

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (biological theories) ของผู้สูงอายุได้อธิบายความชรา (aging) ว่าเกิดขึ้นเนื่องจากความเสื่อมของเซลล์ เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทิศทางที่ตรงข้ามกับอายุที่เพิ่มขึ้น ความว่องไวน้อยลง ปฏิกริยาตอบสนองน้อยลง ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม การลดบทบาทในสังคมทำให้เกิดความซึมเศร้าและความว้าเหว่ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุได้ง่าย การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Heidrich, 1998; Robertson, 1991) ดังนั้น การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Walker, 1997) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) และความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ตัวอย่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย หรือ

การพักผ่อน การมีโภชนาการที่ดี และมีกิจกรรมในการลดความเครียดที่เกิดขึ้น (Palank, 1991) ส่วนวอล์คเกอร์ (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999) ได้เสนอพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่ามี 6 กิจกรรม ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นความห่วงใยและเอาใจใส่ต่อสุขภาพ โดยการเลือกสรรสิ่งที่ดีสำหรับสุขภาพ (Travi & Ryan, 1981 cited in Walker, 1997) เป็นการกระทำของบุคคลในอันที่จะส่งเสริมความผาสุกของตนเอง (Ardell, 1986 cited in Walker, 1997) บุคคลต้องมีการริเริ่มที่จะดูแลตนเอง กำหนดแผนในการกระทำหรือตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เอาใจใส่และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพตนเอง ผู้ที่อายุน่ามักจะปล่อยให้ความรับผิดชอบสุขภาพของตนเองอยู่ในมือของพยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียการควบคุมตนเองในด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดพฤติกรรมพึงพิง (Ebersole & Hess, 1994) ดังนั้นในวัยสูงอายุจึงควรเอาใจใส่ดูแลร่างกายของตนเองทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งวอล์คเกอร์ (Walker, 1997) ได้กล่าวถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพว่า ประกอบด้วยความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงการค้นหาและสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเองที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่มิหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่างๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2533) วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่จะตรวจร่างกาย หรือสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ซึ่งคล้ายคลึงกับปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งการตรวจสุขภาพจะเป็นการช่วยค้นหาความผิดปกติของร่างกายก่อนที่จะปรากฏอาการที่รุนแรง หรือเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่างๆ ในอันที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคบางโรคได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือโรคมะเร็ง เป็นต้น (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2535) นอกจากนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพยังเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น

2. กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานเกิดขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย (Jones & Jones, 1997) มีการปฏิบัติในกิจกรรมที่เบาหรือปานกลางเป็นประจำ โดยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมยามว่าง (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999) การปฏิบัติกิจกรรมที่เบาหรือปานกลาง จะมีการใช้พลังงาน 150 แคลอรีต่อวัน หรือ 1,000 แคลอรีต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว 30 นาที การว่ายน้ำ 20 นาที หรือการล้างชักรด 45-60 นาที เป็นต้น (Surgeon general's report, 1996) จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะในระบบไหลเวียน การทำหน้าที่ของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตลดลง รวมกับความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดเป็นไปได้น้อย การขยายตัวของทรวงอกลดลงเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อมีการทำกิจกรรม (Beckingham & Dugas, 1993) นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวและความอ่อนตัวของข้อจะลดลง เนื้อกระดูกบางลง โดยเฉพาะในผู้หญิงจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท การนำกระแสประสาทช้าลง ทำให้การรับรู้ต่างๆลดลง การทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวเป็นไปไม่ได้ไม่ดี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้เกิดการไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อและข้อต่อ ทำให้เกิดการฝ่อลีบและข้อติด (Gill, Williams, Williams, Butki, & Kim, 1997) ร่วมกับการที่ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีการสะสมไขมันแทนที่กล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น (Abrams, Beers, & Berkow, 1995) ดังนั้น การกำหนดการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งการกำหนดกิจกรรมทางกายประกอบด้วย (Jones & Jones, 1997)

2.1 ความถี่ในการทำกิจกรรม (frequency) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ทุกวันในแต่ละสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น

2.1.1 กิจกรรมที่ทำได้ทุกวัน ได้แก่ การเดิน การทำงานในสวน การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ หรือการจอดรถให้ห่างจากจุดหมายที่จะไปแล้วใช้การเดินแทน

2.1.2 กิจกรรมที่ควรทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น และการทำกิจกรรมที่ให้ความบันเทิง (recreational activities) เช่น การเดินป่า การวาดรูป การเล่นเกมกีฬา

2.1.3 กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมยามว่าง (leisure activities) เช่น การเล่นเกมกอล์ฟ การโยนโบว์ลิ่ง การปลูกต้นไม้ เป็นต้น และกิจกรรมที่มีการยืดคลายกล้ามเนื้อและการอ่อนตัวของข้อ เช่น การทำกายบริหาร โยคะ ไทชิ (tai-chi)

2.2 ความหนักเบา (intensity) กิจกรรมที่ปฏิบัติควรมีความหนักอยู่ในระดับเบาหรือปานกลาง โดยพิจารณาจากการใช้พลังงานของร่างกาย หรือจากอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) สำหรับผู้สูงอายุ ได้กำหนดความหนักไว้ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Abrams, Beers, & Berkow, 1995) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จาก เอาอายุของบุคคลนั้นๆ ลบออกจาก 220 (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) ทั้งนี้ประเมินได้จากการจับชีพจรภายหลังการออกกำลังกายแล้ว 3-5 นาที (Long, 1995) หรือใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะที่ออกกำลังกายว่าเป็นอย่างไร ถ้าเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไป หรือถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยแสดงว่าเบาไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2540; Jones & Jones, 1997) การทำกิจกรรมจะต้องทำให้เกิดความเหนื่อยหรือมีความหนักที่เหมาะสม จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย

2.3 ระยะเวลา (timing) เป็นช่วงระยะเวลาของการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกายคือประมาณ 20 นาที เป็นอย่างน้อย

