต้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ

ปรัชญาการทำงาน

ให้บริการโดยเคารพถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยึดมั่นในหลักคุณธรรม จริยธรรม ตลอดจนจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

ประวัติชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ก่อตั้งเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 โดยมี ร.ต.อ. ประสิทธิ์ เจริญรักษ์ เป็นประธานชมรม มีรองประธาน ฝ่ายเลขานุการ ฝ่ายเหรียญก ฝ่ายประชาสัมพันธ์ กรรมการ และที่ปรึกษาชมรม ลักษณะของคณะกรรมการส่วนหนึ่งมาจากการเลือกตั้ง จนถึงปัจจุบัน ได้รับการสนับสนุนจากทางโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ปัจจุบันมีสมาชิกชมรม จำนวน 105 คน

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ค่าสมัครแรกเข้า 100 บาท หลังจากนั้นเสียค่าบำรุงชมรมปีละ 100 บาท การฟื้นฟูสภาพสมาชิก คือ การตาย ลาออกต่อกรรมการ และขาดการติดต่อเป็นเวลา 1 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 จัดกิจกรรม เดือนละ 1 ครั้ง (วันอังคารแรกของเดือน) จะมีกิจกรรมการตรวจสุขภาพ (วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย) การให้สุขศึกษา กิจกรรมวันเกิด กิจกรรมต่างๆตามศาสนา กิจกรรมของทางราชการและกิจกรรมของทางชมรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ด้านสวัสดิการ ผู้สูงอายุในชมรมได้รับการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง จากทางโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 และของขวัญเข้าเยี่ยมเมื่อป่วย

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ให้ความหมายว่า ความแก่ ความชรา รุคโทรม ในการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุในปี 2525 ณ กรุงเวียนนาประเทศออสเตรีย ได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้น ผู้แทนของประเทศไทย คือ พล.อ.สิทธิ จิระโรจน์ ได้เข้าร่วมประชุมทำให้เกิดการตื่นตัวจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น จัดแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ในวันที่ 13 เมษายน ของทุกปีเป็น “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” นับตั้งแต่นั้นมา แต่คำว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) นั้นถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ท.หลวงอรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เมื่อ

วันที่ 1 ธันวาคม 2505 (กชกร, 2536) ในการประชุมคณะผู้อาวุโสครั้งแรก สำหรับความหมายของคำว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

วันเพ็ญ (2541) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยของอายุที่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงเฉพาะ มีการเปลี่ยนแปลงของทางด้านร่างกาย จิตใจและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม วัยสูงอายุไม่ได้เป็นวัยที่หมดความหมาย หรือเป็นวัยที่สิ้นสุดทีเดียว แต่เป็นวัยที่ปลอดจากภาระกิจของสังคมส่วนใหญ่ ดังนั้นการมีชีวิตอย่างมีความสุขและเหมาะสมในวัยนี้ จึงต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นสำคัญ

เฉก (2535) ได้ให้ความหมายว่า “ชราและสูงอายุ” สองคำนี้ไม่เหมือนกัน กล่าวคือถ้ามีผู้ใดอายุ 50 ปี แล้วปล่อยปละละเลยไม่สนใจตัวเองตามควรแก่กรณี เช่น ฟันหลอไม่ใส่ฟันปลอม แต่งกายรุ่มร่าม ปล่อยเนื้อปล่อยตัวเป็นตาแก่ ขยายแก่ ถือว่าเป็นคนชราหรือคนแก่ แต่ถ้าผู้ใดอายุ 75 ปี มีความว่องไวกระฉับกระเฉง แต่งกายดี ระมัดระวังเรื่องสุขภาพอนามัย ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้อาวุโส และได้แบ่งการสูงอายุของคน เป็น 4 ประเภท

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การมีอายุตามปฏิทิน นับจากปีที่เกิดสามารถบอกได้ว่าอายุเท่าไร
 2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพและหน้าที่ของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้น
 3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวน์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละบุคคลตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
 4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ และสถานะภาพของบุคคลในสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยราชการ เอกชน เป็นต้น
- สุชีรา (2537) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต

จรัสวรรณ และพัชรี (2536) กล่าวว่า ผู้สูงอายุว่า หมายถึง วัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งข้าราชการไทยจะเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี และถือว่าเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยเสื่อม จึงควรพักผ่อนและเปลี่ยนการทำงานเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ต้องเผชิญภาวะเครียด

สุชีรา (2537) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่ทางสังคม ไม่สามารถใช้อายุเป็นเกณฑ์วัดที่ตายตัวได้

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายสมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือและเป็นวัยที่ถือว่าปลดเกษียณจากการทำงานหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม

การจำแนกลักษณะความสูงอายุ

การพิจารณาความสูงอายุอาจมองได้หลายด้าน ขึ้นกับผู้สนใจศึกษาว่าจะพิจารณาในด้านใด ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ด้าน (จรัสวรรณ และพัชรี, 2536) ดังนี้

1. ความสูงอายุด้านชีวภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลมาจากความเสื่อม ตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละคน

2. ความสูงอายุด้านจิตวิทยา เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพิจารณาความสามารถนี้ได้จาก ความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา ความชำนาญ ความรู้สึก แรงจูงใจ และอารมณ์

3. ความสูงอายุด้านสังคม เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับว่ามีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลนั้นด้วย

4. ความสูงอายุทางด้านกฎหมาย กฎหมายได้กำหนดความสูงอายุตามปฏิทิน ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เพื่อให้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติ และใช้ในการพิจารณาให้ค่าตอบแทนหรือให้สวัสดิการต่าง ๆ

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

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันแล้วแต่บุคคลกระบวนการดังกล่าวจะดำเนินไปอย่างช้าๆ เมื่อเลยวัยกลางคนไปแล้วร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ สักยภาพของอวัยวะระบบต่างๆ จะค่อยๆ ลดลง สามารถพิจารณาไปตามระบบภายนอกดูภายในร่างกาย ดังนี้

1.1 ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก จากสีเดิมเปลี่ยนเป็นสีขาว ผมมักแห้งและร่วงง่ายเป็นผลมาจากเนื้อเยื่อบริเวณหนังศีรษะเหี่ยวลง การไหลเวียนของโลหิตทำให้เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ และภาวะเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผมได้ง่ายขึ้น

1.2 ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อต่างๆ จะขาดความตึงตัวเนื่องจากการลดจำนวนน้ำในเซลล์น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังน้อยลงทำให้ผิวหนังเริ่มแห้งหยาบ การลดจำนวนไขมันใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังเริ่มหย่อนยานปรากฏรอยย่นอย่างชัดเจน คนวัยนี้จะรู้สึกหนาวง่ายและการตกกระเป็นอีกหนึ่งสัญลักษณ์ของวัยผู้สูงอายุ

1.3 กล้ามเนื้อและกระดูก โครงกระดูกเป็นส่วนที่ยึดเซลล์และกล้ามเนื้อต่างๆ และทำหน้าที่ในการป้องกันอวัยวะภายในต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของสารแคลเซียมทำให้กระดูกมีความเปราะมากขึ้น กระดูกมีน้ำหนักน้อยลง ความยาวของกระดูก สันหลังลดลงหมอนรองกระดูกบางลง น้ำในไขข้อลดลงทำให้การเคลื่อนไหวของข้อลดลง เกิดการติดเชื้อมิได้ง่ายพินจะสึกกร่อนทำให้กินอาหารไม่อร่อย นอกจากนี้ระบบกล้ามเนื้อลาย (ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ทำงานภายใต้อำนาจของจิตใจ และเป็นกล้ามเนื้อส่วนที่เกาะติดกับกระดูกโดยมีเส้นเอ็นเป็นตัวยึด) ก็มีความสามารถในการยืดและหดตัวได้ช้าลง ไยคลอ โรเจน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของมัดกล้ามเนื้อ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้การยืดหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เป็นไปอย่างลำบาก และเมื่อเกิดการฉีกขาดจะประสานตัวซ้ำหรือประสานกันไม่สนิท

1.4 เล็บ จะหนาแข็งและเปราะบาง เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายน้อยลง จึงทำให้การจับตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงด้วย

1.5 การได้ยิน จะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากการหย่อนสมรรถภาพของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหูไม่เพียงพอ เพราะเส้นเลือดของผู้สูงอายุจะตีบเล็กทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอ และการเพิ่มขึ้นของปริมาณแคลเซียมในกระดูกหู ทำให้การส่งกระแสประสาทของเสียงไปยังอวัยวะรับการได้ยินซึ่งอยู่ในหูเสียไป อาการหูตึงในผู้สูงอายุจะพบมากขึ้นเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

1.6 การมองเห็น ลักษณะตาของผู้สูงอายุจะเล็กลงเพราะจำนวนไขมันรอบๆ ลูกตาน้อยลง กระจกตาจะตกรเนื่องจากความยืดหยุ่นของหนังตาลดลง ตาลึก มีความเสื่อมโทรมของประสาทตา มีความไวแสงน้อย ทำให้มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหดตัวของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุสายตายาว และทำให้เกิดต้อกระจกหรือต้อหินได้

1.7 การลิ้มรส เป็นอาการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การรับรู้รสชาติของสิ่งต่างๆ

ลดลง เนื่องจากคั่งรังสีอาหารสูญเสียหน้าที่ โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็ม ในขณะที่รสขมและรสเปรี้ยวยังปกติ อาการอย่างนี้มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

1.8 การไต่กลิ่น การไต่กลิ่นเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการแยกแยะกลิ่นของสิ่งต่างๆ ดังนั้นในผู้สูงอายุต้องเพิ่มความเข้มข้นของกลิ่นมากขึ้น 11 เท่าของเด็ก จึงจะทำให้ผู้สูงอายุแยกแยะกลิ่นต่างๆ ได้ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น อาจทำให้ขาดความสดชื่นในชีวิตเพราะไม่ได้กลิ่นความหอมของสิ่งต่างๆ

1.9 การสัมผัส ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุจะหย่อนสมรรถภาพลง บางครั้งผู้สูงอายุจะไม่รู้สึกและไม่รับรู้ต่อสภาพความหนาวเย็นความร้อนของอากาศที่อบอ้าวตลอดจนความเจ็บปวดต่างๆ

1.10 การไหลเวียนของโลหิต หัวใจของผู้สูงอายุโดยปกติจะมีขนาดเล็กลงเป็นลำดับ หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อหัวใจทำงานเมื่อยล้าเลือดแดงมีหน้าที่ขนส่งออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ และช่วยในการขนถ่ายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์กลับไปปอดยังปอด การแข็งตัว (Clot) ซึ่งถ้าเกิดในหลอดเลือดจะทำให้เกิดการอุดตันได้ แรงดันของเลือดจะเป็นตัวทำลายภาวะการอุดตันนี้ได้ ในผู้สูงอายุภาวะการอุดตันนี้อาจจะเกิดขึ้นได้จากการแข็งตัวของเม็ดเลือดเองหรือเกิดจากการซ้ำเพราะความเก่าแก่ของเซลล์ก็ได้ ดังนั้น กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุจึงต้องทำงานอย่างหนัก ในการสูบฉีดเลือดให้ไปทำลายภาวะอุดตันที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและมีโอกาสจะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอายุอื่น นอกจากนี้ลิ้นหัวใจจะมีการเปลี่ยนสภาพไปโดยมีขนาดหนาและแข็งขึ้น ผนังเซลล์ของเส้นเลือดหนาและแข็งขึ้น และขาดความยืดหยุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเส้นเลือดแดง พบว่าปริมาณเลือดจากหัวใจจะลดปริมาณลงร้อยละ 40 จำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจจะลดลงน้อยกว่าที่ไปเลี้ยงไตและตับทำให้อัตราการทำงานของหัวใจลดลงประมาณร้อยละ 30 และพบว่าความต้านทานของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1 หลังจากเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องบีบตัวสูงและทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน

1.11 ระบบหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจลดลงประมาณร้อยละ 50 เพราะเนื้อเยื่อของปอดเปลี่ยนแปลง เป็นผลให้ปริมาณออกซิเจนที่เข้าไปในร่างกายมีน้อยไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ภาวะขาดออกซิเจนที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุ

ต้องหายใจถี่ขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการสำลักสิ่งต่างๆ เข้าระบบทางเดินหายใจได้และส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดอาการวิงเวียนเป็นลมได้ง่าย (ซึ่งถ้าขาดออกซิเจนมากอาจเกิดการสลบหรือตายได้)

1.12 การลิ้มรส เป็นอาการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การรู้สึกในรสชาติของสิ่งต่างๆ ลดลง เนื่องจากต่อมรับรสอาหารสูญเสียหน้าที่ โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็ม ในขณะที่รสขมและรสเปรี้ยวยังปกติ อาการอย่างนี้มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

1.13 การได้กลิ่น เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการแยกแยะกลิ่นของสิ่งต่างๆ ดังนั้นในผู้สูงอายุต้องเพิ่มความเข้มข้นของกลิ่นมากขึ้น 11 เท่าของเด็ก จึงจะทำให้ผู้สูงอายุแยกแยะกลิ่นต่างๆ ได้ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น อาจทำให้ขาดความสดชื่นในชีวิตเพราะไม่ได้กลิ่นความหอมของสิ่งต่างๆ

1.14 การสัมผัส ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุจะหย่อนสมรรถภาพลง บางครั้งผู้สูงอายุจะ ไม่รู้สึกและไม่รับรู้ต่อสภาพความหนาวเย็นความร้อนของอากาศที่อบอ้าวตลอดจนความเจ็บปวดต่างๆ

1.15 ระบบหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจลดลง ประมาณร้อยละ 50 เพราะเนื้อเยื่อของปอดเปลี่ยนแปลง เป็นผลให้ปริมาณออกซิเจนที่เข้าไปในร่างกายมีน้อยไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ภาวะขาดออกซิเจนที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุ ต้องหายใจถี่ขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการสำลักสิ่งต่างๆ เข้าระบบทางเดินหายใจได้และส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดอาการวิงเวียนเป็นลมได้ง่าย (ซึ่งถ้าขาดออกซิเจนมากอาจเกิดการสลบหรือตายได้)

1.16 ระบบย่อยอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก ได้แก่ ความสามารถในการรับรสอาหารและสิ่งต่างๆ ลดลง น้ำย่อยของต่อมไต้ลิ้นจะมีปริมาณลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของการย่อยอาหารลดลงไปด้วย น้ำเมือกที่จะมาเกาะติดกับบริเวณลิ้นจะหนาขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการแยกรสชาติต่างๆ น้อยลง สภาพในช่องปากมีความเป็นด่างมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในหลอดอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการยืดหรือหดของหลอดอาหารจะลดน้อยลง จึงทำให้ความถี่ในการปิดเปิดของกล้ามเนื้อเนื้อที่จะเป็นทางผ่านของอาหารน้อยและทำให้ช้าลง เป็นสาเหตุทำให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างเชื่องช้า การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ กล้ามเนื้อของลำไส้หย่อนสมรรถภาพทำให้ระบบการย่อยของอาหารเป็นไปได้อา ลำไส้ เนื้อเยื่อบริเวณท้องเกิดการสูญเสียความตึงตัว มีผลทำให้

ระบบการย่อยอาหารเสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการดูดซึมผนังลำไส้ลดน้อยลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประสบกับปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับช่องปาก เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน มีผลทำให้ประสิทธิภาพของการย่อยและการดูดซึมของอาหารลดลง จึงเกิดปัญหาด้านโภชนาการและท้องผูกในวัยสูงอายุได้ง่ายขึ้น

1.17 ระบบทางเดินปัสสาวะ ขนาดของไตจะเล็กลงและอัตราการกรองของไตจะลดลงด้วย โดยพบว่าการทำงานของไตของเลือด ไปยังไตจะมีปริมาณลดลง โดยเฉลี่ยร้อยละ 55 จากอายุ 55 ปีไปจนถึงอายุ 80 ปี หรือประมาณร้อยละ 0.6 ต่อปีในวัยผู้ใหญ่ ในเพศชายมักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและบ่อยครั้งมากขึ้น นอกจากนี้กล้ามเนื้อเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลงและมีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีการสูญเสียความสามารถในการขับถ่ายเกลือจำนวนมาก อาจทำให้เกิดการเสียมดุลของอิเล็กโตรไลต์ได้ง่าย และถ้าหน้าที่ของไตเสื่อมมากถึงระดับหนึ่งจะมีผลในการเพิ่มระดับความดันโลหิตด้วย