ในวัยสูงอายุเป้าหมายของการมีกิจกรรมทางกายก็เพื่อรักษาสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงของอวัยวะในร่างกาย ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และกระดูก เพิ่มความอ่อนตัวของข้อต่อ ทำให้การทำงานในระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น (Schilke, 1991) ทางด้านจิตใจ จะช่วยส่งเสริมความมั่นใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Surgeon general's report, 1996; Wiest & Lyle, 1997) ในการศึกษาของชิน (Shin, 1999) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเดินต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและอารมณ์ ในสตรีสูงอายุชาวเกาหลี จำนวน 27 คน โดยให้เดินเป็นเวลา 50-60 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการเข้าโปรแกรม ผู้สูงอายุมีการทำหน้าที่ของหัวใจและปอดดีขึ้น ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนสูงสุด (VO_2 max) ได้มากขึ้น ความอ่อนตัวของข้อต่อดีขึ้น ส่วนด้านจิตใจพบว่า กลุ่มที่เดินจะมีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เดิน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของกรกานต์ ป้อมบุญมี (2538) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดเชียงใหม่ โดยให้ผู้สูงอายุเดินเร็ว ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์ พบว่า สมรรถภาพทางกาย อาทิเช่น แรงบีบมือ ความอ่อนตัวของข้อและกระดูกสันหลัง ความจุปอด มีคะแนนดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งร่างกายและจิตใจแก่ตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจแล้ว ทางด้านสังคม ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอีกทางหนึ่งด้วย (Jones & Jones, 1997) ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้มีเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น

ในการศึกษาเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ (ดวงเดือน พันธุโชติ, 2539;

ปาลิรัตน์ พรทวีกันทา, 2541; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538; Fowler, 1996; Riffle, Yoho, & Sams, 1989; Speake, Cowart, & Pellet, 1989)

3 การเจริญทางจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานส่วนหนึ่งของมนุษย์ (Heriot, 1992) และเป็นภาวะการที่ไม่หยุดนิ่ง มีการพัฒนาตลอดอายุขัย ที่จะช่วยในการมองโลกของบุคคล เช่น การหลุดพ้นจากตนเอง (self-transcendence) ความหวัง ความรู้สึกผิดชอบตามศีลธรรม ความสูญเสีย ความตาย ความรักความจริงใจ รวมถึงการให้ความหมายในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน (Hicks, 1999) และเป็นแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล ไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามความต้องการ (Carson, 1989)

การเจริญทางจิตวิญญาณ จะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยการผ่านทางสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ (transcending) การติดต่อ (connecting) และการพัฒนา (developing) สิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเอง ในอันที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุขและเปิดกว้างในการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ การติดต่อ เป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนา เกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต และทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการสูญเสียมากมายหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและการดำเนินชีวิต ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ซึ่งการสูญเสียในแต่ละสิ่งสร้างความเสื่อมถอยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงของจิตใจ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528; Berggren-Thomas & Griggs, 1995) ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาสิ่งที่จะช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Muzaffar, 1991) ซึ่งการเจริญทางจิตวิญญาณนี่จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (Berggren-Thomas & Griggs, 1995; Hicks, 1999) การเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นกระบวนการของแต่ละบุคคลที่จะเพิ่มความตระหนักในความหมาย เป้าหมายและคุณค่าในชีวิต (Carson, 1989) ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความรู้หรือความเชื่อ ประสบการณ์ในชีวิต และสถานการณ์ภายนอกที่สนับสนุนความเชื่อ (Thibaull et al., 1991 cited in Ebersoles & Hess, 1998) ในผู้สูงอายุจะมีความเชื่ออย่างมากในเรื่องของสิ่งที่มีอำนาจนอกเหนือตนเอง ในอันที่จะช่วยให้เกิดความผาสุกให้กับตนเอง (Hicks, 1999) ทำให้ศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญทางจิตวิญญาณ (Carson, 1989; Hicks, 1999) ในอันที่จะนำไปสู่ นิพพาน (nirvana) หรือทางดับทุกข์ในทางพุทธศาสนา (แสง จันทร์งาม, 2531; Muzaffar, 1991) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่ไม่ยึดติดกับตัวตนของตนเอง สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบกับสิ่งที่แปลกใหม่และท้าทายในชีวิต ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ

(Nelson, 1991) และยังเป็นการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมอีกทางหนึ่ง (Berggren-Thoma & Griggs, 1995) ในการศึกษาการเจริญทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี จิตรา จันทะนกิจ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อคำถามด้านการเจริญทางจิตวิญญาณที่สร้างขึ้นเอง พบว่า ผู้สูงอายุยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และยึดมั่นในคำสอนของศาสนา ส่วนจิรวรรณ อินคุ้ม (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งผู้วิจัยสร้างข้อคำถามด้านการเจริญทางจิตวิญญาณขึ้นเองเช่นกัน พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามเป้าหมายของชีวิต ส่วนในการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) เกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง และการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ที่วัดการเจริญทางจิตวิญญาณ ซึ่งแต่เดิมใช้คำว่าความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ และเชื่อว่าชีวิตของตนมีจุดมุ่งหมาย

4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญสำหรับมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม และเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล (Vanore-Black, 1990) บรอดเฮด และคณะ (Broadhead et al., 1983 cited in Smith, 1996, p.215) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็นความรู้สึกนึกคิดที่กระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่นและมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ” ส่วนวอล์คเกอร์ (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้ง (intimacy) และความใกล้ชิด มากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด” การสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารทางหนึ่งโดยไม่ต้องใช้คำพูด (Barnett, 1972) การสัมผัสจะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ และความกระฉับกระเฉง (Quinn, 1992) จากการศึกษาของประภาศรี จิระยิ่งมงคล (2536) ได้ศึกษาผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสอย่างต่อเนื่องจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส นอกจากการสัมผัสแล้ว การแสดงออกถึงความผูกพันอันลึกซึ้ง เช่น การสบตา การแสดงออกถึงความเข้าใจ ความอบอุ่น หรือการแบ่งปัน

ความรู้สึกซึ่งกันและกัน (Burnside, 1998) จะส่งผลให้ตนเองและบุคคลอื่น รู้สึกอบอุ่น ทำให้เกิดการยึดมั่นผูกพัน และช่วยป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตได้ (Turner & Helms, 1991)

ในผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการติดต่อทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลอื่น แต่ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยืดอกลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งการเห็นห่างออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ (Thurmont, 1977 อ้างใน สุพรรณิ นันทชัย, 2534) ในทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ได้กล่าวถึงความจำเป็นของการติดต่อในสังคมของผู้สูงอายุว่าจะช่วยเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า เนื่องจากยังสามารถคงบทบาทไว้ได้ในสังคม (Matteson, McConnell, & Linton, 1997) การมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุทั้งในและนอกครอบครัว จะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม เช่น ความเป็นเพื่อน การมีผู้ร่วมทุกข์ร่วมสุข และการยอมรับนับถือ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) นอกจากนี้จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น (Pender, 1996) ดังนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller, 1991) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ จำนวน 6 ราย พบว่าการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ นพวรรณ หาญพล (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพภายในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอ แผลมงอบ จังหวัดตราด จำนวน 179 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

5. การจัดการกับความเครียด มนุษย์ทุกคนย่อมจะเกิดความเครียดขึ้นได้ แต่บุคคลจะมีการรับรู้และการคิดเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน การดำเนินชีวิตเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเวลาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้แต่ละชีวิตจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตให้สมดุลได้ การเกิดความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ เป็นการทำหน้าที่ป้องกันตัวตามธรรมชาติและเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อต่อสู้และต้านทาน ปัญหาอุปสรรคหรือภาระหนักต่างๆ เพื่อสามารถจัดสมดุลเหตุที่รบกวน และปรับแก้การเสียสมดุลของระบบให้คืนสู่สภาพสมดุล (ละออ นุตางกูร, 2534) ซึ่งวอล์คเกอร์ (Walker, 1997) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) ไว้ 3 ชนิดคือ

- สิ่งที่เกิดความเครียดเรื้อรัง (chronic stressors) เป็นปรากฏการณ์ต่างๆไปที่เกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรัง ในชีวิตของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด

- เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (major life events) ที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่ตามมาอาจจะดีหรือไม่ดี เช่น การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว หรือการผ่าตัด

- สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (acute daily hassles) เช่น อุบัติเหตุต่างๆในชีวิตประจำวัน การผัดผ่อน การทำเงินหาย

ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และมีความเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Pender, 1996) ซึ่งการจัดการกับความเครียด จะเป็นการปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือลดความตึงเครียดต่างๆที่เกิดขึ้นโดยอาศัยแหล่งประโยชน์จากร่างกายและจิตใจของตนเอง (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999) ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจากเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นทางลบ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องลดความเครียดของตน ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมหรือใช้เทคนิคลดความเครียดเป็นสิ่งสำคัญ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้

5.1 การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situations) โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรก หรือการพักผ่อนหย่อนใจ

5.2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (Increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดสามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจ สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง พัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเอง และเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด สำหรับการจัดการกับความเครียดโดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกายทำได้โดยการออกกำลังกาย จากการศึกษาของ โจนส์ และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ได้ทำการสอบถามถึงการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกัน พบว่ามีการรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการลดความรู้สึกเครียด และการศึกษาของศักดิ์ฐานพงษ์ ไชยศรี (2541) ในเรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพศหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 38 ราย โดยทำกายบริหารแบบมือเปล่า และทำออกกำลังกายของสภากาชาด เป็นเวลา 10 สัปดาห์ๆละ 4 วัน วันละ 25-30 นาที โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังเข้าโปรแกรมออกกำลังกาย ผู้สูงอายुरายงานว่าการออกกำลังกายช่วยให้ไม่เครียด

5.3 การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีรวิทยา ที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiologic arousal resulting from stress) โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการผ่อนคลายโดยใช้เครื่องไบโอฟีดแบค (biofeedback) จากการศึกษาของ มารยาท จิตบรรพต (2534) ได้

เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการฝึกผ่อนคลายความเครียด ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากนักจิตวิทยาและโปรแกรมเทปโทรทัศน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดลดลงภายหลังได้รับการฝึก ไม่ว่าจะได้รับการฝึกจากนักจิตวิทยา หรือจากเทปโทรทัศน์ ทั้งนี้เนื่องจาก การผ่อนคลายจะช่วยให้เกิดความสงบทางจิตใจ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นได้

6. การบริโภคอาหาร จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพ และสุขภาพ รวมถึงการเลือกอาหารที่ถูกต้องในแต่ละวันตามปิระมิดแนะนำอาหาร (food guide pyramid) (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999) ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องชี้สภาพความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของมนุษย์ การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิต (lifestyle disease) ไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการย่อยอาหาร ตั้งแต่ในช่องปากจนถึงลำไส้ ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง ทำให้เกิดฟันเปราะและผุง่าย เป็นเหตุให้การเคี้ยวอาหารเป็นไปได้น้อยลง การผลิตน้ำย่อยต่างๆลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารเป็นไปได้น้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางโภชนาการได้ง่าย เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืด หรือขาดสารอาหารได้ง่าย ซึ่งชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินทร์ พุทธป่วน (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำพูน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ความอยากอาหารลดลง รองลงมาคือ ท้องอืดและเคี้ยวลำบาก นอกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้ว การมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ ยังส่งผลต่อการบริโภคของผู้สูงอายุ ปัญหาเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายของผู้สูงอายุได้ ซึ่งจากการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจาก 8 จังหวัดใน 4 ภาคของประเทศไทย ของสุรีย์พันธ์ บุญวิสุทธิ, พิมพ์ วัชรพงศ์กุล, สมศรี ภูสีม่วง, ศิริพร จันทร์ฉาย, และแสงโสม สีนะวัฒน์ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุไทยบางส่วนประสบกับปัญหาค้นนิมมวลกาย (body mass index, BMI) ต่ำและเกินกว่าเกณฑ์ปกติ และมีภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาทางด้านทุพโภชนาการอยู่

โดยทั่วไป ความต้องการอาหารของผู้สูงอายุจะมีปริมาณลดลง แต่ส่วนประกอบของอาหารยังคงต้องมีคุณค่าเช่นเดิม เนื่องจากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ กล้ามเนื้อและกระดูกจะมีขนาดลดลง ทำให้สัดส่วนของไขมันเพิ่มขึ้น ร่วมกับการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุน้อยลง ทำให้ความต้องการพลังงานลดลงจากวัยผู้ใหญ่ สำหรับผู้สูงอายุชาย ควรได้รับพลังงาน 1,840-2,760 กิโลแคลอรี/วัน และในผู้สูงอายุหญิง ควรได้รับ 1,520-2,280 กิโลแคลอรี/วัน (คณะกรรมการจัดทำข้อ

กำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน, 2532) การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จึงต้องคำนึงถึงหลักทางโภชนาการและมีแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี โดยยึดหลักการรับประทานอาหารตามปริมาณแนะนำอาหาร ดังนี้ (Miller & Prices, 1998)

6.1 ฐานที่ 1 (ฐานล่างสุด) อาหารหมวดข้าว แป้งและเมล็ดธัญพืช อาหารในหมวดนี้จะเป็นแหล่งให้พลังงานเพราะมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตสูง ซึ่งในผู้สูงอายุควรบริโภคเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) เช่น ข้าว ธัญพืช มากกว่าคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (simple carbohydrate) เช่น น้ำตาล น้ำผึ้ง และควรบริโภคอาหารจำพวกข้าว และผลิตภัณฑ์จากแป้ง 6-11 หน่วยบริโภค (serving) ในแต่ละวัน ซึ่งใน 1 หน่วยบริโภคจะเท่ากับ ขนมปัง 1 แผ่น หรือ ข้าวครึ่งถ้วยตวง หรือเมล็ดธัญพืช 30 กรัม

6.2 ฐานที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

6.2.1 อาหารจำพวกพืช ผักต่างๆ เป็นแหล่งที่ให้วิตามินและแร่ธาตุ โดยเฉพาะพืชผักที่มีสีเขียวและสีเหลือง ซึ่งให้วิตามินเอและซี ในหมวดนี้ ผู้สูงอายุควรบริโภค 3-5 หน่วยบริโภคต่อวัน โดยใน 1 หน่วยบริโภค เท่ากับ ผักดิบเป็นใบ 1 ถ้วยตวง หรือ ผักปรุงสุก ครึ่งถ้วยตวง หรือน้ำผัก 3/4 ถ้วย

6.2.2 อาหารจำพวกผลไม้ เป็นแหล่งที่ให้พลังงานได้ เพราะมีคาร์โบไฮเดรตประเภทน้ำตาลฟรุกโตส นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งให้วิตามินและเกลือแร่ร่วมด้วย ในหมวดนี้ควรรับประทาน 2-4 หน่วยบริโภคต่อวัน โดยใน 1 หน่วยบริโภค เท่ากับ 1 ผลกลางของแอปเปิ้ลกล้วย ส้ม หรือผลไม้ปรุงสุกหรือผลไม้กระป๋อง ครึ่งถ้วยตวง หรือน้ำผลไม้ 3/4 ถ้วย

อาหารทั้ง 2 จำพวกนี้ จะให้คุณค่าทางวิตามินและเกลือแร่ ความต้องการวิตามินและเกลือแร่ในผู้สูงอายุยังคงปริมาณเท่ากับในวัยผู้ใหญ่ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาในเรื่องของการดูดซึมทำให้เกิดความบกพร่องของวิตามินและแร่ธาตุในร่างกายได้ วิตามินและเกลือแร่จะมีผลต่อการทำหน้าที่ในร่างกายอย่างมาก อาทิเช่น วิตามินเอ มีความสำคัญต่อสายตา วิตามินซี ช่วยในการส่งเสริมการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ รักษาภาวะกรดเพื่อช่วยในการดูดซึมแร่เหล็ก วิตามินดี ช่วยในการดูดซึมแคลเซียมและฟอสฟอรัส เพื่อความแข็งแรงของกระดูกและฟัน เป็นต้น นอกจากนี้การบริโภคผัก ผลไม้ จะทำให้ได้ใยอาหาร (fiber) ใยอาหารจะช่วยให้อัตราการดูดซึมกลูโคสในลำไส้ลดลง และขัดขวางการดูดซึมน้ำดีซึ่งมีโคเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบ ทำให้โคเลสเตอรอลถูกขับออกจากร่างกาย และกระตุ้นลำไส้ให้มีการบีบตัวทำให้ไม่เกิดภาวะท้องผูกและลดการเกิดมะเร็งในลำไส้ (Watson, 1997) ซึ่งในผู้สูงอายุจะพบว่า รับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้มากกว่าอาหารในหมวดอื่นๆ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540)

6.3 ฐานที่ 3 แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

6.3.1 อาหารในหมวด นม โยเกิร์ต และชีส ควรบริโภค 2-3 หน่วยบริโภค คือนม หรือโยเกิร์ต 2-3 แก้วต่อวัน อาหารในกลุ่มนี้จะให้แร่ธาตุจำพวกแคลเซียม โดยผู้สูงอายุ ควรได้รับแคลเซียม 800 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ร่วมกับการลดลงของเอสโตรเจนในสตรี ทำให้ความหนาแน่นของกระดูก (bone density) น้อยลง ส่งผลให้กระดูกเปราะและหักง่าย แต่ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุไทยมักไม่นิยมดื่มนม (จันทร์เพ็ญ รูปประภาวรรณ, 2540; สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540) ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมการดื่มนม หรือผลิตภัณฑ์ที่มาจากนมในผู้สูงอายุให้มากขึ้น

6.3.2 อาหารในหมวดเนื้อสัตว์ ไข่ และถั่วเมล็ดแข็ง ควรบริโภค 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน โดย 1 หน่วยบริโภคเท่ากับ เนื้อสัตว์ปรงสุก 2-3 ออนซ์ หรือถั่วเมล็ดแข็งครึ่งถ้วยตวง หรือไข่ 1 ฟอง อาหารหมู่นี้เป็นแหล่งสำคัญที่ให้โปรตีน ในผู้สูงอายุมีความต้องการกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายและควรได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนอย่างเพียงพอ เนื่องจากในวัยสูงอายุจะมีการเสื่อมของเซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกาย ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีน 0.8 กรัม/น้ำหนักตัว(ก.ก)/วัน (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน, 2532)