1.18 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมต่างๆ เช่น ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมเพศ และตับอ่อน เป็นต้น จะทำงานลดลง เป็นผลให้มีการผลิตฮอร์โมนน้อยลงด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้สูงอายุมักเป็นโรคเบาหวานจำนวนมาก ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่ายและมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือระบบภูมิคุ้มกันที่พึ่งเซลล์ การที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องของภูมิคุ้มกันทำให้เกิดอุบัติการณ์ของ วัณโรค โรคกระดูก และมะเร็งชนิดต่างๆ เพิ่มขึ้นในคนกลุ่มวัยนี้

1.19 ระบบประสาทและสมอง น้ำหนักของสมองจะลดลงจาก 1,400 กรัม เมื่ออายุ 20 ปี เหลือประมาณ 1,334 กรัม เมื่ออายุ 60 ปี จะลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ขนาดของสมองเล็กลง เกิดช่องว่างระหว่างกลีบสมอง สมองบางส่วนจะฝ่อมากกว่าสมองส่วนอื่นๆ เช่น สมองน้อย เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการมองเห็น ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำระยะสั้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นในการทบทวนความจำ ความสามารถในการแก้ปัญหาเชิงตรรกะวิถียาลดลง ความสามารถในการเรียนรู้การตัดสินใจและปฏิกิริยาของร่างกายในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลงเมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการนำสื่อกระแสไฟฟ้าของเซลล์ประสาทลดลง ระบบประสาทอัตโนมัติลดประสิทธิภาพลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืดเมื่อลุกนั่งเร็วๆ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าใน

สมอง ขณะนอนหลับทำให้ระยะเวลาในการหลับระดับหลับสนิทสั้นลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมักตื่นในตอนกลางดึกบ่อยๆ ระบบประสาททำหน้าที่ในการรับรสเสื่อมประสิทธิภาพลง ระบบประสาทในการรับกลิ่นเสื่อมลงด้วยเช่นกัน

1.20 ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้นมีหลายประการ เช่น ความสามารถในการร่วมเพศจะลดน้อยลง ผู้สูงอายุเพศหญิงจะหมดประจำเดือนในช่วงอายุ 48 – 52 ปี ผนังเซลล์ของกล้ามเนื้อในอวัยวะเพศจะคลายความตึงตัวและมีความยืดหยุ่นน้อยลง ขนาดของอวัยวะเพศทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีขนาดเล็กลงตามลำดับจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่กล่าวมาแล้ว ล้วนเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการปรับตัวทางร่างกายของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการใช้พลังงานเพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายจึงเป็นไปได้ยากขึ้น การเกิดโรคในผู้สูงอายุจึงเป็นไปได้ง่ายและต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลยาวนานกว่าวัยอื่นๆ แม้จะเป็นโรคเดียวกัน

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุมีสาเหตุหลายประการ Charlotte (อ้างถึงใน สุรศักดิ์, 2541) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในเรื่องต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

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

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2538) ได้อธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดังนี้ การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึก การสื่อสารและการรับรู้เสื่อมสภาพลง ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อด้วยภาษาพูด กิริยาท่าทางหรือการสื่อในรูปแบบ อื่นๆ เป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สมบูรณ์ การแปรความหรือการตีความมีโอกาสผิดพลาดง่ายต้องอาศัยเวลา ผู้สูงอายุจึงใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจ การรับรู้ของตนเอง ลักษณะดังกล่าวนี้เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่าและมักขัดแย้งกันเสมอๆ

การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่ว่าสังคมให้ความสำคัญต่อตนเองดังที่เคยเป็นมาก่อน บางครั้งก็ลืมไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือ โกรธได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงอารมณ์จะเป็นอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อผู้สูงอายุเริ่มยอมรับและปรับสภาพได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นต้องมีความสูญเสีย ต้องมีบทบาทใหม่ มีใช้ปฏิบัติเอง แต่เป็นเพียงผู้แนะนำหรือบางที่ต้องเป็นผู้รับการดูแล เพราะข้อจำกัดต่างๆ ของสังขาร ความมีเหตุผลและประสบการณ์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักสกัดกั้นอารมณ์และแสดงออกในทางที่ดีขึ้น

การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นภาระแก่คนอื่น การมีอายุมากขึ้นก็คือ การเดินเข้าสู่ความตาย ความตายเป็นกาลเวลาแห่งความสิ้นสุด การยอมรับต่อสภาวะดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตให้กับตนเอง เป็น โลกใหม่ของผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามเหตุผลและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล บางคนมุ่งสร้างความคิด บางคนมุ่งชีวิตสงบเข้าวัดถือศีล รับประทานอาหารมังสวิรัต บางคนชอบเลี้ยงหลานและบางคนก็ชอบอยู่คนเดียว เพราะให้ความรู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนชอบก่อนตาย

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

หรือไฝฝืนในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบที่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง

ความสามารถทางสติปัญญาและการเรียนรู้ มีโน้ตส์ต่างๆ ที่ซับซ้อนยุ่งยากจะเรียนรู้ได้ยาก การขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้ความคิด ความเร็วในการคิดจะลดลง แต่ยังคงมีความแม่นยำ ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการใช้วิจารณญาณหรือแสดงความคิดเห็นได้ดี โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์และความรอบคอบ สุขุม ความสามารถในการวิเคราะห์สิ่งต่างๆ จะลดลง ความเจ็บเหงาเดียวดาย (Loneliness) เกิดจากการที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงหรือการสูญเสีย ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะของการขาดการสนองตอบทางอารมณ์ (Emotional Deprivation)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สังคมถือเป็นภาวะแวดล้อมของมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยทั่วไปสามารถแบ่งระยะของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของมนุษย์ ได้เป็น 3 ระยะ คือ (เกษมและกุลยา, 2528)

ระยะเข้าสู่สังคม (เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 30 ปี) การสร้างปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์จะเริ่มจากสิ่งที่ใกล้ตัวออกไป กล่าวคือจะเริ่มจากบุคคลในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม การก้าวเข้าสู่สังคม ระยะนี้เป็นกลไกทางสังคมที่ทุกคนจะต้องกระทำระยะสร้างสังคม (อายุ 30 - 60 ปี) เป็นการสร้างครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยทางสังคมหน่วยแรกขึ้นก่อน มีสมาชิกเพียง 2 คน จากนั้นก็ขยายสังคมของตนให้กว้างขึ้นอาจจะเป็นการสร้างฐานะ สร้างสมาชิกเพิ่ม สร้างความมั่นคงทางสังคม จนถึงการยกฐานะของตนทางสังคมไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม

ระยะออกจากสังคม (อายุ 60 ปีขึ้นไป) การออกจากสังคมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1. เป็นการออกจากสังคมตามข้อกำหนด เป็นการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมของบุคคลที่ถูกกำหนดโดยสังคม

2. เป็นการออกจากสังคมที่เกิดขึ้นจากการยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความเสื่อมทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุที่กล่าวมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์ ต่อเนื่องกัน เมื่อพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อหรือมีอิทธิพลต่อการ เปลี่ยนแปลงในส่วนที่เหลือ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ นับได้ว่าเป็นปัญหา สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง ไป (บรรลุและคณะ, 2531)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงของอายุเป็นต้นเหตุของความเครียดในชีวิตคน การปรับตัวจึงเป็น กลไกของร่างกายและจิตใจอย่างหนึ่งที่มีขึ้นเพื่อลดความเครียด เป็นความพยายามที่จะคงสภาพด้าน ร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลในขณะที่ความเครียดเกิดขึ้น การปรับตัวดังกล่าวทำให้คนมี พฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอบโต้เหตุการณ์ในลักษณะต่างๆ บางคนปฏิเสธ แต่บางคนยอมรับได้ กล่าวคือ

ประเภทที่ 1 ผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพความมีอายุจะมีการปรับตัวแบบยอมรับ ผู้สูงอายุ ประเภทนี้ยังคงความเป็นตัวของตัวเองและคงความสามารถของตนเองได้ดี มีความพึงพอใจและ เห็นคุณค่าของชีวิต มีการประพฤติปฏิบัติอย่างสอดคล้องตามวัยของตนด้วยความพอใจไม่เป็นภาระ ต่อครอบครัวหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 2 ผู้สูงอายุที่ขบถต่อสู้และมีพลังใจรู้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความกระฉับกระเฉง คล่องตัวใจสู้ไม่ยอมแพ้กับชีวิตและวัย แต่กลับมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ เกิดขึ้น มองเห็น ประโยชน์ที่พึงให้ต่อสังคมและอนาคต สามารถทำงานได้ประสบผลสำเร็จดังที่คิด ดังนั้นผู้สูงอายุ ประเภทนี้วัยจึงไม่ใช่อุปสรรคต่อการทำงานและการใช้สติปัญญา

ประเภทที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมถดถอยไม่ยอมช่วยเหลือ ตนเอง ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมสิ้นหวังและท้อแท้ต่อชีวิต ต้องการความเอาใจใส่จากบุคคลใน

ครอบครัวมากกว่าปกติ เป็นลักษณะที่คิดว่าเมื่อตนเองอายุมากขึ้นหรือแก่แล้วทำอะไรไม่ได้ต้องพึ่งพาลูกหลาน

ประเภทที่ 4 ผู้สูงอายุที่สิ้นหวังในชีวิตจะพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริง พยายามหลีกเลี่ยงหนีชีวิต เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจบางรายท้อแท้มากอาจทำให้ถึงอัตวินิบาตกรรมเมื่อสูงอายุดังนั้นผลของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุมักถูกมองเป็นผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางกายลดลงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในทุกๆ เรื่อง แต่จริงๆ แล้วในสภาพแวดล้อมของสังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ต้องรู้จักสังเกตสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพเพื่อจะได้หาทางแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ เพราะถ้ามีแล้วแต่รอผู้อื่นอาจไม่ทันการณ์ และเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายที่รุนแรงในภายหลังได้ (เกษมและกุลยา, 2528)

กชกร (2536) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้การเปลี่ยนแปลงของควมมีอายุเป็นต้นเหตุของความเครียดในชีวิตคน การปรับตัว (Adaptation) จึงเป็นกลไกของร่างกายและจิตใจอย่างหนึ่งที่มีขึ้นเพื่อลดความเครียด เป็นความพยายามที่จะคงสภาพร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลในขณะที่ความเครียดเกิดการปรับตัวดังกล่าวทำให้คนมีพฤติกรรมแสดงออกเพื่อตอบโต้เหตุการณ์ในลักษณะต่าง ๆ บางคนปฏิเสธ แต่บางคนก็ยอมรับได้ กล่าวคือ

ประเภทที่ 1 ผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพควมมีอายุจะมีการปรับตัวแบบยอมรับผู้สูงอายุประเภทนี้ยังคงความเป็นตัวของตัวเองและคงความสามารถของตนเองได้ดี มีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าของชีวิต มีการประพฤติปฏิบัติอย่างสอดคล้องตามวัยของตนด้วยความพอใจไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 2 ผู้สูงอายุที่ชอบต่อสู้และมีพลังใจรู้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความกระฉับกระเฉงคล่องตัว ใจสู้ไม่ยอมแพ้กับชีวิตและวัย แต่กลับมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ ๆ ขึ้น มองเห็นประโยชน์ที่พึงให้แก่สังคมและอนาคต สามารถทำงานได้ประสบผลสำเร็จดังที่คิด ดังนั้นผู้สูงอายุประเภทนี้วัยจึงไม่ใช่อุปสรรคต่อการทำงานและการใช้ชีวิตปัญหา

ประเภทที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมถดถอย ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรม สิ้นหวังและท้อแท้ต่อชีวิต ต้องการความเอาใจใส่จากครอบครัวมากกว่าปกติ เป็นลักษณะที่คิดว่าแก่แล้วทำอะไร ไม่ได้ลูกหลานต้องดูแล

ประเภทที่ 4 ผู้สูงอายุสิ้นหวังในชีวิตจะพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริง พยายามหลีกเลี่ยงชีวิตเกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ บางรายท้อแท้มากอาจถึงทำอัตวินิบาตกรรมเมื่อสูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมดูแลตนเองมีบทบาทสำคัญมากในเรื่องของสุขภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเองลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองตามมุมมองที่แตกต่างกันตามแนวคิดของผู้ศึกษา พอสรุปได้ดังนี้

ความหมายของพฤติกรรม

“พฤติกรรม” มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ ดังเช่น

ประภาเพ็ญ (2534) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

สมจิตต์ (2534) ได้กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงออกมาสามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น หรือปฏิกิริยาภายในที่มีต่อสถานการณ์หรือในเหตุการณ์ซึ่งรวมเจตคติค่านิยม ความรู้ บางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้

จะเห็นได้ว่า ความหมายของพฤติกรรมไม่ได้หมายถึงเฉพาะแต่การแสดงออกในท่าทีของมนุษย์เท่านั้น แต่พฤติกรรมหมายถึง ปฏิกิริยาทุกชนิดที่บุคคลแสดงออกมาทั้งพฤติกรรมภายใน (Covert Behaviors) และพฤติกรรมภายนอก (Overt Behaviors) (สมจิตต์, 2534)

พฤติกรรมภายใน (Covert Behaviors) หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลที่มีทั้งรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรมและสังเกตเห็นไม่ได้ แต่บางประเภทสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ เช่น การเต้นของหัวใจ เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมภายในที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ซึ่งอยู่ในสมองของบุคคล โดยพฤติกรรมภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมาอาจจะหรือไม่สอดคล้องกันก็ได้

พฤติกรรมภายนอก (Overt Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการกระทำอาจแสดงออกมาขณะที่บุคคลรู้สึกหรือไม่รู้สึกตัว สามารถมองเห็นได้เป็นรูปธรรม เช่น พฤติกรรมการกิน การขับถ่าย การทำงาน การให้บริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมิน คุณภาพของบุคคลได้จากพฤติกรรมภายนอก เช่น ความสุภาพ ความก้าวร้าว ความเรียบร้อย กิริยาท่าทาง เป็นต้น พฤติกรรมภายนอกถือว่าเป็นปัจจัยในการที่บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สุภัทธา (2542) สรุปความหมายของพฤติกรรม (Behavior) ว่าเป็นคำที่นักจิตวิทยาใช้เรียกการกระทำของมนุษย์ที่แสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Mentally and Physically) พฤติกรรมของมนุษย์มีความซับซ้อนเนื่องจากพฤติกรรมส่วนหนึ่งพฤติกรรมทางจิต ซึ่งยากที่จะเข้าใจได้ นักจิตวิทยาได้อธิบายความหมายและลักษณะของพฤติกรรมเพื่อความเข้าใจ ซึ่งนำไปสู่การวิเคราะห์พฤติกรรมดังนี้

1. พฤติกรรม คือ การกระทำทุกอย่างของมนุษย์เริ่มตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น การเดิน การกิน การแสดงท่าทาง และการพูด เป็นต้น และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เช่น การคิด การจำ เจตคติ และอารมณ์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมทุกพฤติกรรมต้องมีสาเหตุและสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมนั้นสามารถวิเคราะห์ได้ด้วยหลักการทฤษฎีทางจิตวิทยา

3. สาเหตุเดียวกันอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมือนกัน หรือต่างกันได้ เช่น พฤติกรรมแสดงอาการโกรธของบุคคลอาจแตกต่างกันไป บางคนแสดงอาการเกรี้ยวกราด แต่บางคนอาจจะแสดงอาการเงียบเฉย เป็นต้น

4. พฤติกรรมประเภทเดียวกันอาจเกิดมาจากสาเหตุเดียวกันหรือต่างกันได้ เช่น การร้องไห้อาจเกิดมาจากความเสียใจ

นอกจากนี้ Bloom (1975) ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกัน โดยทั่วไป เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกได้คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถของสติปัญญาในระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไร และสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความรู้ ความเข้าใจ กฎเกณฑ์ และวิธีการดำเนิน การต่าง ๆ ของเรื่องนั้น ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ ใดๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่าง ส่วนที่ประกอบกันขึ้น เป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบ หรือส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมกันต่างๆ เข้ามาร่วมกันหรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์ เป็นขบวนการ เกี่ยวกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างใน สิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเองก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าทีความชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้นยากต่อการที่จะพฤติกรรมที่แสดงออกมามีภายนอกและขั้นตอนของการเกิด พฤติกรรมด้านจิตพิสัยมีดังนี้

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving หรือ Attending) ในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีการกระทำหรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้น จะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้าหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า นั้น การรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นของ “สภาพจิตใจ” ขั้นแรก ที่จะนำไปสู่สภาพจิตใจขั้นต่อไป แต่เนื่องจากคนเรามีประสบการณ์เดิม หรืออาจจะได้จากการเรียนรู้ชนิดเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ จากประสบการณ์เดิมนี้เอง บุคคลนั้นอาจจะมีสภาพจิตใจในขั้นของการรับหรือการให้ความสนใจอยู่พร้อมแล้ว โดยที่ไม่ถูกต้อง ถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่ง บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้น ให้เกิดความนิยม เต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ยังเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้น เท่านั้นที่ยืนยันไม่ได้แน่นอนว่าบุคคล จะมีเจตคติหรือค่านิยมต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้า นั้นๆ อย่างไร