6.4 ฐานที่ 4 เป็นส่วนย่อยของไขมัน เป็นกลุ่มจำพวกไขมัน และน้ำตาล ซึ่งมีได้กำหนดปริมาณเฉพาะเจาะจงว่าควรบริโภคกี่หน่วย แต่ควรบริโภคให้น้อยลงตามสัดส่วนที่เล็กที่สุดของไขมัน ทั้งนี้เนื่องจากไขมันและน้ำตาลมีการกระจายอยู่ในอาหารหมวดอื่นๆร่วมด้วย ไขมัน เป็นแหล่งที่ให้พลังงานและช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ผู้สูงอายุควรบริโภคไขมันจากพืชซึ่งเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เช่นน้ำมันถั่วเหลือง ยกเว้น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม มากกว่าไขมันจากสัตว์และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หนังสัตว์ อาหารที่ใส่กะทิ ซึ่งเป็นสาเหตุให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น จะมีผลต่อการเกิดการอุดตันในหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย (วินัส ลิพหกุล, 2539) ในผู้สูงอายุไทยพบว่ามีส่วนที่ยังบริโภคไขมันจากสัตว์ (ชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินทร์ พุทธป่วน, 2536; สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540) และมักมีปัญหาในเรื่องของไขมันในเลือดสูง (สุริย์พันธ์ บุญวิสุทธิ์ และคณะ, 2541) ส่วนน้ำตาลเป็นสารที่ให้ความหวานและพลังงาน โดยปราศจากสารอาหาร (Long, 1995) เมื่อร่างกายได้รับน้ำตาลที่มากเกินไป จะส่งผลให้ร่างกายได้รับพลังงานมากขึ้น นำไปสู่โรคอ้วน ทำให้ตับอ่อนต้องทำงานมากขึ้นเพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด นอกจากนี้ยังทำให้ฟันผุง่ายขึ้น

ในการเลือกซื้ออาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุสามารถวางแผนเลือกซื้อได้โดยการอ่านฉลากโภชนาการ (nutrition label) ซึ่งจะแสดงถึงปริมาณสารอาหารในอาหารนั้นๆต่อปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้รับประทานใน 1 วัน (เบญจพร สุขประเสริฐ, 2541)

ข้อมูลจะประกอบด้วยอาทิเช่น หน่วยบริโภค คือปริมาณอาหารที่รับประทานใน 1 ครั้ง จำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ คือ จำนวนหน่วยบริโภคของอาหารที่มีอยู่ในภาชนะนั้น และคุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคทราบว่าอาหารที่รับประทานเข้าไปจะให้สารอาหารมากน้อยแค่ไหน การอ่านฉลากโภชนาการจะช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารที่เพียงพอ ไม่มากหรือน้อยเกินไป และช่วยในการหลีกเลี่ยงสารอาหารบางชนิดได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคไต เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง ลดการเกิดความเสี่ยงป่วย และลดการเป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่น

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆของบุคคลที่มุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และกระทำอย่างต่อเนื่องจนผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิต (The Lifestyle and Health Assessment, LHHA) เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งวัดพฤติกรรม 10 กิจกรรม คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้บริการสุขภาพ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อ ต่อมา วอล์คเกอร์, และคณะ (Walker et al., 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile, HPLP) โดยนำเครื่องมือ LHHA มาพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรมที่มีการซ้ำซ้อนและคล้ายคลึงไว้ด้วยกัน ได้เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 กิจกรรมได้แก่ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) การบริโภคอาหาร (nutrition) การออกกำลังกาย (exercise) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) การสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) และการจัดการกับความเครียด (stress management) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบ่งเป็น 4 ระดับคือ 1 เท่ากับ ไม่ปฏิบัติ 2 เท่ากับ บางครั้ง 3 เท่ากับ บ่อยครั้ง และ 4 เท่ากับ เป็นประจำ ต่อมาวอล์คเกอร์ (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999) ได้พัฒนาแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile II, HPLP II) มีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ และยังคงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 กิจกรรม โดยปรับปรุงชื่อและข้อคำถามให้มีความถูกต้องมากขึ้น ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน เปลี่ยนชื่อเป็น การเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เนื่องจากผู้ใช้ในการสับสนกับความต้องการขั้นสุดท้ายของมาสโลว์ (Maslow) การสนับสนุนระหว่างบุคคล

เปลี่ยนเป็น การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เพื่อให้แตกต่างจากการสนับสนุนทางสังคม และ การออกกำลังกาย เปลี่ยนเป็น กิจกรรมทางกาย (physical activity) เพื่อให้มีระดับของการทำกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพกว้างขึ้นตามเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าปี 2000 เครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าอัลฟาโดยรวมและรายด้าน อยู่ในช่วง .70-.94 (Fowler, 1997) ฟาวเลอร์ (Fowler, 1997) ได้นำเครื่องมือ HPLP II ไปใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยพาร์กินสัน และหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าอัลฟาโดยรวมเท่ากับ .94 และรายด้าน อยู่ในช่วง .80-.92 เครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพนี้มีการพัฒนาความสัมพันธ์ มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดีที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมีการนำไปใช้กันมากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือนี้ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในครั้งนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ช่วยป้องกันความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และนำไปสู่การมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำกิจกรรมที่มีผลในการช่วยในการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ และความผาสุกของบุคคล เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และจะต้องผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล และจะมีผลให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ โดยมีผลในการเพิ่มความตระหนักในตนเอง (self-awareness) ความพึงพอใจ (self satisfaction) ความเพลิดเพลิน และความยินดี นอกจากนี้ยังเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำของบุคคลในภาวะแวดล้อมที่บุคคลมุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น มากกว่าการได้ตอบอิทธิพลที่คุกคามสุขภาพที่มาจากภาวะแวดล้อม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น และรูปแบบที่ได้รับความสนใจในปัจจุบันคือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender, 1996) โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (expectancy-value theory) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อ

เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งผลประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) โดยพฤติกรรมของบุคคลจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้มีการพัฒนาปรับปรุง จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเดิม (Pender, 1987) โดยอาศัยงานวิจัยที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาพิจารณา และเสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้าน ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยในแต่ละด้านประกอบด้วย