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกริยา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิด ค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบ และผูกมัด ค่านิยมเข้ากับตัวเอง

2.4 การจัดการกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้นในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value หรือ Value Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดี

ที่สุดไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็น พฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ คือ ทางด้านความรู้เจตคติและเป็น พฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย ทางด้านสุขภาพ ถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด ที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนซึ่งมีลำดับขั้นของการเกิด 5 ขั้น จากจุดเริ่มต้น ไปจนถึงขั้น เป็นทักษะอย่างแท้จริง คือ การเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และการกระทำเองโดยธรรมชาติ

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

Levin (1984) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่บุคคลสามัญชนคนหนึ่งๆ ทำหน้าที่ด้วยตัวเอง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค ในระดับพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

Hill and Smith (1987) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลตนเองนั้นประกอบไปด้วยการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ โดยทางจิตใจได้กล่าวถึง สัมพันธภาพ สุขภาพจิต การผ่อนคลาย การปฏิบัติทางจิตและวิญญาณ การนอนหลับและฝัน อาหาร สิ่งแวดล้อม การมีเพศสัมพันธ์ และภาวะสุขภาพทางกายได้กล่าวถึง การส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตและการขจัดความเครียด เป็นต้น

Orem (1995) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน โดยเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมี

เป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

Pender (2006) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นปกติสุขของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนและความต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือ ภายนอกบุคคลก็ได้

จินตนา (2529) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคลซึ่งริเริ่มโดยบุคคลเพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง สวัสดิภาวะของตนเองไว้

เอี่ยมพร (2533) ได้เสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยสรุปนิยาม ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) พดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดเฉพาะชั่วคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุดหรือขั้นหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

สมจิต (2537) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย คือผ่านระยะของการคิดพิจารณา ตัดสินใจ ลงมือกระทำ และประเมินผลการกระทำ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก

ออร์พรณ (2545) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ อย่างมีเป้าหมายในชีวิตประจำวันในการจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปแล้ว พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างมีเป้าหมายของบุคคล เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและการฟื้นฟูสภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองซึ่งรู้จักกันดีคือ ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเรม โอเรมได้เริ่มสร้างทฤษฎีการพยาบาลในปี ค.ศ.1971 โดยแบ่งเป็น 3 ทฤษฎีย่อย ที่มีความสัมพันธ์กันเกี่ยวเนื่อง ซึ่งกันและกัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

ระยะของการดูแลตนเอง

Orem (1995) อธิบายว่า การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยการกระทำนั้น ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง นั้น ระยะนี้ต้องอาศัยความพยายามและบากบั่นนอกจากนี้ องค์ประกอบอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

1. มีความรู้ ความชำนาญในกิจกรรมที่จะทำ
2. มีแรงจูงใจให้กระทำและใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ
3. ได้ทำกิจกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด
4. สามารถทำให้บรรลุความสำเร็จตามต้องการ
5. มีกำลังใจ ความตั้งใจสูงในการดูแลตนเอง

ลักษณะกิจกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม มีลักษณะของกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Orem, 1995)

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติ และอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงานขอวัยวะต่างๆ
3. เป็นกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้พัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ของบุคคลนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเต็มกำลังความสามารถ
4. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตรายและการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย จิตใจของบุคคล

5. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมเกิดการควบคุม จำกัด ขอบกพร่องหรือผลอันเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย

6. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการหาย หรือกำจัด โรคและพยาธิสภาพต่างๆ ของร่างกาย

ส่วนประกอบของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองมีส่วนประกอบอยู่ 2 ส่วน คือ ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

1. ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) Orem (1995) แบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ออกเป็น 3 ด้านและเรียกการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านนี้ว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ดังนี้

ก. บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

ข. รักษาความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

ค. หาความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ดังนี้

ก. จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
 ข. จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษา
 โครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

ค. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

ง. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ดังนี้

ก. เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนอง
 ทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

ข. รับรู้และสนใจถึงความต้องการ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย
 ของตนเอง

ค. ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียม
 ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับ
 ผู้อื่นดังนี้

ก. คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

ข. ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลอื่นรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

ค. ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ ดังนี้

ก. สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ข. จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

ค. หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

ง. ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง ดังนี้

ก. พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตน

ข. ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

ค. ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

ง. ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่มีความเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น ภาวะการตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ หรือการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับ

1.2.1 การพัฒนาส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

1.2.2 การป้องกัน บรรเทาและแก้ไข ภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของวิกฤตจากภาวะต่างๆ เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติมิตร การขาดเสถียรภาพในหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ภาวะที่มีการถดถอยทางด้านสุขภาพหรือความสามารถ ความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและภาวะที่ต้องเผชิญกับความตายจะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมาในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสียดสีทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความเจ็บป่วยหรือพิการ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรค มิให้ลุกลามและป้องกันความพิการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ

1.3.1 การแสวงหาความรู้ และความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

1.3.2 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการของคุณภาพชีวิต

1.3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันควบคุม และคงไว้ซึ่งความสามารถดั้งเดิม

1.3.4 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลและป้องกันควบคุมความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียง ของการรักษาหรือจากโรค

1.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดย รักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการ พึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

1.3.6 เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดี ที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริง

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นมโนคติที่กล่าวถึงความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่จะสนองต่อความต้องการใน การดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

2.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งความสามารถ ในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นจะต้องอยู่ในระดับใด ก็ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละบุคคล รวมทั้งพัฒนาการการเป็นผู้ชี้นำตนเอง ควบคุมตนเอง พัฒนาการทางร่างกาย ความนึกคิดและจิต สัมคมอาจเป็นความสามารถที่ได้รับการพัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาและการปฏิบัติการเพื่อการดูแล ตนเองนั้นมีรูปแบบเป็นการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งมีระยะของการปฏิบัติดังนี้ (Orem, 1995)

2.1.1 การคาดการณ์ (Estimative Operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบ สถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย ความต้องการและแนวทางที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional Operation) เป็นความสามารถในการพิจารณา และตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ สมควรจะทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components: Enabling Capabilities for Self-Care) เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญในการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยพลังความสามารถนี้เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเอง กับความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานในการกระทำ พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่ (Orem, 1995)

2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น ในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้สมบูรณ์ และ ต่อเนื่อง

2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเองอาจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และ สวัสดิภาพ

2.2.5 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.2.6 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.2.7 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.2.8 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.2.9 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.3 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.3.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing)

2.3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

ก. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

ข. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

ค. การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

ง. การเห็นคุณค่าในตนเอง

จ. นิสัยประจำตัว

ฉ. ความตั้งใจ

ข. ความเข้าใจในตนเอง

ช. ความห่วงใยในตนเอง

ฅ. การยอมรับตนเอง

ญ. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม
ต่างๆ

ฎ. ความสามารถที่จัดการเกี่ยวกับตนเอง

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการพัฒนาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม
4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมนอนหลับ
พักผ่อน พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดและการตรวจสุขภาพ

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

ในบรรดาปัจจัยที่ทำให้คนแก่ช้ำ หรือเร็วหรือมีอายุยืนอย่างมีสุขภาพดีนั้นนักวิทยาศาสตร์
ลงความเห็นแล้วว่า อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เพราะมีบทบาทสำคัญมากในการสร้างสุขภาพกาย
และสุขภาพจิต นักโภชนาการเชื่อว่าผู้ที่กินอยู่ตามหลักโภชนาการจะมีร่างกายแข็งแรงกว่ามีวุฒิภาวะ
ทางอารมณ์ (Maturity) ดีกว่า อายุยืนยาวกว่า หรือแก่ช้ำกว่า และมีประสิทธิภาพในการทำงานทั้ง
ทางกายและสมองสูงกว่าผู้ที่กินอยู่ไม่ถูกหลักโภชนาการ

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติดังกล่าวมาแล้ว ผู้สูงอายุจึงต้อง
ระมัดระวัง และเอาใจใส่ในเรื่องอาหารที่บริโภคเป็นพิเศษ ผลของการกินอาหารไม่พอ หรือไม่ถูก
สัดส่วนก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย แม้แต่ในระยะยังไม่ถึงขั้นมีอาการของโรคปรากฏ การกินอาหาร
ไม่ถูกหลักในวัยนี้ทำให้ร่างกายทรุดโทรม หรืออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมสมรรถภาพเร็วกว่าที่
ควรจะเป็น ดังนั้นการกินอาหารที่ถูกต้อง นอกจากจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง หรือป้องกันการ
ทรุดโทรมของอวัยวะแล้ว ยังช่วยให้อายุยืน และแก่ช้ำอีกด้วย (เสาวนีย์, 2537)

การปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ นั้น บางโรคมีกระบวนการ

เกิดมาเป็นระยะเวลาหลายปี อาจมีการเริ่มดำเนิน โรคมมาตั้งแต่ในวัยกลางคนหรือวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะโรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ อัมพาตอัมพฤกษ์ เป็นโรคที่มีหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานมาจากภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม มีการกินอาหารที่มีไขมันมาก ไขมันไปสะสมในกระแสเลือดและผนังของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ ตั้งแต่ในวัยกลางคน ถ้าไม่ได้รับการดูแลควบคุมอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดโรคดังกล่าว เกิดปัญหาภาวะทุพพลภาพ หรือภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุตามมาได้

อาหารมีบทบาทสำคัญในการซ่อมแซมร่างกายส่วนที่ชำรุดเสียหาย และเป็นพลังงานในการดำเนินชีวิต ถ้าคนทุกวัยรวมทั้งวัยผู้สูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ มีพื้นฐานการบริโภคนิสัยที่ดี มีภาวะโภชนาการที่ดี จะทำให้มีสุขภาพดี รวมทั้งวัยสูงอายุด้วย หรือในกรณีของผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยของโรคอยู่เดิม การบริโภคอาหารที่ถูกต้อก็จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น หรือคงสภาพอยู่ในระดับปกติ มีความเสื่อมถอยหรือความก้าวหน้าของโรคช้าลง

แต่ถ้าผู้สูงอายุมีพื้นฐานการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารให้เหมาะสม จนเกิดปัญหาภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การขาดสารอาหาร ผู้สูงอายุบางคนกินอาหารพวกผัก ผลไม้สดไม่พอ เพราะมีความลำบากในการเคี้ยว หรือการจัดหาทำให้ร่างกายขาดสารอาหารเกลือแร่ และวิตามิน การขาดวิตามินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การขาดวิตามินบี 1 จะทำให้เกิดโรคเหน็บชา การขาดวิตามินซีจะทำให้เกิดโรคเลือดออกได้ง่าย การขาดวิตามินดี จะทำให้เกิดโรคกระดูกกร่อน และสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุมักได้รับไม่เพียงพอ คือ ขาดกากอาหาร หรือที่เรียกว่า ใยอาหาร (เป็นส่วนที่ร่างกายไม่สามารถย่อยและดูดซึมไปเลี้ยงร่างกายได้ จึงเหลือค้างลงมาถึงลำไส้ใหญ่และถูกขับถ่ายออกมาเป็นอุจจาระนั้นเอง) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้มีปริมาณอุจจาระมากขึ้น กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับใยอาหารไม่เพียงพออาจจะเป็นจากฟันหรือจากสาเหตุอื่นที่ทำให้กินผักไม่ได้ จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกได้มาก

นอกจากนี้ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยมาตั้งแต่ในวัยกลางคน เมื่อถึงวัยสูงอายุร่างกายมีการเสื่อมถอยตามวัยประกอบกับมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ก็จะทำให้มีอาการของโรคกำเริบหรือแย่ลงกว่าเดิมได้ ดังนั้นการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการ และการดำเนินโรคของผู้สูงอายุอย่างมาก

บริโภคนิสัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความเคยชินในสิ่งที่ตนปฏิบัติมาเป็นเวลานาน ซึ่งรวมถึงการบริโภคอาหารด้วย บางท่านเคยกินอาหารอะไรก็จะกินแต่สิ่งนั้นซ้ำซากจำเจ ถ้าอาหารที่ชอบกินนั้นมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ หรือขาดสารอาหารบางตัว ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ขาดสารอาหารหรือได้รับไม่ครบถ้วน ผู้สูงอายุบางรายบริโภคนิสัยอาจจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ชอบกินข้าวกับผลไม้ ไม่ชอบอาหารรสเปรี้ยวจัด ชอบอาหารที่มีรสขมมากขึ้น เป็นต้น ความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าได้รับการตอบสนองจากลูกหลานจัดหามาให้กินก็จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากขึ้น โอกาสที่จะขาดสารอาหารย่อมน้อยลงตามไปด้วย

ความรู้ทางด้านโภชนาการ

ในปัจจุบันประชาชนมีความตื่นตัวในเรื่องของโภชนาการจึงมักหาความรู้เกี่ยวกับอาหารการกิน ทั้งพยายามเสาะแสวงหาอาหารและยาอายุวัฒนะต่าง ๆ ที่จะช่วยให้แข็งแรง อายุยืนรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย การได้รับความรู้ที่ถูกต้องทางโภชนาการจะช่วยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง และปรับปรุงบริโภคนิสัยของตนเองได้บ้าง โดยเฉพาะถ้าผู้สูงอายุนั้นมีความรู้ เปิดใจกว้างในการยอมรับข่าวสารการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในโลกปัจจุบัน รวมทั้งพยายามหาเอกสารต่าง ๆ มาอ่านและมาปฏิบัติตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุนั้นไม่มีความรู้ รวมทั้งไม่ยอมรับข่าวสารความเจริญในโลกปัจจุบันก็มักจะเกิดความเชื่อจากปากคำหรือคำบอกเล่าของผู้อื่น หรือผู้ใกล้ชิดได้ ถ้าคำบอกเล่านั้นดี ถูกต้องและเชื่อถือได้ก็นับว่าได้ข้อแนะนำที่ดี แต่ถ้าคำบอกเล่านั้นไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุก็น่าจะปฏิบัติตัวผิด ๆ ในการบริโภคอาหาร ดังนั้นความรู้จึงมีส่วนที่ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้อาหารหลัก 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ เราสามารถแบ่งอาหารออกเป็น 5 หมู่ เพื่อสะดวกในการรับประทาน ดังนี้

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ และถั่ว

ควรรับประทานชนิดเคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ และไข่ขาว ไข่แดง ควรรับประทานไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ถ้ามีไขมันในเลือดสูง ควรรับประทานเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น นม ควรดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมถั่วเหลือง วันละ 1 แก้ว

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มันควรลดปริมาณลงจากวัยหนุ่มสาว

หมู่ที่ 3 ผักใบเขียว และผักสีเหลืองผู้สูงอายุควรรับประทานผักหลายชนิดสลับกันในปริมาณที่มาก ๆ ได้ โดยไม่จำกัด แต่ควรต้มหรือนึ่งให้สุก เพื่อป้องกันอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ผลไม้ที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผลไม้สุก เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่ายทุกชนิด ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก เช่น ทูเรียน ขนุน เป็นต้น ไม่ควรรับประทานมากเกินไป

หมู่ที่ 5 ไขมันควรลดปริมาณลง และควรเป็นไขมันจากพืชเท่านั้น เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันข้าวโพด ควรลดไขมันจากสัตว์ทุกชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ และงดน้ำมันพืชบางชนิด คือน้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว

หลักการอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. ควรมีปริมาณสารอาหารและคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. การจัดหาอาหารแต่ละมื้อควรมีปริมาณน้อยลง และให้กินบ่อยครั้งกว่าเดิมในแต่ละวัน
3. ควรมีลักษณะนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และเลือกวิธีการเตรียมการปรุงที่เหมาะสม สะดวกต่อการเคี้ยว และการย่อย
4. อาหารประเภทผักต่าง ๆ ควรปรุงโดยวิธีการต้มหรือนึ่ง หลีกเลี่ยงการกินผักสดที่มีผลทำให้เกิดแก๊สและทำให้ท้องอืด ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องท้องอืด แน่นท้อง จากการกินผักสดก็จัดให้ได้
5. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก เพราะผู้สูงอายุจะย่อยและดูดซึมไขมันน้อยลง อาจจะทำให้มีอาการท้องอืด และแน่นท้องได้
6. ควรเป็นอาหารประเภทที่มีน้ำ เพื่อช่วยหล่อลื่นหลอดอาหาร ทำให้กลืนอาหารสะดวกขึ้น
7. จัดผลไม้ให้ผู้สูงอายุทุกวัน และควรเป็นผลไม้ที่นุ่ม เคี้ยวง่าย เพื่อช่วยในการขับถ่าย และให้วิตามินต่าง ๆ เพิ่มขึ้น
8. ผู้สูงอายุชอบขนมหวาน จึงควรจัดให้บ้างแต่ไม่บ่อยนัก และควรเป็นขนมที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายด้วย เช่น ก๋วยบวชชี เต้าส่วน ลอยแก้วผลไม้ เป็นต้น

9. ให้ความสำคัญในการกินอาหารผู้สูงอายุตามสบายไม่ควรรีบเร่ง เพราะจะสำลัก เคี้ยวไม่ละเอียดหรืออาหารติดคอได้

ข้อควรพิจารณาในการกำหนดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. ความต้องการอาหารและการเตรียมอาหารในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกันในเรื่องความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการได้รับและการให้อาหารของร่างกาย ซึ่งสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุนี้เป็นการยากมากที่จะกำหนดแนวทางการบริโภคอาหาร เพราะจะต้องให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไปและความต้องการของร่างกาย

2. การจัดหาอาหารบริโภคประจำวันและการจัดหาอาหารเฉพาะโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม เศรษฐฐานะ และสาขาอาชีพ เพราะผู้สูงอายุแต่ละคนมีพฤติกรรมสะสมด้านอาหารและโภชนาการแตกต่างกัน จึงต้องมีการประยุกต์การปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารให้ใกล้เคียงกับพฤติกรรมสะสมของแต่ละคน ตลอดจนสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป และโรคประจำตัวของแต่ละคน ซึ่งอาจมีขึ้น

3. การให้โภชนศึกษา

มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุน้อยมาก เนื่องจากพฤติกรรมการกินได้ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก และคุ้นเคยมาช้านาน จึงยากต่อการเปลี่ยนแปลง

เพราะฉะนั้น การส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ จึงควรพิจารณาจากพฤติกรรมการกินในอดีตที่ผ่านมาช้านาน แล้วปรับปรุงเพื่อให้ได้สารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป และโรคประจำตัวต่าง ๆ ที่มีผลต่ออาหารที่บริโภคและความต้องการอาหารของร่างกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ความหมายของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การทำให้ร่างกายมีการหด ยืด กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการใช้อาหาร และออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นจากธรรมดา โดยปกติเมื่อมีอายุมากขึ้นความสนใจในการออกกำลังกายจะช่วยทำให้ร่างกายกระฉับกระเฉง ว่องไว การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง การออกกำลังกายจะต้องถือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง การเลือกวิธีออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถ ความสนใจ และไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยาก การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลา 15 นาทีหรือมากกว่า และควรทำเป็นประจำสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางร่างกายที่ดีขึ้นชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และสามารถฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมไปแล้วให้ดีขึ้นได้ (การกีฬาแห่งประเทศไทย ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา, 2537)

ปิยะนุช และคณะ (2544) ให้ความหมาย การออกกำลังกาย (Exercise or Exercise Training) คือ กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ที่มีการวางแผนหรือมีการเตรียมตัวโดยจะเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำซ้ำ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกาย (Physical Fitness)

องค์การอนามัยโลก (2544) จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 54 Dr. Gro Harlem Brundtland กล่าวว่า สาเหตุหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และโรคอ้วน เกิดจากการขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การออกกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน เช่น การเดินเร็ว ๆ เล่นสเก็ต ทำความสะอาดบ้านเดินรำ เดินขึ้นบันได ล้วนเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพ

จากความหมายของการออกกำลังกายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่องโดยมีการเตรียมตัว ซึ่งส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน

การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง มีอายุยืนยาว ชะลอความชราและสามารถช่วยในการควบคุมน้ำหนักและลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ โดยมีหลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง (ปิยะนุช และคณะ, 2544) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายหรือการอุ่นเครื่อง (Warm Up) ประมาณ 5-10 นาที เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายจริง เพื่อให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นอย่างช้า ๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายสลับแข็งสลับเบา แกว่งแขน วิ่งเหยาะอยู่กับที่

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายจริงจัง (Exercise) ประมาณ 20-30 นาที การออกกำลังกายที่ได้ผลสมบรูณ์จะต้องเพียงพอทำให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้อาหาร โดยใช้ออกซิเจน หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสม คือ 65-80% ของการที่หัวใจเต้นได้สูงสุดใน 1 นาที โดยคิดจากสูตรของ American College of Sports Medicine คือ

ความสามารถของหัวใจที่เต้นสูงสุดใน 1 นาที = $220 - \text{อายุของผู้นั้น}$

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายเย็นลงหรือการเบาเครื่อง (Cool Down) เป็นระยะผ่อนคลาย ประมาณ 5-10 นาที

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การออกกำลังกายครั้งแรกควรเริ่มต้นด้วยการเดิน แล้วเพิ่มเวลาเดินจนถึง 20 นาที ถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยผิดปกติจึงเพิ่มเป็นเดินเร็ว แล้ววิ่งเหยาะ
2. การออกกำลังกายควรพิจารณาถึง สถานที่ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนเกินไป แต่งกายสบาย รองเท้าใส่สบายเหมาะสมกับการออกกำลังกายแต่ละชนิด เวลา ควรก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงขึ้นไป กำหนดให้เป็นเวลาเดียวกันเพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย
3. ชนิดของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่อย่างต่อเนื่องหรือเป็นแบบแอโรบิก คือ มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ รำมวยจีน ฝึกจักรยาน เต้นแอโรบิก วันละประมาณ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน
4. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทำตามความสามารถและสภาพของร่างกาย ทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป อดทนไม่ท้อถอย ต้องไม่แข่งขันเพราะจะทำให้ร่างกายหักโหมเกินไป อาจเกิดอันตรายได้

5. การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและลดโคเลสเตอรอลในเลือด ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ พร้อมกับการควบคุมอาหาร

6. พยายามใช้ประโยชน์จากกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด โดยการทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา และหลายรูปแบบ เช่น การทำสวน การเดินเร็ว การทำงานที่มีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายในบ้าน งานอาชีพ หรืองานอดิเรกสามารถส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งนี้ควรเป็นการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความเหนื่อยระดับปานกลาง และทำแต่ละครั้งนาน 8-10 นาที รวมทั้งวัน ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที กิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ เดินมากขึ้น ขณะทำงาน การกวาดบ้าน ถูบ้าน ในระยะเวลา 40-60 นาที การซักผ้าด้วยมือในระยะเวลา 45-60 นาที การล้างและเช็ดรถในระยะเวลา 45-60 นาที เป็นต้น

ผลของการออกกำลังกาย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545)

ทางร่างกาย

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก และในช่วงออกกำลังกายลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากโลหิตที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจขณะเดิน แต่ครั้งมีปริมาณมาก มีการกระจายของหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ลดความต้านทาน เพิ่มการใช้ปริมาณออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้มีการเพิ่มจำนวน เม็ดเลือดแดง และของหลอดเลือดในอวัยวะต่าง ๆ รอบนอก (Peripheral Vascular Resistance) เพิ่มการบีบรัดตัวของหลอดเลือด ทำให้การขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์มากขึ้น มีการเพิ่มด่างสำรอง (Alkaline Reserve) เมื่อร่างกายทำงานจะมีกรดแลคติก ซึ่งเป็นของเสียขับออกมาจะถูกทำลายด้วยด่างนี้ ทำให้ร่างกายทนต่อการทำงาน เหนื่อยช้าและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น การไหลเวียนโลหิตใน Coronary ดีขึ้น การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ทั้งแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพราะการออกกำลังกายช่วยเพิ่มระดับไขมันที่เป็นประโยชน์ (HDL-C) และลดระดับไขมันที่เป็นโทษต่อร่างกาย (LDL-C) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจ จากการศึกษาของ Goldberg and Elliot (1994) รายงานว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักระดับปานกลาง ใช้ระยะเวลา 11 วันถึง 16 สัปดาห์ ทำให้ LDL ลดลง 5-10% และต้องใช้เวลา 4-12 สัปดาห์จึงจะทำให้ HDL เพิ่มขึ้น

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายจะมีการใช้ไขมันเป็นพลังงานและเผาผลาญพลังงานแบบใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มปริมาณการไหลเวียนโลหิตในกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อในการออกกำลังกายจะได้รับพลังงานจากการสังเคราะห์ในกล้ามเนื้อเพียงพอความต้องการพลังงานจากเลือดที่ต้องอาศัยการทำงานของหัวใจลดลง หัวใจไม่ต้องทำงานหนักเกินไป นอกจากนี้ยังพบว่าเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissue) ในกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นเนื่องจากจำนวนสารเคมีที่อยู่ในกล้ามเนื้อ ทำให้สมรรถภาพในการทำงานของกล้ามเนื้อสูงกว่าเดิมซึ่งจะช่วยลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดหลัง สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับกระดูก พบว่า กระดูกมีความหนา และแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะบริเวณที่กล้ามเนื้อเกาะ กระดูกจะมีแคลเซียมมาเกาะทำให้ความเสื่อมช้าลง ในส่วนของข้อต่อที่ใช้ในการเคลื่อนไหวขณะการออกกำลังกายการเคลื่อนไหวของข้อที่มีแรงเหมาะสมกระทบผ่านข้อเป็นระยะจะช่วยให้ เซลล์ไขข้อสามารถดำรงชีวิตและซ่อมแซมกระดูกอ่อนที่บุผิวข้อได้นานขึ้นจะช่วยให้ร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติเหตุการบาดเจ็บเกี่ยวกับข้อต่อ

ระบบการหายใจ การออกกำลังกายมีผลต่อระบบการหายใจ คือ ทำให้กล้ามเนื้อในการหายใจคือ กล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครงและกล้ามเนื้อกระบังลมแข็งแรง ปอดมีขนาดใหญ่มีเลือดหล่อเลี้ยงและมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนอากาศดีขึ้น ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกเพิ่มขึ้นในขณะที่พักอัตราการหายใจจะลดต่ำลงเป็นการประหยัดพลังงานที่ใช้ในการหายใจ

ระบบประสาท การออกกำลังกายทำให้ระบบประสาท Sympathetic และ Parasympathetic ทำงานกันอย่างสมดุล อวัยวะต่าง ๆ ที่ถูกควบคุมโดยประสาท Sympathetic และ Parasympathetic ทำงานได้ดีขึ้น เช่น การหลั่งเหงื่อ การย่อยอาหาร การทำงานของลำไส้ การทำงานของต่อมไร้ท่อฮอร์โมนของร่างกาย ในขณะที่ออกกำลังกายระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อมีการเปลี่ยนแปลงภายใต้การควบคุมของระบบประสาท ระบบต่าง ๆ ของร่างกายอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทและฮอร์โมน ระบบประสาทช่วยให้ร่างกายเคลื่อนไหวประสานงาน ส่วนฮอร์โมนมีผลระยะยาวต่อการสร้างพลังงานเซลล์ ทั้งสองระบบมีผลเกี่ยวเนื่องกัน ฮอร์โมนมีผลกระตุ้นประสาท และประสาทจะบังคับสมองส่วนไฮโปทาลามัส ซึ่งควบคุมต่อมไร้ท่อที่สำคัญที่สุดของร่างกาย คือ ต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) ระบบเผาผลาญอาหาร เพิ่มการสร้างและสลายสารอาหารที่ให้พลังงานช่วยในการลดน้ำหนัก

ความเหมาะสม การจะเลือกออกกำลังกายประเภทใดต้องดูให้เหมาะสมกับวัย สุขภาพและอาชีพ ผู้ออกกำลังกายควรจะเลือกออกกำลังกายตามที่ตนเองชอบและสามารถปฏิบัติได้จริงการรวม

เป็นกลุ่มจะช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันทำให้มีความต่อเนื่อง และยังสร้างสัมพันธภาพด้านอื่น ๆ ด้วย ผู้ที่ไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย อาจัดแปลงหรือเสริมงานประจำให้มีการออกกำลังกายได้ เช่น เดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เดินไปที่ทำงานหรือตลาดแทนการใช้รถถ้าระยะทางพอเหมาะ

การหายใจที่ถูกต้องอาจนำไปสู่การเก็บเกี่ยวพลังงานรอบตัวเรา รวมทั้งพลังจักรวาลเข้ามา สะสมไว้ในตัว เพื่อใช้ป้องกันโรค / รักษาตัวเองและผู้อื่นจากการเจ็บป่วย หรือนำไปใช้ต่อสู้ป้องกันตัวเองจากศัตรูได้ด้วย

พฤติกรรมจัดการกับความเครียด

ชูศักดิ์ (2532) กล่าวว่า ขบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของการมีชีวิตอยู่นั้นเป็นขบวนการของการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด ร่างกายนั้นต้องได้รับเชื้อโรค เช่น ไวรัส แบคทีเรียและเชื้อรา อยู่ตลอดเวลา อีกทั้งจิตใจยังได้รับความรู้สึกที่แตกต่างกันอยู่ตลอดเวลา สิ่งที่ได้รับทั้งร่างกายและจิตใจนั้นล้วนเป็นความเครียดทั้งสิ้น

อุดมศิลป์ (2536) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นอารมณ์ในทางลบ เช่น ท้อใจ เสียใจ โกรธ โมโห ฉุนเฉียว อาฆาตพยาบาท อารมณ์เหล่านี้จะทำให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น แล้วกระตุ้นให้สารทุกข์หลังไหลเวียนเข้ามาในเลือดทุกระบบ สารทุกข์จะทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ซึ่งเป็นสาเหตุของการปวดหัว ปวดท้ายทอย สารทุกข์จะทำให้ไขมันถูกปล่อยออกมาให้ดับเปลี่ยนเป็นน้ำตาล ทำให้กลายเป็นโรคเบาหวาน

อัมพร (2540) ให้ความหมายภาวะเครียด (Stress) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกที่ทำให้บุคคลรู้สึกวุ่นวายหรือประโชนที่มีอยู่ไม่เพียงพอ ต้องดึงแหล่งประโชนที่ไม่ได้ใช้ในยามปกติออกมาใช้ บุคคลจะเผชิญหรือจัดการกับภาวะเครียด โดยดึงแหล่งประโชนมาใช้มากกว่าที่เป็นอยู่ตามปกติ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้น กดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

Selye (1956) ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นภาวะหนึ่งของระบบชีวิตที่เกิดกลุ่มอาการเฉพาะขึ้นภายในร่างกาย เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามอันไม่เฉพาะเจาะจง และเรียกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายว่า กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายความเครียด คือ ภาวะหรือกระบวนการซึ่งอาจเกิดจากภายนอกตัวบุคคลก็ได้ แล้วมีผลกระทบต่อความต้องการหรือภาวะปกติของบุคคลนั้นทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้คืนสู่ความสมดุล

จากความหมายต่าง ๆ สรุปได้ว่า ความเครียด คือ การตอบสนองของบุคคลต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่ระบอบอย่างชัดเจนไม่ได้ ซึ่งการตอบสนองมีลักษณะเฉพาะในแต่ละคนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน และเป็นต้นเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของบุคคล ทำให้มีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สภาวะการณ์อย่างเดียวกันอาจทำให้คนเครียดไม่เหมือนกัน ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลและขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น วัน เวลา ความเข้มแข็งของบุคคล ระบบประคับประคองภายในและภายนอก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน องค์กร

สาเหตุของความเครียด แบ่งได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล (External Stress) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งโดยตรงและทางอ้อม

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของรอบตัวที่สามารถสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ สภาพอากาศ แสงสว่าง กลิ่น เสียง

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับคนอื่น การมีสังคมและมีความสัมพันธ์กับคนที่แวดล้อม อาจทำให้เกิดความเครียดและช่วยลดความเครียดได้ในขณะเดียวกัน การแก่งแย่งกัน การทะเลาะวิวาท การอิจฉาริษยา และสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ความเครียดทางอารมณ์สามารถเกิดจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี

1.4 งาน บุคคลในวัยทำงานมักประสบปัญหาจากงาน และมีความเครียดเกิดจากการทำงาน เช่น สถานที่ทำงานมีอุปกรณ์เอื้อต่องานหรือไม่ เพื่อนร่วมงาน ลักษณะงานง่ายหรือยุ่งยากซับซ้อน บรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กร

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล (Internal Stress)

2.1 ความเครียดทางชีววิทยา (Biological Stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย หรือทางชีวภาพ หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น บุคคลที่เป็นโรคอ้วนจะมีความ หงุดหงิดในเรื่องของการแต่งตัว และการทำงานได้ง่าย

2.2 ความเครียดทางพัฒนาการ (Developmental Stress) เป็นความเครียดเกิดขึ้นในช่วง พัฒนาการแต่ละวัย โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจ จากเหตุจูงใจทาง สังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการมีชื่อเสียง การได้รับการยกย่องนับถือ ซึ่งความ ต้องการดังกล่าวถ้าไม่เป็นไปตามคาดหมาย จะก่อให้เกิดความเครียด

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้บุคคลสนองตอบต่อ เหตุการณ์ในลักษณะที่แตกต่างกัน เพราะบุคคลมีความต้องการขั้นพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต ไม่เหมือนกัน

2.4 สาเหตุทางกาย จากการที่ร่างกายกับจิตใจมีความเกี่ยวข้องจนแยกจากกัน ไม่ได้การ เกิดความเครียดทางร่างกาย ย่อมส่งผลให้จิตใจเครียดตามไปด้วย ได้แก่

2.4.1 คุณลักษณะทางพันธุกรรม ได้แก่ เพศ สีผิว ความเข้มแข็ง หรือความอ่อนแอ ของระบบการทำงานของร่างกาย ตลอดจนความพิการบางประเภท

2.4.2 ความเหนื่อยล้าทางกายอันเกิดจากการทำงานหนักติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีความเกี่ยวเนื่องมาจากสภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกายที่จะทำให้แต่ละคนมีความ พร้อมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันแตกต่างกัน

2.4.3 ภาวะโภชนาการ ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร มีผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน ไม่ถูกสุขลักษณะ ล้วนทำให้เกิดความเครียด

2.4.4 การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะอ่อนเพลีย

2.4.5 การเจ็บป่วยทางร่างกาย ทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

2.4.6 ลักษณะท่าทางที่เกี่ยวกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว เช่น การเดิน ยืน นั่ง นอน หากอยู่ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดความเครียด

2.5 สาเหตุทางจิตใจ

2.5.1 บุคลิกภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย คือ บุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจัง กับชีวิต บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น

2.5.2 การเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้

2.5.3 ความขัดแย้งในใจ เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญทางเลือกตั้งแต่สองทางเลือกขึ้นไปแต่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือต้องเลือกกระทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ

2.5.4 ความคับข้องใจ ได้แก่ การที่บุคคลมีอุปสรรคไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้

การจัดการกับความเครียดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกอย่างเหมาะสม ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรมหากิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง ทำแล้วรู้สึกสบายใจไม่บั่นทอนสุขภาพตนเองและไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนโดย

1. พยายามแก้ไขเพื่อเอาชนะปัญหา โดยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นและแก้ไขตามสาเหตุของคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น ปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท

2. เบี่ยงเบนปัญหาเฉพาะหน้าโดยการพูดคุยเรื่องอื่น หรือหางานอดิเรกทำ เช่น จัดบ้าน ปลุกต้นไม้ เลี้ยงหลาน

3. เสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง โดยจัดหาเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม ทำกิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำจิตใจให้สงบด้วยการนั่งสมาธิ ออกกำลังกาย

4. การระบายอารมณ์ ได้แก่ การบอกเล่าให้เพื่อนสนิทหรือสมาชิกในครอบครัวฟังเขียนหนังสือ เล่นดนตรี

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) เสนอเทคนิคการคลายเครียด ดังนี้

1. วิธีบันทึกคลายเครียด ข้อมูลที่ควรบันทึกได้แก่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นที่ไหน เมื่อใด สาเหตุสำคัญคืออะไร เหตุการณ์ครั้งนั้นก่อความเครียดรุนแรงแค่ไหน จัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร รับมือกับสาเหตุที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ผลสุดท้ายเป็นอย่างไร และคิดว่าแก้ปัญหาได้ถูกวิธีหรือเปล่า

2. แก้ปัญหาได้ก็หายเครียด โดยมีขั้นตอนดังนี้ มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ลงมือแก้ปัญหาตามวิธีที่คิดไว้ ประเมินผลถ้าวิธีแรกไม่ได้ผลก็ใช้วิธีต่อ ๆ ไปจนกว่าจะได้ผล

3. คิดอย่างไม่เครียด ความคิดของตนเองเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนเรามีความเครียดมากน้อยต่างกัน ควรปรับเปลี่ยนวิธีคิดอย่างเหมาะสม คือ คิดในแง่ดีหุ่่นให้มากขึ้น มีเหตุผลหลายแง่มุม คิดเรื่องดี และคิดถึงคนอื่นบ้าง

4. การฝึกลมหายใจ การฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ กระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้ อากาศเข้าสู่ปอดได้มากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกได้ปลดปล่อยความเครียด การฝึกการหายใจควรทำติดต่อกันประมาณ 4-5 ครั้ง ทำทุกครั้งที่รู้สึกเครียด ขณะหายใจออกให้ รู้สึกว่าได้ผลักดันความเครียดออกมาด้วย

5. การทำสมาธิ การฝึกสมาธิเป็นประจำจะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สงบแจ่มใส หายเครียด

6. การนวดคลายเครียด การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่าง ๆ ลง

7. การออกกำลังกาย ต้องมีการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกายโดยค่อยเป็นค่อยไป แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณทีละน้อยจนร่างกายอยู่ตัว อย่างน้อยให้ได้ครั้งละ 20-30 นาที

8. การใช้จินตนาการนิกภาพในทางบวก เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ จากสถานการณ์ที่เคร่งเครียดในปัจจุบันไปสู่ประสบการณ์เดิมในอดีต เป็นวิธีการคลายเครียดได้ชั่วคราว วิธีการนี้จะช่วยให้สมองซีกขวาสั่งงานให้อวัยวะที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ เช่น การเต้นของหัวใจ การย่อยอาหาร ทำงานดีขึ้น วิธีการคือ จัดทำให้สบาย ผ่อนคลายทุกส่วน แล้วนึกถึงภาพที่รื่นรมย์ หรือที่ใดก็ได้ที่ให้ความรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย เช่น ชายทะเล สวนดอกไม้ เป็นต้น

การนอนหลับของผู้สูงอายุ

เป็นการพักผ่อนร่างกายที่ดีที่สุด ในขณะที่หลับการทำงานของร่างกายจะลดระดับลงเข้าสู่ระยะพัก ช่วยลดความเมื่อยล้า และความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจเป็นการฟื้นฟูสะสมพลังกำลังของร่างกายให้พร้อมที่จะใช้ในกิจกรรมต่างๆ เมื่อเริ่มทำงานในแต่ละวันการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปตามอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะนอนน้อยลง นิสัยการนอนเปลี่ยนไปบางคนเข้านอนหัวค่ำ ตื่นแต่เช้า บางคนนอนดึกแล้วตื่นเช้า นิสัยดังกล่าวนี้ไม่มีผลต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุพักผ่อนโดยการนอนหลับในเวลากลางวัน ความต้องการนอนกลางวันจะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุซึ่งให้ประโยชน์มากแก่ร่างกาย เพราะร่างกายได้พักผ่อนและคลายความเครียดสร้างความพร้อมให้ร่างกายและเป็นการชดเชยที่นอนไม่หลับในเวลากลางคืนด้วย (เกษม และ กุลยา, 2528)

การส่งเสริมการนอนหลับเพื่อให้หลับสบายและหลับได้ดีในผู้สูงอายุ มีหลายวิธี คือ ผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายในภาคกลางวันพอสมควรและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และก่อนที่ผู้สูงอายุจะเข้านอนควรอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นๆหรือได้ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆมีการสวมหมอนหนุนศีรษะเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลแล้วเข้านอนจะทำให้ผู้สูงอายุหลับสบายและนอนได้เต็มที่ สิ่งที่สำคัญจะหลีกเลี่ยง คือการรับประทานยานอนหลับหรือยาระงับประสาท ควรละเว้นเครื่องดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะจะทำให้หลับไม่หลับได้

การตรวจสุขภาพ

การตรวจสุขภาพ เป็นการตรวจหาภาวะอันเป็นสุข ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดในการตรวจสุขภาพ คือ การตรวจพฤติกรรมเพราะเป็นสิ่งที่มีความกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ลดความเจ็บป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีหลักของการตรวจสุขภาพ คือ การตรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงอาจเป็นพฤติกรรมหรือกรรมพันธุ์ แนวทางการตรวจสุขภาพต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ 3 อย่าง คือ ชีวิตยืนยาวขึ้นลดความเจ็บปวดและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (สุรจิต, 2543)

การตรวจสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่จะตามมาภายหลังการตรวจเพราะชีวิตและสุขภาพไม่สามารถประเมินค่าเป็นเงินได้ แต่ก่อนการเสียเงินเพื่อตรวจสุขภาพต้องพิจารณาถึงอรรถประโยชน์ (Utility) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตหลังการตรวจ การตรวจสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายความว่า ต้องตรวจหลาย ๆ อย่างหรือการตรวจโดยเทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือการตรวจที่ต้องใช้วิธีวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โครงการตรวจสุขภาพที่ดีจะกำหนดให้ตรวจเฉพาะรายที่ต้องการผลเป็นเรื่องที่บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเองได้ รวมทั้งสามารถวินิจฉัยโรคที่อาจอยู่ในร่างกาย โดยบุคคลยังไม่รู้สึกรู้สึกว่ามีความผิดปกติคือ เป็นการตรวจเพื่อหวังผลในการค้นหาโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยไม่แสดงอาการ และตรวจในเรื่องที่เป็นเหตุเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตรวจให้เหมาะสมกับสภาพและสถานะทางเศรษฐกิจของผู้รับบริการที่สำคัญคือ การตรวจสุขภาพควรตรวจด้วยวิธีการตรวจที่ไม่ยุ่งยาก และไม่เสี่ยงต่ออันตราย ไม่เสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะการตรวจสุขภาพเป็นมาตรการเพื่อการป้องกัน ซึ่งมีหลักการว่าเป็นการใช้งบประมาณที่ถูกลงกว่าการรักษา

การตรวจสุขภาพร่างกาย ถ้าคิดตามทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยาของร่างกาย ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจสุขภาพปีละครั้ง ในคนที่ผ่านการตรวจร่างกายสมบูรณ์เต็มที่การตรวจครั้งต่อไปอาจเป็นปีเว้นปี เมื่ออายุ 60 ปีแล้ว การตรวจสุขภาพควรทำทุกปีแต่ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงใดก็ตาม ควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทันที

วัลย์ทิพย์ (2538) กล่าวถึงการตรวจสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ ประกอบด้วย การตรวจดังต่อไปนี้

1. การตรวจเกี่ยวกับโรคหัวใจ สาเหตุการตายเป็นอันดับสองของประเทศไทยรองจากอุบัติเหตุ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด คนที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ คนอ้วน ผู้สูบบุหรี่ผู้ที่มีความดัน

โลหิตสูงเรื้อรัง มีไขมันเส้นเลือดสูง มีความเครียดวิตกกังวลตลอดเวลาและมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

2. การตรวจวัดความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติ เช่น มีไขมันไปจับเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้เลือดไหลเวียนได้ยาก เนื่องจากช่องภายในเส้นเลือดแคบลงเป็นผลทำให้หัวใจต้องพยายามทำงานให้หนักขึ้นเพื่อขับเลือดออกมาให้เพียงพอและความดันโลหิตก็จะเพิ่มสูงขึ้น

3. การตรวจระดับไขมันในโลหิต ตรวจได้โดยการเจาะเลือดแล้วนำไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ ชนิดของไขมันในโลหิตที่ควรตรวจ ได้แก่ ระดับของ Total Cholesterol, HDL-Cholesterol, LDL-Cholesterol, Triglyceride ในรายที่มีอายุเกิน 40 ปี หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ แพทย์จะให้เจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับไขมันในเส้นเลือดภายหลังจากงดอาหารและเครื่องดื่ม 12-14 ชั่วโมง ค่าปกติของระดับไขมันในเลือด ไม่ควรสูงเกิน 200 mg/dl.

4. การตรวจปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะหาว่ามีน้ำตาลในปัสสาวะหรือไม่ เป็นการตรวจเพื่อดูโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ การตรวจปัสสาวะสามารถตรวจหาโปรตีน หรือเซลล์เม็ดเลือดแดงอันเป็นผลมาจากโรคไต และความผิดปกติซึ่งเกิดจากโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ

5. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งมีการตรวจ 2 แบบ คือ ตรวจดูการทำงานของหัวใจขณะที่ออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) ทำให้สามารถตรวจพบในผู้ป่วยบางราย ซึ่งไม่พบความผิดปกติของการตรวจหัวใจในขณะที่พัก การตรวจหัวใจนี้ผลการตรวจจะออกมาเป็นกราฟจึงต้องให้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะเป็นผู้อ่านและแปลผล

6. การตรวจหามะเร็ง มะเร็งเป็นโรคซึ่งเมื่อเป็นแล้วย่อมจะต้องมีการสูญเสียชีวิตอย่างแน่นอน โดยเฉพาะถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 22 ของการตายทั้งหมดมาจากสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็ง การตรวจพบโรคได้เร็วและเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ ทำให้มีโอกาสรอดจากโรคนี้ได้

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE Model

PRECEDE Model เป็นคำ ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Green (1980) ที่มีแนวคิดว่า “พฤติกรรมของบุคคล มีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors)” ดังนั้น จึงจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำ มาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์เป็นแบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรือสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ สาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ การวิเคราะห์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของประชากร กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ สิ่งที่สามารถประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาอยู่ในสังคมหรือในกลุ่มประชากรที่ ศึกษาโดยอาศัยข้อมูลต่างๆที่มีอยู่ก่อนแล้วหรือข้อมูลได้จากการรวบรวมขึ้นมาใหม่จะช่วยให้สามารถ จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษาได้อย่าง เหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม

เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์ ในขั้นตอนที่ 1-2 พฤติกรรมสุขภาพที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงาน สุขศึกษาที่ต้องการได้รับการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยนำ ที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ความรู้ ทักษะ และการรับรู้ ดังรายละเอียดของปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบดังนี้ คือ ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ Green and Kreuter (1991) ประกอบด้วย

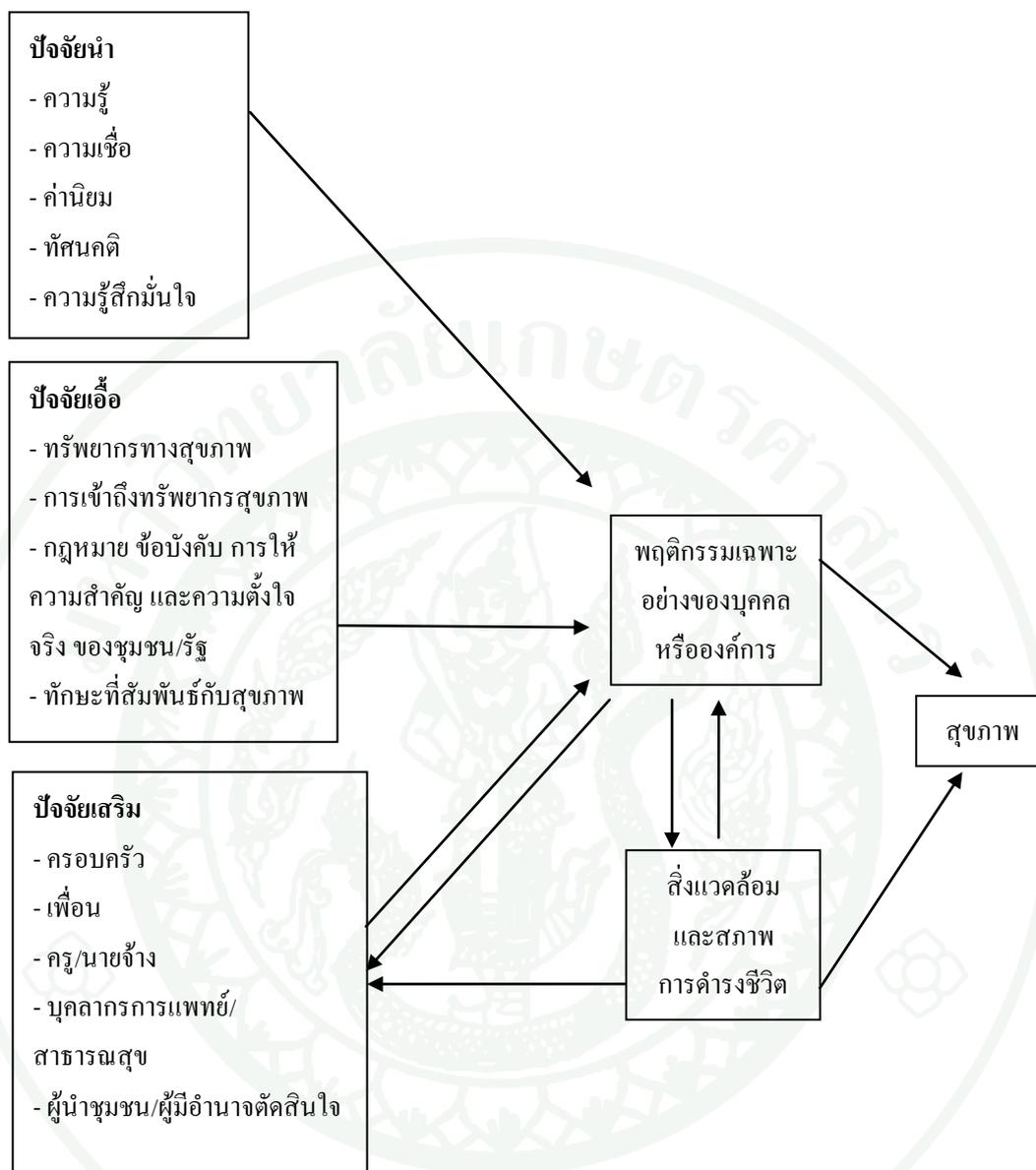
ทัศนคติ เป็นความรู้สึที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การรับรู้ เป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้ที่เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา สิ่งที่สำคัญคือ การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยเอื้อที่เป็นองค์ประกอบที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ สิ่งเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ง่ายขึ้นประกอบด้วย การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพจากโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ความชัดเจนของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 และการเข้าถึงของสถานบริการที่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ด้านการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งทีบุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำ ชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ปัจจัยเสริมที่เป็นองค์ประกอบที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ การได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพจากบุคคลกรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากนายจ้าง

การแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอโดยไม่ควรรนำปัจจัยปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างป้จยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ที่มา: Green *et al.* (1991)

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา

เป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร

เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้ามคือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล

เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดได้อย่างชัดเจน การประเมินผลจะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินผลโครงการ หรือ โปรแกรม สุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการ และการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรายู่ตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้มีผู้ศึกษาวิจัย และให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของ และอื่นๆ จากความหมายหรือคำจำกัดความของบุคคลต่างๆ ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายในแง่พฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามิ ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หลักเกณฑ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม จะประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. ต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพอนามัยดี

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือ ด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำ และความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัสดุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

รูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม

Bandura (1977) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นประเภท คือ

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

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่นการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุน อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือน ให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information)

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

การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับขึ้นอยู่กับคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคลและลักษณะของกลุ่มสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติ กลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคม ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล

การสนับสนุนทางสังคมมีต้นกำเนิดมาจากสังคมวิทยา ได้มีการตื่นตัวและศึกษากันมากในวงการแพทย์และพยาบาล เนื่องจากเชื่อกันว่าการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลถึงบุคคลหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพดี (Well-being) ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านพื้นฐานที่เพียงพอ จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ยังทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคงเนื่องจากปัจจุบันพบว่า สภาวะทางร่างกายและจิตใจ สามารถเชื่อมโยงกันได้ โดยผ่านไฮโปทาลามัส นั่นคือ หากบุคคลมีสภาวะทางจิตใจไม่ดี มีความตึงเครียด หรือวิตกกังวล สภาวะเหล่านี้ก็จะผ่านไฮโปทาลามัสออกมา ในรูปของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ได้การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ หรือไม่มีเลยจะทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านสุขภาพ

มีการนำเอาแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในด้านสุขภาพ โดยแยกตามผลที่เกิดตามมา ภายหลังจากการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม คือ

1. ผลทางด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนมาก จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

2. ผลทางด้านพฤติกรรม การรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการ และรับประทานยาสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ความสำคัญของแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง อันดับแรกส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่า มีความสำคัญในฐานะเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ผู้นำ ชุมชน หรือแกนนำ ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข ครู พระ หรือนักบวช ซึ่งมีความสำคัญรองลงมาในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การดูแลตนเองด้านสุขภาพ เป็นการรักษาสุขภาพเบื้องต้น โดยการเริ่มต้นการกระทำด้วยตัวเอง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตน ไว้ การดูแลตนเองด้านสุขภาพต้องมีแบบแผน เป้าหมายขั้นตอนต่อเนื่องกันและเมื่อกระทำถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภวรินทร์ (2539) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากที่สุดในด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน รองลงมาคือด้านการรับประทานอาหาร ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและเข้าถึงแหล่งบริการด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ประชากรที่ศึกษาได้แก่ครัวเรือนในพื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จำนวน 153 ครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย หรือสนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากแหล่งอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายสูงสุด คือ การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ และตัวแปรทำนายร่วมคือ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.1

น้ำทิพย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ จากสมาชิกในครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 34.3

พัชรี (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎ พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือนที่แตกต่างกันนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ภาวะของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการ/แหล่งบริการ สาธารณสุข การมีชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากร/ทางการแพทย์/เพื่อน/บุคคลในครอบครัวและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จุริย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัยในปัจจุบัน และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่การมีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพในรูปแบบอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายสูงสุด คือ การได้รับ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ และตัวแปรทำนายร่วมคือการได้รับการแนะนำจากเพื่อน/บุคคลในครอบครัวและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การมีการเข้าถึงสถาน

บริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพในรูปแบบอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก สามารถร่วมทำน่ายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.1

จิราภรณ์ (2553) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้านอยู่ในระดับดี มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รสสุคนธ์ (2554) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพอาชีพ ที่มาของรายได้ที่พอกอศัย ลักษณะการพอกออาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพในรูปแบบอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยามีละ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะที่พักอาศัย และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .001 และ .05 9 ตามลำดับ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ประโยชน์ของการเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การตรวจร่างกายประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น พบว่าได้มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แล้วแต่ผู้วิจัยจะนำแนวคิดทฤษฎีอะไรมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย แต่ส่วนใหญ่ใช้รูปการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender และ PRECEDE Model มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พ่อกาอาศัยอยู่ด้วย ภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้การดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

อุปกรณ์และวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ปีวิจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้การดูแลสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อให้การค้นคว้าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ประชากร

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ได้จากการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 จำนวน 105 คน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2554 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3
2. เป็นผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
3. สามารถอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎี เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษาอาชีพ ที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พกอาศัยอยู่ด้วย และภาวะ สุขภาพ (โรคประจำตัว) แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และแบบเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด ไม่ทราบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดตอบใช่ให้	1	คะแนน
กำหนดตอบไม่ใช่ให้	0	คะแนน
กำหนดตอบไม่ทราบให้	0	คะแนน

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และค่าพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี	คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้นไปจนถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับไม่ดี	คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ ใช้ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยประโยคบอกเล่า เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ข้อความมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียง คำตอบเดียวในแต่ละประโยค

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับเจตคติ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และค่าพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้นไปจนถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$

ระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย ประโยคบอกเล่าเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า มีทั้งส่วนที่สนับสนุนการรับรู้และไม่สนับสนุน การรับรู้ทางการดูแลตนเอง มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่คิดว่าการรับรู้นี้มีค่า และยึดถือเป็นหลัก ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดย พิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และค่าพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้นไปจนถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$

ระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ การมีและเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามเป็น ประโยคบอกเล่าที่แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด ผู้ตอบต้อง เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยค

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน 4
มาก	ให้คะแนน 3
น้อย	ให้คะแนน 2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1

ข้อความที่เป็นลบ

มากที่สุด	ให้คะแนน 1
มาก	ให้คะแนน 2
น้อย	ให้คะแนน 3
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 4

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และค่าพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี	คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้นไปจนถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับน้อย	คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ประกอบด้วย

ข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่า ที่แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยค

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน 4
มาก	ให้คะแนน 3
น้อย	ให้คะแนน 2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1

ข้อความที่เป็นลบ

มากที่สุด	ให้คะแนน 1
มาก	ให้คะแนน 2
น้อย	ให้คะแนน 3
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 4

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และ ค่าพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับมาก	คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้นไปจนถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับน้อย	คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เป็นประโยคบอกเล่าทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยแต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน 4
มาก	ให้คะแนน 3
น้อย	ให้คะแนน 2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1

ข้อความที่เป็นลบ

มากที่สุด	ให้คะแนน 1
มาก	ให้คะแนน 2
น้อย	ให้คะแนน 3
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 4

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บัญญัติ (2540) แบ่งระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และค่าพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี	คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้น ไปจนถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับควรปรับปรุง	คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ
3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างกรอบวิจัยแล้วกร่างแบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด มีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. นำกรอบวิจัยและแบบสอบถามที่สร้างไว้แล้ว เสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบโครงสร้าง เนื้อหา และพิจารณาความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

5.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงทฤษฎี เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และให้ข้อเสนอแนะแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง(ภาคผนวก)

5.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะทำการศึกษานาน 30 คนจากชมรมผู้สูงอายุสมัคร 1,2 แล้วนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ในส่วนของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson (KR-20)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการดูแลสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81

แบบสอบถามการรับรู้การดูแลสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81

แบบสอบถามปัจจัยเอื้อในการการมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83

แบบสอบถามปัจจัยเสริมการได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจาก ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากร ที่กำหนดด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตัวเอง และนำแบบสอบถามไปชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้กลุ่มประชากร ตอบแบบสอบถามอย่างมีอิสระ และเก็บแบบสอบถาม
4. เมื่อผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามความถูกต้อง และครบถ้วนของคำตอบและซักถามเพิ่มเติมเมื่อไม่ครบถ้วน

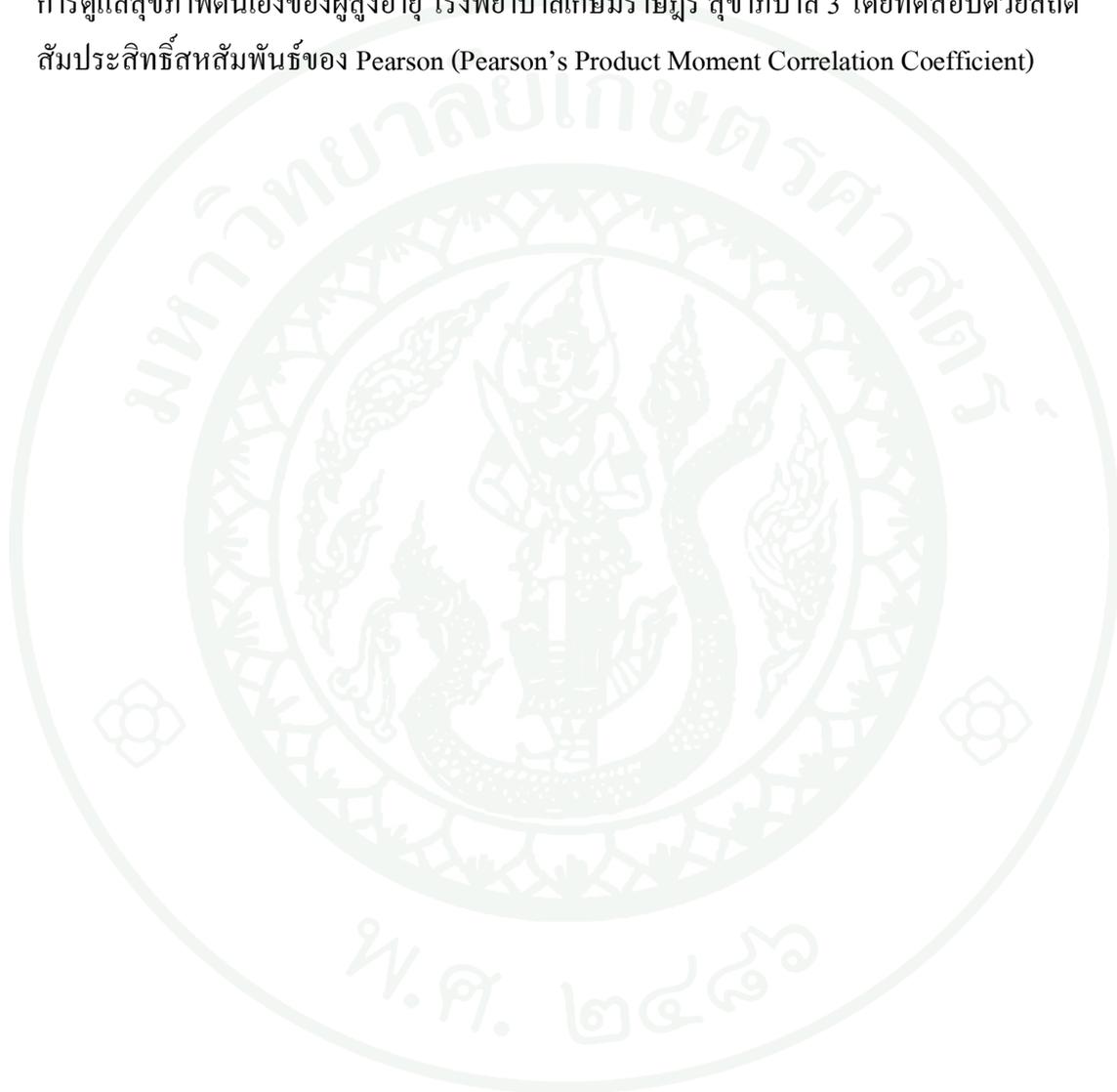
การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้กำหนดขั้นตอน การดำเนินการก็นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยของประชากร และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)



ผลและวิจารณ์

ผล

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของการขาดการดูแลสุขภาพ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้อย่างสะดวก การมีชมรมผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 โดยศึกษาจากกลุ่มประชากรจำนวน 105 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Statistics Program) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย คือ สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistical) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ยของประชากร (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (Standard Deviation) โดยการวิเคราะห์สถิติทั้งหมดนี้ได้กระทำโดยภาพรวมในแต่ละตอน เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอโดยตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการดูแลสุขภาพ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้อย่างสะดวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขุมวิท 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม

(N = 105)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	34	32.4
หญิง	71	67.6
2. อายุ		
60-64 ปี	25	23.8
65-69 ปี	31	29.5
70-74 ปี	29	27.6
75-79 ปี	14	13.3
80 ปีขึ้นไป	6	5.8
$\mu = 69$ $\sigma = 6.02$ max. = 85 ปี min. = 69 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	14	13.3
หม้าย/หย่า	35	33.3
สมรส(อยู่ด้วยกัน)	53	50.5
สมรส(แยกกันอยู่)	3	2.9
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	68	64.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	29	27.6
ปริญญาโท	6	5.7
ปริญญาเอก	2	1.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(N = 105)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	35.2
ค้าขาย	14	13.3
เกษตรกรรม	16	15.2
รับจ้าง	28	26.7
ข้าราชการบำนาญ	10	9.6
6. ที่มาของรายได้		
เงินเดือน/เงินบำนาญ	25	23.8
เบี้ยยังชีพ	4	3.8
บุตรหลานให้	39	37.2
การทำงานอดิเรก/รับจ้างพิเศษ	21	20.0
ไม่มีรายได้	4	3.8
อื่นๆ	12	11.4
7. รายได้เฉลี่ย		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	45	42.9
10,000 – 20,000 บาท	33	31.4
20,001 – 30,000 บาท	21	20.0
30,001 – 40,000 บาท	4	3.8
40,001 บาทขึ้นไป	2	1.9
8. ที่พักอาศัย		
บ้านส่วนตัว	88	83.8
บ้านญาติ	9	8.6
บ้านเช่า	8	7.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(N = 105)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. ลักษณะการพักอาศัย		
อยู่คนเดียว	7	6.7
อยู่กับคู่สมรส	53	50.3
อยู่กับบุตร	35	35.4
อยู่กับญาติ	10	7.6
10. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่		
ไม่มี	31	29.5
มี (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)	74	70.5
ความดันโลหิตสูง	38	36.2
โรคเบาหวาน	13	12.4
โรคมะเร็ง	1	1.0
โรคภูมิแพ้	5	4.8
โรคเก๊าท์	4	3.8
ไขมันสูง	7	6.7
โรคข้อเข่าเสื่อม	4	3.7
โรคหัวใจ	2	1.9

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็น เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 29.5 มีสถานภาพสมรส(อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 50.3 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 64.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.2 ราย ที่มาของรายได้บุตรหลานให้ ร้อยละ 37.1 เฉลี่ย ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 42.5 ที่พักอาศัยเป็นบ้านส่วนตัว ร้อยละ 83.8 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50.3 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.5