1. **ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล** (individual characteristics and experiences) บุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำที่แสดงออก การมีพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน บุคลิกลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพของบุคคล เช่น เพศ อายุ คำนีมวลกาย (BMI) วัชเจริญพันธุ์ วัชหมดระดู ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (self-motivation) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล ได้แก่ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล

2. **สติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม** (behavior-specific cognitions and affect) การรับรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติ หรือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ ถ้ารับรู้ว่าอุปสรรคในการกระทำมีมาก เช่น ไม่สะดวกสบาย กิจกรรมนั้นทำยาก ก็จะส่งผลให้บุคคลไม่กระทำกิจกรรมนั้นๆ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ความสามารถของบุคคลว่าสามารถกระทำได้ ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว บรรพบุรุษและการสนับสนุนทางสังคม และการมีตัวแบบให้กระทำตาม

3. **ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม** (behavior outcome) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจจะผลักดันให้บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม แต่การปฏิบัติพฤติกรรมตามความตั้งใจอาจไม่เกิดขึ้น อาจเนื่องจากมีความต้องการอื่นแทรกเข้ามาหรือพอใจกับสิ่งที่แทรกเข้ามามากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถกระทำพฤติกรรมในสิ่งที่ตั้งใจไว้แต่ต้น ดังนั้นพฤติกรรมที่แสดงออกจึงขึ้นอยู่กับความยึดมั่นผูกพันในการที่จะกระทำพฤติกรรม (commitment to plan of action) หรือการเลือกที่จะกระทำตามความต้องการกับความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) เมื่อเลือกได้ว่าจะ

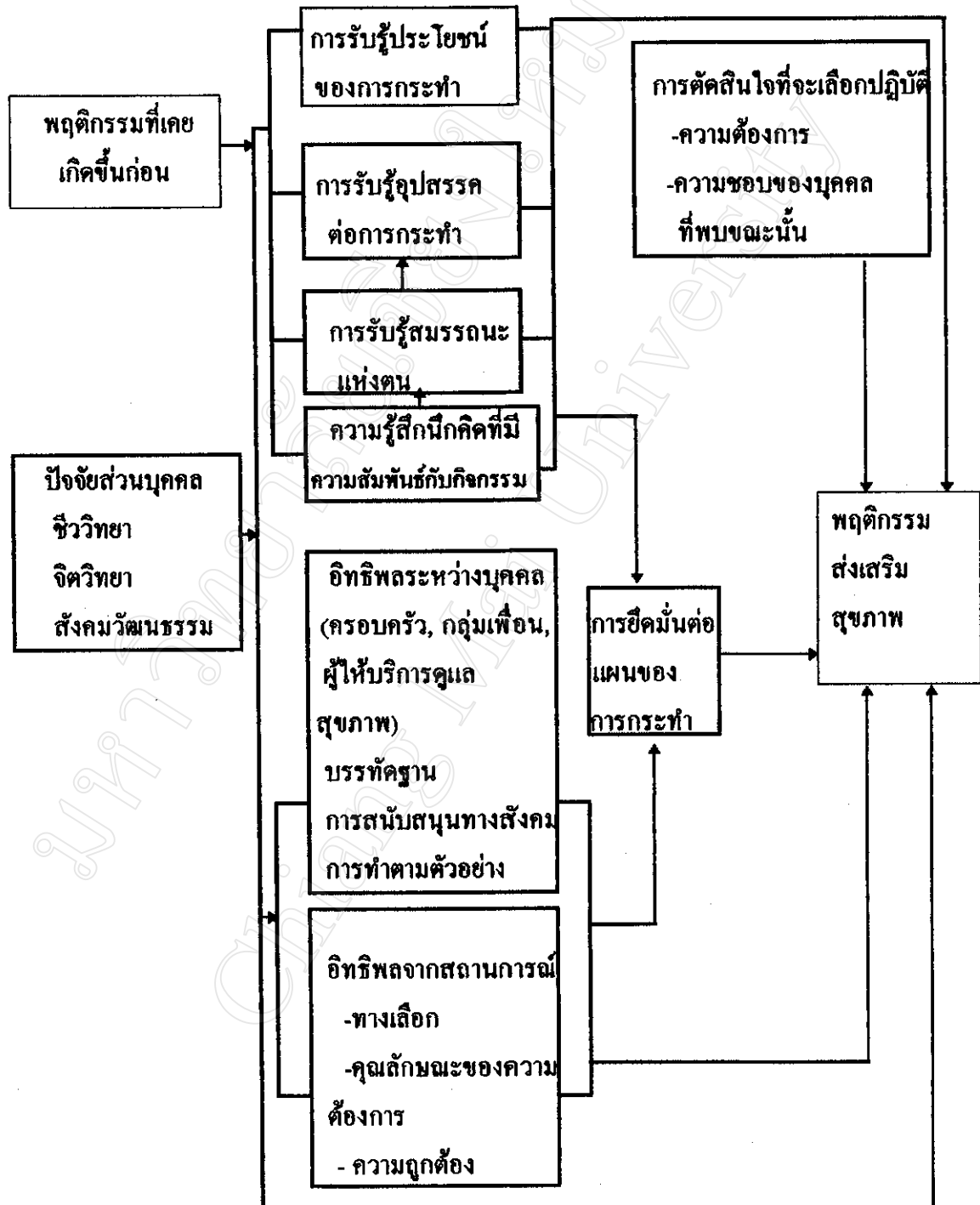
กระทำตามสิ่งใด ก็จะส่งผลให้เกิดหรือไม่เกิดการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behavior) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในทางบวกของสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานไปกับแบบแผนชีวิต และส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพดีตลอดอายุขัยของบุคคลนั้นๆ

สำหรับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ (Pender, 1996) ที่ได้ปรับปรุงขึ้นใหม่ ได้นำเสนอในแผนภูมิที่ 1

ลักษณะและประสบการณ์
ของแต่ละบุคคล

สติปัญญาและความรู้ลึกที่เฉพาะ
เจาะองค์พฤติกรรม

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : เพนเดอร์ (Pender, 1996 p.67)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคล ดังนั้นในการที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะทางสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยอาศัยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล โดยเฉพาะความคาดหวังของบุคคล ความสนใจของบุคคลในการที่จะเลือกรับรู้ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีกับตน บุคคลนั้นก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ที่กล่าวว่า การคาดหวังว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่กระทำจะเป็นไปในทางบวก หรือการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ เป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรม (Pender, 1996) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นความเข้าใจหรือการคาดหวังของบุคคล ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆว่าจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของตนเอง ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน เช่น มีความกระตือรือร้นที่เพิ่มมากขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างสมบูรณ์ ความรู้สึกอ่อนล้าลดลง จิตใจแจ่มใสไม่ขุ่นมัวหรือเครียด เป็นต้น ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รางวัล การได้รับคำชมเชย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม เป็นต้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากภายนอก หลังจากปฏิบัติพฤติกรรมอาจมีความสำคัญต่อการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติ ในขณะที่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน อาจเป็นพลังจูงใจให้เกิดการพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Pender, 1996) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมักเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ หรือสังคม (Martin, 1996)

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย เมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย และเป็นการช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย จากการศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัย และคณะ (2531) (อ้างในโครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย, 2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง มีการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และไม่ขัดสนในเรื่องของการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายโดยการเดิน มีการติดต่อกับผู้อื่นหรือเข้าร่วมงานในสังคม และทำจิตใจให้สงบโดยอาศัยศาสนาเป็นหลัก แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองจะส่งผลต่อการมีอายุยืนยาวและแข็งแรง

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการกับความเครียด การเจริญทางจิตวิญญาณ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี โดยปราศจากอาการของโรคจิต (สมชาย จักรพันธ์, 2542) จากการศึกษาของคอน (Conn, 1998a) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในเรื่องของความเชื่อเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท และเป็นผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแลด้านสุขภาพ จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่า การมีกิจกรรมทางกายมีประโยชน์ต่ออารมณ์และจิตใจ ทำให้เป็นคนอารมณ์ดี ช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของโจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย กับการรายงานการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิงชาวแอฟริกันอเมริกัน จำนวน 30 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายว่า มีผลต่อการลดความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเองให้ดีขึ้น

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การมีกิจกรรมทางกาย การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น มีการพบปะผู้อื่นมากขึ้นและเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและชุมชน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม (Jones & Nies, 1996) นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจแล้ว ยังเป็นการช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายในอันที่จะต้องใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พบว่าจะจะเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง สำหรับวัดพฤติกรรมเฉพาะอย่าง เช่น การออกกำลังกาย การใช้หูฟังป้องกันเสียง หรือการคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น (Gillis, 1993; Palank, 1991) ทั้งนี้การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษาของโจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายตามมา ส่วนกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากตามไปด้วย และการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ ปราณี ทองพิลา (2541) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระมงกุฎ พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากตามไปด้วย ส่วน

จิตรา ชนะกิจ (2541) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังได้

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุรับรู้พฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ ต่อสุขภาพของตน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้ผู้สูงอายุเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมากขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยทางด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นลักษณะภายในของบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด และการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ และเพศ และปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. เพศ แสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Palank, 1991) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแตกต่างของฮิรือฮอร์โมนเพศ โดยเพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรง มีลักษณะของความแข็งแรง มั่นคง ในขณะที่เพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีลักษณะของความนุ่มนวล อ่อนไหวง่าย (Schaffer, 1981) ในการศึกษาพฤติกรรมของเพศหญิงและเพศชาย พบว่า เพศชายจะมีพฤติกรรมในด้านของการใช้กำลังและการแข่งขัน เช่น การออกกำลังกาย การทำงานนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับตนเองและบุคคลในบ้าน เช่น การดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว การทำกิจกรรมภายในบ้าน (Ross & Bird, 1994) ส่วนในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson, 1991) ได้ศึกษาการปฏิบัติดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตนบพ พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้เพศชายยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาของมูเลนแคมป์และเซย์ลส์ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีอายุ 18-67 ปี ในเมืองเซาท์เวสต์เทิร์น (Southwestern city) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเพศหญิงมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ส่วนดวงพร รัตนอมรชัย (2539) ได้ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่าเพศชายมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้เพศจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรงแล้ว เพศยังมีผลต่อสติปัญญาและการรับรู้ของบุคคล (Pender, 1996) ในการศึกษาของอภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ ฅชภักดี (2533) เกี่ยวกับความสามารถทางสติปัญญา การเรียนรู้และความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุชายและหญิงแตกต่างกัน โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างทางโครงสร้างของสมอง ที่มีผลทำให้สติปัญญาและความรู้สึกลึกซึ้งที่แตกต่างกัน (Schaffer, 1981) ประกอบกับเพศชายมีบทบาทสำคัญในสังคม และมีโอกาสศึกษามากกว่าเพศหญิง เห็นได้จากการศึกษาของสุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และในจำนวนผู้ที่ได้รับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้สูงอายุชายทุกระดับการศึกษา จึงอาจส่งผลให้ความสามารถทางสติปัญญาและการรับรู้ของเพศชายและหญิงแตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุชายมีความสามารถในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ เช่น ข่าวสารทางด้านสุขภาพ จากสื่อแหล่งต่างๆ ได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ทำให้ผู้สูงอายุชายมีโอกาสรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535)

2. อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยสูงอายุ (Orem, 1991) จากทฤษฎีสูงอายุ (theories of aging) ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญาและความรู้สึกลึกซึ้ง ในระบบประสาท ขนาดสมองของผู้สูงอายุจะฝ่อเล็กลง มีการสูญเสียนิวรอน (neurons) ในการที่จะนำกระแสประสาท ส่งผลให้ความสามารถในการคิด การจำในผู้สูงอายุลดลง (Wills, 1993) นอกจากนี้วัยในการรับรู้สัมผัสต่างๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน มีการทำหน้าที่ได้ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าเป็นไปได้ไม่ดี (Wold, 1993) จากการศึกษาของอภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ ฅชภักดี (2533) พบว่า ระดับอายุที่แตกต่างกัน คือ อายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และอายุ 80-89 ปี จะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเรียนรู้น้อยที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80-89 ปี มีคะแนนน้อยที่สุด ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้การ