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

(N = 105)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (16.69-20.00)	31	29.5
ระดับปานกลาง (15.34-16.68)	44	41.9
ระดับไม่ดี (11.00-15.33)	30	28.6

$\mu = 16.01$ $\sigma = 1.35$ max. = 20 min. = 11

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 41.9 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 29.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ

(N = 105)

ระดับเจตคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (54-59)	30	28.6
ระดับปานกลาง (51-55)	47	44.8
ระดับไม่ดี (43-50)	28	26.6

$\mu = 52.30$ $\sigma = 3.57$ max. = 59 min. = 43

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.8 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลตนเอง

(N = 105)

ระดับการรับรู้การดูแลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (63-68)	30	28.6
ระดับปานกลาง (60-62)	41	39.0
ระดับไม่ดี (51-59)	34	32.4

$\mu = 61.21$ $\sigma = 3.96$ max. = 68 min. = 51

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 32.4

2.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้อย่างสะดวก

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการมีและการเข้าถึงสถานบริการ
สาธารณสุข การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ
ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้อย่างสะดวก

(N = 105)

การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไป ใช้บริการได้อย่างสะดวก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (48-69)	49	46.7
ระดับปานกลาง (45-47)	22	20.9
ระดับน้อย (32-44)	34	32.4

 $\mu = 46.18$ $\sigma = 3.91$

max. = 69

min. = 32

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สาขาภิบาล 3 ส่วน
ใหญ่มีการและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
การมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้อย่างสะดวกอยู่ในระดับดี ร้อยละ
46.7 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 32.4

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การ
ได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้
การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สาขาภิบาล 3

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับของการได้รับคำแนะนำการดูแล
สุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิก
ในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ

(N = 105)

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ		
ระดับมาก (53-59)	45	42.9
ระดับปานกลาง (50-52)	32	30.5
ระดับน้อย (34-49)	28	26.6

$\mu = 50.97$ $\sigma = 4.72$ max. = 59 min. = 34

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และผ่านสื่อต่างๆในระดับมากร้อยละ 42.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 30.5

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การนอนหลับพักผ่อน การตรวจสุขภาพ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

(N = 105)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (68-76)	37	35.2
ระดับปานกลาง (63-67)	44	41.9
ระดับควรปรับปรุง(53-62)	24	22.9

$\mu = 65.29$ $\sigma = 6.67$ max. = 76 min. = 53

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.9 รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.2

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 กำหนดว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ย ที่พักอาศัย ลักษณะการพักอาศัย โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขุมวิท 3 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการทดสอบ ค่าไคสแควร์ (χ^2)

ตารางที่ 8 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ			χ^2
	ผู้สูงอายุ			
	ควร ปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	ปาน กลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	
1. เพศ				1.23
ชาย	10 (29.41)	11 (32.35)	13 (38.24)	
หญิง	14 (17.29)	26 (36.62)	31 (46.66)	
2. อายุ				14.07
60-64 ปี	8 (32.00)	8 (32.00)	9 (36.00)	
65-69 ปี	8 (25.8)	10 (32.26)	13 (41.94)	
70-74 ปี	8 (27.58)	8 (27.58)	13 (44.84)	
75-79 ปี	11 (78.57)	1 (7.14)	2 (14.29)	
80 ปีขึ้นไป	2 (33.33)	2 (33.33)	2 (33.33)	
3. สถานภาพสมรส				2.41
โสด	5 (35.71)	3 (32.26)	6 (41.94)	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2
	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
หม้าย/หย่า	13 (37.14)	10 (28.57)	12 (34.29)	
สมรส(อยู่ด้วยกัน)	17 (32.08)	16 (30.19)	20 (37.73)	
สมรส(แยกกันอยู่)	2 (66.67)	0 (0)	0 (33.33)	
4. ระดับการศึกษา				7.29
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25 (36.76)	16 (23.53)	27 (39.71)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10 (34.48)	8 (27.59)	11 (37.93)	
ปริญญาโท	2 (33.33)	4 (66.67)	0 (0)	
ปริญญาเอก	0 (0)	1 (50)	1 (50)	
5. อาชีพ				13.09
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (29.72)	13 (35.14)	13 (35.14)	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2
	ผู้สูงอายุ			
	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ค้าขาย	9 (64.29)	2 (14.29)	3 (21.42)	4.94
รับจ้าง	2 (12.50)	4 (25.00)	10 (62.50)	
ข้าราชการบำนาญ	12 (42.86)	6 (21.43)	10 (35.71)	
อื่นๆ	3 (30)	4 (40)	3 (30)	
6. ที่มาของรายได้				
เงินเดือน/เงินบำนาญ	10 (40.00)	6 (24)	9 (36)	
เบี้ยยังชีพ	1 (25.00)	1 (25.00)	2 (50.00)	
บุตรหลานให้	14 (35.90)	14 (35.90)	11 (28.20)	
การทำงานอดิเรก/รับจ้างพิเศษ	7 (33.33)	4 (19.05)	10 (47.62)	
ไม่มีรายได้	2 (50.00)	1 (25.00)	1 (25.0)	
อื่นๆ	3 (30)	4 (40)	3 (30)	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2
	ควรปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
7. รายได้เฉลี่ย				10.46
ต่ำกว่า 10,000 บาท	16 (35.33)	12 (26.67)	17 (37.78)	
10,000 – 20,000 บาท	10 (30.30)	6 (18.18)	17 (51.52)	
10,000 – 20,000 บาท	7 (33.33)	9 (42.86)	5 (23.81)	
30,001 – 40,000 บาท	3 (75.00)	1 (25.00)	0 (0)	
40,001 บาทขึ้นไป	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0)	
8. ที่พักอาศัย				11.51
บ้านส่วนตัว	30 (34.09)	27 (30.68)	31 (35.23)	
บ้านญาติ	4 (44.44)	1 (11.12)	4 (44.44)	
บ้านเช่า	3 (40.00)	1 (10.00)	4 (50.00)	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ			χ^2
	ผู้สูงอายุ			
	ควร	ปานกลาง	ดี	
	ปรับปรุง			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
9. ลักษณะการพักอาศัย				11.50
อยู่คนเดียว	0	4	3	
	(0)	(57.14)	(42.86)	
อยู่กับคู่สมรส	19	14	20	
	(35.85)	(26.42)	(37.73)	
อยู่กับบุตร	14	7	14	
	(40.00)	(20.00)	(40.00)	
อยู่กับญาติ	4	4	2	
	(40.00)	(40.00)	(20.00)	
10. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่				11.72
ไม่มี	11	8	12	
	(35.48)	(25.81)	(38.71)	
มี	26	21	27	
	(35.14)	(28.38)	(36.48)	

ตัวเลขในวงเล็บมีค่าเป็นร้อยละ

จากตารางที่ 8 พบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย ภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ดังนั้นจึงไม่ยอมรับสมมติฐาน

3.2 สมมติฐานที่ 2 กำหนดไว้ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้การดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สาขาภิบาล 3 วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สาขาภิบาล 3

ปัจจัยนำ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ	.044	.657
เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ	.334*	.000
การรับรู้การดูแลสุขภาพ	.057	.565

* p < .01

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้การดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 เป็นบางส่วน

3.3 สมมติฐานที่ 3 กำหนดว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สาขาภิบาล 3 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

ปัจจัยเอื้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ		
การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุ สามารถเข้าไป ใช้บริการได้อย่างสะดวก	.122	.216

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ จึงเป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

3.4 สมมติฐานที่ 4 กำหนดว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกใน ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขุมวิท 3

ปัจจัยเสริม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิด		
และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ	.190	.053

จากตารางที่ 11 พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ ไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 มีประเด็นที่สำคัญที่พบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์มีสาระสำคัญดังนี้

ปัจจัยทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย ภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

จากผลการศึกษาลักษณะทางชีวสังคมหรือลักษณะส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็น เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีอายุระหว่าง 60–65 ปี ร้อยละ 29.5 มีสถานภาพสมรส(อยู่ด้วยกัน)ร้อยละ 50.3 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 64.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.2 ราย ที่มาของรายได้บุตรหลานให้ ร้อยละ 37.1 เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 42.5 ที่พักอาศัยเป็นบ้านส่วนตัว ร้อยละ 83.8 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50.3 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.5

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ซึ่งสอดคล้องกับ รสศุคนธ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ไม่ว่าเพศหญิง หรือเพศชายจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 กล่าวคือ แม้ว่าผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลจะมีอายุที่แตกต่างกัน แต่ก็มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รสศุคนธ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ น้ำทิพย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับศุภวรินทร์ (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด /หม้าย

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ต่างจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ พันธ์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎ พบว่าการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แม้ว่าระดับการศึกษาจะมีผลต่อ ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลก็ตามแต่ปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารได้ทั่วถึงกันอย่างสะดวกรวดเร็ว ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ใกล้เคียงกัน ถึงแม้ว่าจะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นทักษะส่วนบุคคล ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีการศึกษาระดับใดก็สามารถปฏิบัติได้

อาชีฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาชีฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พระนั่งเกล้าพบว่า อาชีฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงไม่ได้ทำงานหนักและมีบุตรหลานดูแล ทำให้ไม่มีผลต่อการ ดูแลสุขภาพ

ลักษณะที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรม ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 และไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ซึ่งสอดคล้องกับ รสสุคนธ์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า พบว่าสถานที่พักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก หลายปัจจัยด้วยกัน รวมทั้งผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 มี ปัจจัยอื่น เช่น มีสถานที่ออกกำลังกายทำให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานที่พัก อาศัยแบบใด ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ซึ่งสอดคล้องกับรุ่งรัตน์ (2545) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้รายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ใน ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ได้มาจากบุตรหลานให้

ภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ จุริย์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว) ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพมากกว่า ไม่ได้ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพน้อยกว่า

ปัจจัยนำ

จากผลการศึกษา ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้การดูแลสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 41.9 เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.8 และมีการรับรู้การดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 41.9 และพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับพัชรี (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นได้ ต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาพบแพทย์เป็นประจำเนื่องจากมีโรคประจำตัว จึงได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากแพทย์เจ้าหน้าที่พยาบาล แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากสุขภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยอยู่ในระยะเจ็บป่วย

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.8 และพบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีสอดคล้องกับ จุริย์(2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่สนใจต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพดี จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดีตามมา แต่ถ้าผู้สูงอายุมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพไม่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีตามไปด้วย

การรับรู้การดูแลสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 มีการรับรู้การดูแลสุขภาพ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 และพบว่า การรับรู้การดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 แสดงให้เห็นว่า การรับรู้การดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยภายใน ปัจจัยหนึ่งแต่ไม่ได้เป็นแรงกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ แสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเอง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพแต่ไม่ได้ปฏิบัติตามที่รู้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ รสศุคนธ์ (2554) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ

จากผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการ ได้อย่างสะดวก พบว่าส่วนใหญ่ระดับดี ร้อยละ 46.7 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน จัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพ ซึ่งสามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการ ได้อย่างสะดวก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชร (2549) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าการมีและเข้าถึงสถานบริการ/ แหล่งบริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า การมีสถานพยาบาลความสะดวกในการเดินทาง การใช้เวลาในการรับบริการ การรอรับบริการ ความพึงพอใจในบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจเป็นเพราะความจำเป็นที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา มารับยา มาตรวจสุขภาพหรือขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าไปใช้บริการทำให้ไม่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับน้ำทิพย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับศุภวรินทร์

(2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่าการมีชมรมผู้สูงอายุ การมีแหล่งพบปะสังสรรค์ประจำหมู่บ้าน การมีสนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยเสริม

จากผลการศึกษาปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเสริมในระดับดี ร้อยละ 42.9 แสดงให้เห็นว่ามีการได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจาก สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือผ่านสื่อต่างๆ ในระดับดี แต่ไม่ได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จึงไม่เกิดการดูแลสุขภาพที่ดี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน และบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่มาของรายได้ สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พ่อกอาศัยอยู่ด้วย และภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว)กับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้การดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขการรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 จำนวน 105 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เท่ากับ .80 แบบสอบถามวัดเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อในการการมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83 แบบสอบถามปัจจัยเสริมการได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพ

จากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ซึ่งสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยทางชีวสังคมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็น เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 29.5 มีสถานภาพสมรส(อยู่ด้วยกัน)ร้อยละ 50.3 จบการศึกษาระดับต่ำปริญญาตรี ร้อยละ 64.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.2 ราย ที่มาของรายได้บุตรหลานให้ ร้อยละ 37.1 เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 42.5 ที่พักอาศัยเป็นบ้านส่วนตัว ร้อยละ 83.8 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50.3 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.5

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน ภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ดังนั้นจึงไม่ยอมรับสมมติฐาน

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้การดูแลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 41.9 มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.8 และมีการรับรู้การดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้การดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 เป็นบางส่วน

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขการรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับดี ร้อยละ 46.7

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขการรับรู้ นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ จึงเป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

ปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพ จากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเสริมในระดับดี ร้อยละ 42.9

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 4

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งต้องดำเนินการในเชิงนโยบาย โดยมุ่งเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อจะได้เกิดความตระหนักว่าเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับตนเองอย่างเหมาะสมและถูกต้องต่อเนื่องตลอดไป ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปีอย่างถูกต้องเหมาะสมเพราะเนื่องจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้อยู่ในระดับสูงต่อไปได้

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 ส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติ และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการมีและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการมีชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลใกล้ชิด และสื่อต่างๆ อยู่ในระดับมากซึ่งส่งผลดีต่อผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการปฏิบัติ และแบบแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นด้านความรู้ เจตคติหรือการรับรู้ ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตน ส่งเสริมสุขภาพให้ถูกต้อง และยั่งยืน ดังนั้น ผู้บริหารควรกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมจึงจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จากผลการวิจัยพบว่าเจตคติมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 จึงควรจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนเจตคติที่จะเป็นการสร้างจิตสำนึกที่ดีในการดูแลสุขภาพ เช่น กิจกรรมกลุ่มในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านสุขภาพ ที่จะเป็นการสร้างจิตสำนึกที่ดีในการดูแลสุขภาพเอง และการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางนั้น มีแนวโน้มเป็นไปได้ หากพิจารณาการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีถูกต้องเหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป
2. จัดกิจกรรมณรงค์เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 5 พฤติกรรม โดยเสนอผู้บริหาร โรงพยาบาลเป็นผู้วางแนวทางการดำเนินงาน โดยอาศัยข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นพื้นฐานข้อมูลในการวางแผน
3. จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น รำมวยจีน โยเก้ก ลีลาศ ซึ่งเหมาะกับผู้สูงอายุ และส่งผลดีที่ได้จากการดูแลสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3
2. ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเฉพาะด้าน เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กชกร สังขชาติ. 2536. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2538. **คู่มือส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ**.
ทหารผ่านศึก นนทบุรีการพิมพ์, นนทบุรี

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546. **คู่มือความรู้สุขภาพจิตครอบครัวสำหรับอาสาสมัคร**
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุดมศึกษา, กรุงเทพฯ.

กระทรวงสาธารณสุข. 2552. **สถานการณ์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย**.
นนทบุรีการพิมพ์, นนทบุรี

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

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ. 2536. **ทฤษฎีพยาบาลผู้สูงอายุ**. คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรณ์ ใจสบาย. 2553. **พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ**
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. ปริญญาณิช, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. **ทฤษฎีการพยาบาล**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จूरีย์ เลาทพงษ์. 2549. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน**
ชมรม ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เฉก ธนะสิริ. 2535. **ทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุข**. ศุภวานิชการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ชูศักดิ์ เวชแพทย. 2532. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุให้มีอายุยืน. ศุภานิชการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

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

น้ำทิพย์ มะลิ. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

บรรลุ ศิริพานิช. 2542. ผู้สูงอายุไทย : ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม. สำนักพิมพ์หมอ
ชาวบ้าน.

_____, ธงชัย ทวีชาชาติ, นันทิกา ทวีชาชาติ, วันดี โภคะกุล, ปริญญา โดมานะ และศุภชัย
ฤกษ์งาม. 2531. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและ
แข็งแรง. กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7.
เจริญผลการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมสุขภาพ. ใน. เอกสารการสอนชุดสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7
สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ.

ปิยะนุช รักพาณิชย์, ภัทรารุช อินทรกำแหง และ วิศาล คันธารัตนกุล. 2544. การทบทวนองค์
ความรู้และเทคนิคการเคลื่อนไหวการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหลอดเลือดหัวใจ.
นิทรรศการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3. 2553. ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ
ปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพฯ.

พัชรี ลักกะวิศสุต. 2549. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ยามิละ คอแม. 2554. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รสสุคนธ์ พิณสะอาด. 2554. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รุ่งรัตน์ ปิยธโร. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน
พื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ราชบัณฑิตสถาน. 2525. พจนานุกรมสำหรับราชบัณฑิตสถาน. โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์,
กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิบาล 3. 2553. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลเกษมราษฎร์
สุขากิบาล 3. กรุงเทพฯ.
- วันเพ็ญ บุญเจริญ. 2541. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุและการช่วยเหลือ. พิมพ์ครั้งที่ 3 ม.ป.พ.
กรุงเทพฯ.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. การออกกำลังกายทั่วไป
และเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2552. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
พ.ศ.2552. พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัททีคิวพี จำกัด, กรุงเทพฯ.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. “ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม” ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ) การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. วีเจ พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2534. พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงใน เอกสารประกอบการสอนวิชาสุขภาพศึกษา ที่ 1-7 สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.

สุชีรา อายุวัฒน์. 2537. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. ห้างหุ้นส่วนจำกัดขนิษฐาการพิมพ์, สมุทรปราการ.

สุภัททรา ปิณฑะแพทย์. 2542. พฤติกรรมมนุษย์และการพัฒนาตน.ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว. สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.

สุรจิต สุนทรธรรม. 2543. การตรวจสุขภาพถึงเวลาต้องคิดกันใหม่ ไม่เจ็บตัว ไม่เสียใจโดยไม่จำเป็น. วารสารหมอชาวบ้าน 12(9): 15-18.

สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. 2541. การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรมผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. 2537. หลักโภชนาการปัจจุบัน. พิมพ์ครั้งที่ 6. ไทยวัฒนาจำกัด, กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2543. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย. พ.ศ. 2523-2558, มิถุนายน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ ครั้งที่ 1. บริษัท ทีคิวพี จำกัด, กรุงเทพฯ.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. 2554. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2552 – 2554. ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

องค์การอนามัยโลก. 2544. **ขยับกาย สบายชีวี**. การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 54.
กรุงเทพฯ. (อัครา)

อรพรรณ ถิ่นบุญราชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ด้านสุขภาพการพิมพ์,
กรุงเทพฯ.

อัมพร โอตระกุล. 2540. **สุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทพิมพ์ดี จำกัด, กรุงเทพฯ.

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. 2536. “เครียดและคลายเครียด”. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา
ระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่อง การประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ณ ศูนย์การประชุม
แห่งชาติสิริกิติ์ วันที่ 26 – 27 เมษายน.

เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2533. การดูแลสุขภาพตนเอง นโยบายและยุทธวิธีเพื่อการพัฒนา
สาธารณสุข ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bandura, A. 1977. **Social Learning Theory**. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Boom, B.S. 1975. **Taxonomy of Education**. David Mc key Company Inc., New York.

Cobb, S. 1976. Social support as moderator for life stress. **Psychometric Medicine** 38 (9-10)
: 300-312

Ebersole, R. and P. Hess. 1985. **How to be Health Aging Human Needs and Nursing
Response**. C.V. Mosby, St. Louis.

Green, L.W. 1980. **Health Education Planning : A Diagnostic Approach.** Mayfield publishing Company, California.

———. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach.** May Field Publishing Company, Toronto.

Hill, L and N. Smith. 1987. Self-care. **American Journal of Nursing.** 79 (3): 486-489.

Kahn, R.L. 1979. **Aging and Social Support.** Westview Press, Colorado. 91 P

Levin, B. 1984. **Impression for Comple Dentures.** Quintessence, Chicago.

Orem, D. 1991. **Nursing : Concepts of practice.** 4th ed. St Louis Mosby Year Book Company, New York.

———. 1995. **Nursing Concepts of Practice.** 5 th.ed. Missouri, USA: Mosby st. Louise.

Pender, N.J. 2006. **Health promotion in Nursing Practice.** 4 th ed. Pearson Education,

Selye. H. 1956. **The Stress of Life.** Mc Grew – Hill Book Company, New York.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์สยาม เลิศพิทักษ์สินชัย ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3
2. นางสาววาสนา หอวิจิตร ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3
3. นางสาววรินทร์ ทวีโชติชัยกุล ที่ปรึกษางานคุณภาพ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3
4. อาจารย์ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา อาจารย์สาขาวิชาสุขศึกษา
ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์



แบบสอบถามการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3

คำชี้แจง

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม (ข้อมูลทั่วไป)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อด้านการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมด้านการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงหรือใกล้เคียงกับความคิดของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อผู้ตอบในแบบสอบถาม คำตอบที่ได้รับจากท่านจะถือว่าเป็นความลับและจะนำไปใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสัมภาษณ์

นางสาววิภาวรรณ เฟ็งพานิช

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาคพิเศษ
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม (ข้อมูลทั่วไป)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

- 1) ชาย 2) หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุปี (จำนวนเต็มปี)

3. สถานภาพสมรส

- 1) โสด 2) หม้าย/หย่า
 3) สมรส (อยู่ด้วยกัน) 4) สมรส (แยกกันอยู่)

4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับ

- 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี 2) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 3) ปริญญาโท 4) ปริญญาเอก

5. อาชีพในปัจจุบัน

- 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) ค้าขาย
 3) รับจ้าง 4) เกษตรกรรม
 5) ข้าราชการบำนาญ

6. รายได้ของท่านมาจากแหล่งใด

- 1) เงินเดือน/เงินบำนาญ 2) เบี้ยยังชีพ
 3) บุตรหลานให้ 4) การทำงานอดิเรก/รับจ้างพิเศษ
 5) ไม่มีรายได้

7. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ยเดือนละเท่าไร

- 1) ต่ำกว่า 10,000 บาท 2) 10,000 – 20,000 บาท
 3) 20,001 – 30,000 บาท 4) 30,001 – 40,000 บาท
 5) 40,001 บาทขึ้นไป

8. สถานที่พักอาศัย

 1) บ้านส่วนตัว 2) บ้านญาติ 3) บ้านเช่า

9. ขณะนี้ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

 1) อยู่คนเดียว 2) อยู่กับคู่สมรส 3) อยู่กับบุตร 4) อยู่กับญาติ

10. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

 1) ไม่มี 2) มี (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ) 1) ความดันโลหิตสูง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคหัวใจ 4) โรคมะเร็ง 5) โรคภูมิแพ้ 6) โรคเก๊าท์ 7) ไ้มันในเลือดสูง 8) ข้อเข่าเสื่อม 9) โรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านการดูแลสุขภาพ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว โปรดตอบทุกข้อ

ถูก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ผิด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ทราบว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ
1	การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ในปริมาณมากๆ มีผลเสียต่อร่างกาย			
2	การรับประทานผักและผลไม้ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก			
3	การรับประทานอาหารประเภท แป้ง อย่าง เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง			
4	ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่และหลากหลาย			
5	ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ชมพู่มะละกอฝรั่ง			
6	ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เช่น สวนสาธารณะ			
7	หลังการออกกำลังกายเสร็จใหม่ๆ ควรดื่มน้ำในปริมาณมากทันทีเพื่อชดเชยการเสียเหงื่อ			
8	การทำงานหนักเช่น ทำสวน ขุดดิน เป็นการออกกำลังกาย			
9	ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที			
10	ผู้สูงอายุควรเลือกออกกำลังกายแต่ละชนิดให้เหมาะกับสภาพร่างกายของแต่ละคน			
11	การเล่นกีฬาเป็นการผ่อนคลายทางด้านอารมณ์			

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
12	การอ่านหนังสือ ช่วยพัฒนาการทางด้านสมอง			
13	การหางานอดิเรกทำซึ่งได้แก่ การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ช่วยลดภาวะความเครียดได้			
14	การสวดมนต์ นั่งสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะ เป็นการทำให้จิตใจสงบส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี			
15	การไม่ออกกำลังกายเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย			
16	การรับประทานยานอนหลับเป็นประจำส่งผลเสียต่อร่างกาย			
17	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ควรไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำและต่อเนื่อง			
18	การตรวจสุขภาพเป็นประจำป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
19	ควรตรวจสุขภาพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
20	เมื่อมีอาการผิดปกติด้านสุขภาพ ควรพบแพทย์ทันที			

2.2 เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวา ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยแต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเสริมและวิตามินบำรุงร่างกายเป็นประจำ				
2	การรับประทานผักและผลไม้เหมาะสำหรับคนที่ท้องผูกเท่านั้น				
3	การรับประทานอาหารเช้าแต่ละมื้อควรคำนึงถึงความอร่อยมากกว่าคุณค่าทางสารอาหาร				
4	อาหารที่มีไขมันสูง เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับคนอ้วนเท่านั้น				
5	คนที่มีรูปร่างผอมควรรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารประเภททอด				
6	หลังรับประทานอาหารเช้า ควรวิ่งหรือทำงานอย่างหนักทันที ทำให้อาหารย่อยได้ดีขึ้น				
7	ควรตั้งใจออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยให้ได้สัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
8	การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะต้องออกในชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
9	การออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์กีฬาได้ผลดีกว่าการออกกำลังกายโดยไม่ใช้อุปกรณ์				
10	การอ่านหนังสือ เป็นการฝึกสมาธิและสมองได้				
11	การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ทำให้สุขภาพจิตดี				
12	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง				
13	เมื่อไม่สบายใจหรือมีปัญหาในร่างกายแล้วปรึกษาผู้อื่นถือว่าเป็นเรื่องไม่น่าอาย				
14	การตรวจสุขภาพร่างกายปีละครั้ง เป็นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้				
15	ควรไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย				

2.3 การรับรู้การดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวา ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยแต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ช่วยทำให้ร่างกายได้รับวิตามินมากกว่า ข้าวขัดขาว				
2	การรับประทานอาหารจำพวกเครื่องในสัตว์ และไข่แดง มีส่วนช่วยลดคอเลสเตอรอลในเลือดได้				
3	การรับประทานอาหารมันและอาหารที่มีรสชาติหวาน ช่วยป้องกันโรกระบบหลอดเลือดและหัวใจ				
4	การออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้ความเสื่อมของร่างกายช้าลงร่างกาย				
5	การอ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ และทำสมาธิจะช่วยให้จิตใจสงบ สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
6	การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายเป็นประจำ จะทำให้มีวัยอะ ต่างๆ ทรวดโทรมเร็วกว่าปกติ				
7	การรับประทานนอนหลับเป็นประจำ ทำให้นอนหลับสบาย				
8	เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ท่านจะไม่ออกกำลังกาย				
9	ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อ สุขภาพ				
10	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ดูแลสุขภาพ ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับ เรื่องสุขภาพช่วยให้ดูแลสุขภาพตนเอง ได้ดีขึ้น				
11	การดูแลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ มี ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง				
12	การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความ เสี่ยงจากโรคที่สามารถป้องกันได้				
13	การรับรู้ความรุนแรงของการขาดการดูแล สุขภาพ การขาดการดูแลสุขภาพอาจทำให้เกิดโรค ต่างๆได้ง่าย เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง				
14	การพักผ่อนไม่เป็นเวลาไม่มีผลต่อโรค ความดันโลหิตสูง				
15	การเลือกรับประทานอาหารตามหลัก โภชนาการเป็นวิธีการดูแลสุขภาพของ ตนเอง				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
16	ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทางด้านร่างกาย และมีผลต่อเนื่องไปถึง ด้านจิตใจ รวมทั้งครอบครัวและสังคม				
17	การตรวจสุขภาพประจำปีจะทำให้ความ รุนแรงของการเกิดโรคลดน้อยลง				

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อทางด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวา ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว โดยแต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง หน่วยงานมีปัจจัยเอื้อมากเพียงพอ
มาก หมายถึง หน่วยงานมีปัจจัยเอื้อปานกลาง
น้อย หมายถึง หน่วยงานมีปัจจัยเอื้อน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง หน่วยงานไม่มีปัจจัยเอื้อเลย

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการได้รับ			
		มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
1	การมีและการเข้าถึงสถานบริการด้านสาธารณสุข ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดี				
2	ท่านสามารถพูดคุยติดต่อกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี				
3	ท่านสะดวกในการเดินทางจากที่พักไปชมรมผู้สูงอายุ				
4	กรณีเจ็บป่วย ท่านรับประทานยาหรือใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ตามที่แพทย์สั่ง				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
5	การรับรู้นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ มีนโยบายส่งเสริมผู้สูงอายุให้ได้รับอาหารที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม				
6	ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจากชมรม เช่น การเดินรำ การรำวง การเล่นเกมดนตรี				
7	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกวิธีจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์				
8	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่อง สุขภาพอนามัย จากบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข				
9	มีนโยบาย/โครงการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
10	การมีชมรมผู้สูงอายุ ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในชมรมผู้สูงอายุได้อย่างกว้างขวาง				
11	การเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ทำให้อยากดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น				
12	การเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้น เช่น คุณระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้				
13	ท่านได้ใช้สถานที่และอุปกรณ์ของชมรมผู้สูงอายุในการออกกำลังกายของตนเอง				

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมด้านการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวา ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยแต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ ประมาณ 5 -7 ครั้ง/สัปดาห์
 มาก หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ ประมาณ 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์
 น้อย หมายถึง ได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ ประมาณ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์
 น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำเลยในหนึ่งสัปดาห์

ข้อคำถาม	การได้รับ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
การได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านการออกกำลังกาย				
1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลและชมรม				
2. เพื่อนและบุคคลในครอบครัว				
3. สื่อต่างๆเช่น วารสาร แผ่นพับ ใบปลิว				
ด้านการรับประทานอาหาร				
4. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลและชมรม				
5. เพื่อนและคนในครอบครัว				
6. สื่อต่างๆ เช่น วารสาร แผ่นพับ ใบปลิว				
การนอนหลับพักผ่อน				
7. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลและชมรม				

ข้อความ	การได้รับ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
8. เพื่อนและคนในครอบครัว				
9. สื่อต่างๆ เช่น วารสาร แผ่นพับ ใบปลิว				
การได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ การจัดการกับความเครียด				
10. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจาก โรงพยาบาลและชมรม				
11. เพื่อนและคนในครอบครัว				
12. สื่อต่าง ๆ เช่น วารสาร แผ่นพับ ใบปลิว				
การตรวจสุขภาพ				
13. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจาก โรงพยาบาลและชมรม				
14. เพื่อนและคนในครอบครัว				
15. สื่อต่าง ๆ เช่น วารสาร แผ่นพับ ใบปลิว				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียวโดยในแต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์)
ปฏิบัติมาก	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ แต่ไม่สม่ำเสมอ (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หรือ นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ปฏิบัติน้อยจนถึงไม่ปฏิบัติเลย (น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์)

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติ			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่ปฏิบัติเลย
1	ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอด				
2	ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้				
3	ท่านรับประทานอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ก๋วยเตี๋ยวชชี				
4	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย				
5	ท่านรับประทานอาหารเช้าแต่พออิ่ม และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหนักใกล้เวลานอน				
6	ท่านเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมที่ท่านสนใจ เมื่อท่านต้องการผ่อนคลายด้านอารมณ์และจิตใจ				
7	ท่านออกกำลังกาย แต่ครั้งหนึ่งออก				
8	ท่านทำกิจกรรมเคลื่อนไหวในแต่ละวัน แทนการนั่งหรือนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน เช่น เดินไปมาในบริเวณบ้าน				
9	ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน				
10	ท่านทำกิจกรรม เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง อ่านหนังสือ เพื่อเป็นการคลายความเครียด				

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติ			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่ปฏิบัติเลย
11	เมื่อท่านพบเรื่องไม่พอใจ ท่านแสดงอารมณ์ออกมาทันที				
12	เมื่อมีความเครียดหรือวิตกกังวลท่านพยายามค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข				
13	เมื่อท่านเจ็บป่วยเล็กน้อยท่านหลีกเลี่ยงที่จะใช้ยา				
14	ท่านใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ควบคุมน้ำหนัก วัตรอบเอวเป็นประจำ				
15	ท่านขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ				
16	ท่านไปมาหาสู่กับเพื่อนๆ และญาติพี่น้องเป็นประจำ				
17	ท่านสังเกตและประเมินความผิดปกติของร่างกายที่ท่านต้องรีบไปพบแพทย์				
18	เมื่อเจ็บป่วยท่านซื้อยามารับประทานเอง				
19	ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพ เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ1ครั้งเป็นประจำ				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	นางสาววิภาวรรณ เฟ็งพานิช
วัน เดือน ปีเกิด	31 ตุลาคม พ.ศ. 2528
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา
ประวัติการศึกษา	การบริหารโรงพยาบาล (วท.บ) คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2550 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขภิบาล 3