รับรู้เป็นไปไม่ได้ไม่คิด ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นไปไม่ได้ไม่คิดตามไปด้วย ควงพร รัตนอมรชัย (2535) ได้ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่วอล์คเกอร์, วอลแคน, ซีคริสต์, และเพนเดอร์ (Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน ในรัฐมิดเวสต์เทิร์น (Midwestern state) ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภูมิลำเนาที่มั่นคงกว่าและมีการรับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยมักมีสุขภาพแข็งแรง จึงเป็นผลให้ไม่สนใจการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร ส่วนในการศึกษาของวันดี แฮมจันทร์ฉาย (2538) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

3. สถานภาพสมรส ในบุคคลที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ชอนน์ และเวนนิค (Schone & Weinick, 1998) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และประโยชน์ของการมีคู่สมรสในผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 4,443 คน พบว่าการมีคู่สมรสจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีการออกกำลังกาย มีการตรวจเช็คความดันโลหิต และการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส ส่วนวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ของพยาบาลวิทย์หมศพรประจำเดือน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐทั่วประเทศไทย พบว่า สตรีที่โสดมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าสตรีที่มีคู่สมรส และการศึกษาของควงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าหรือแยก เนื่องจาก ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคู่สมรส ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตัวและส่งเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เป็นผลให้มีการสนับสนุนการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ดีตามมา

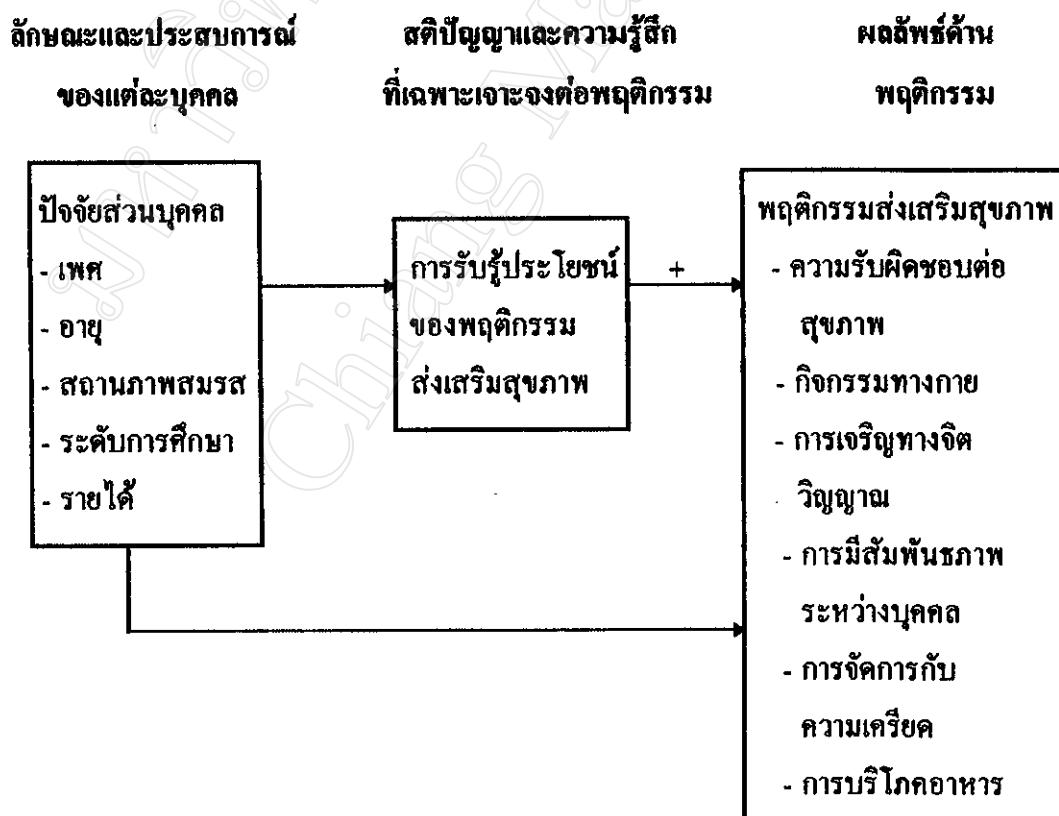
4. ระดับการศึกษา การศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ เป็นผลให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวก โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Pender, 1987) การศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1988) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีการ

ศึกษาคำ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของควงพร รัตนอมรชัย (2535) และวันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาคำ นอกจากการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมแล้ว การศึกษายังมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล การศึกษาจะช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคลในการที่จะเลือกรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับตน จากการศึกษาของอภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2533) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ความสามารถในการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่า เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น การเรียนรู้จะดีกว่าในผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาคำ บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะทำให้มีความสามารถในการรับรู้และแปลความหมายในสิ่งที่รับรู้ได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามมา

5. รายได้ เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ช่วยให้บุคคลได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อย จะมีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) เห็นได้จากผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุหรือคลินิกผู้สูงอายุจะเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ และการศึกษาค่อนข้างสูง (สุมนา ชมพทวิป, ปิยะฉัตร พุ่มสุวรรณ, และศรีจิตรา บุนนาค, 2534) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ มีโอกาสได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าชมรม จากการศึกษาของรสสุคนธ์ แสงมณี, นฤตตะบุนพงศ์, และอรรญา เชาวลิต (2537) เกี่ยวกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รายได้เป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ของบุคคล ทำให้สามารถแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งในผู้สูงอายุได้มีการศึกษาพบว่ารายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (ควงพร รัตนอมรชัย, 2535; Walker et al., 1988)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดจากกระบวนการทางสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกระบวนการรับรู้นี้จะเกิดจากการแปลความของบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับรู้จากภายในและภายนอกตนเองว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การเจริญทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียดและการบริโภคอาหาร (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อได้ปฏิบัติแล้ว จะก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ เพศ และอายุ และปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านปัจจัยทางด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม คือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดของการศึกษา