

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

นางสาวปัทมาสน์ เพชรสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH BEHAVIORS OF THAI OLDER PERSONS

Miss Pattamas Petsom



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Demography
College of Population Studies
Chulalongkorn University
Academic Year 2015
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
โดย	นางสาวปัทมาสน์ เพชรสม
สาขาวิชา	ประชากรศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.รักชนก คชานูบาล

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.วรวุฒิ สุวรรณระดา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทพร สุขคนธมาน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.รักชนก คชานูบาล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์เชื้อ)

ปัทมาสน์ เพชรสม : พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (HEALTH BEHAVIORS OF THAI OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.รักชนก คชานูบาล, หน้า.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจ ประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 โดยมีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 16,660 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 8.95 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน และพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ มีเพียงร้อยละ 12.3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ประกอบด้วย 14 ปัจจัย คือ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ทักษะการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาพตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะ สุขภาพจิต จำนวนโรคเรื้อรัง การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ภาคที่อยู่อาศัย และ เขตที่อยู่อาศัย โดยปัจจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ยกเว้น จำนวน โรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5686852551 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS: HEALTH / HEALTH BEHAVIORS / OLDER PERSON

PATTAMAS PETSOM: HEALTH BEHAVIORS OF THAI OLDER PERSONS. ADVISOR:
LECTURER RUKCHANOK KARCHARNUBARN, pp.

This research aimed to investigate health behaviors and the determinants of health behaviors for Thai older people. Data from the Survey of Older Persons in Thailand, conducted in 2011, was employed in this research. The sample size consisted of 16,600 Thai older persons.

The average score for health behavior of Thai older persons was 8.95 from a maximum score of 12. Only 12.3 percent of older Thai persons exhibited good health behaviors. The results based on multiple regression analysis showed that 14 factors were determinants of health behaviors at a 0.05 level of significance, including sex, marital status, education, working status, income, adequacy of income, attitudes on preparing for old age, health status, activities of daily living, mental health, number of chronic diseases, health personnel visiting, and residential area. All of these determinants showed positive effects on health behavior scores except number of chronic diseases.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Demography

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากอาจารย์ ดร. รักรชนก คชานูบาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำแนะนำ ความรู้ แนวคิด และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทพร สุขนธมาน ประธานการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษาและแนะนำสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ขอ กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางสัตว์ชัย ชื่อ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำสิ่งที่เป็น ประโยชน์และชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ในการแก้ไขและปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ ความรู้และอบรมสั่งสอนศิษย์จนสำเร็จการศึกษา และขอขอบพระคุณ ดร.สุภจักษ์ แสงประจักษ์ สุกุล ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อแนะนำแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นอย่างยิ่งที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้ข้อมูลโครงการ สสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ ให้ความช่วยเหลือในเรื่องของข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนขอขอบคุณเพื่อนนิสิต รุ่น พี่รุ่นน้องทุกคนที่คอยให้คำปรึกษา และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมารวมถึงเจ้าหน้าที่วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในระหว่างการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จน สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อสันศักดิ์ เพชรสม และคุณแม่ปาริชาติ เพชรสม เป็นอย่างสูงที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทุกสิ่งอย่าง ตลอดจนปรารถนาที่ จะเห็นความสำเร็จของลูกมาโดยตลอด ขอขอบคุณคุณสุรชาติ เพชรสม พี่ชายที่คอยดูแล ให้ คำปรึกษา และกำลังใจที่ดีมาโดยตลอด รวมทั้งขอขอบคุณคุณสุนิสา ทองปัญญา ที่คอยให้คำ ชี้แนะ ดูแล และอยู่เคียงข้างเสมอมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย.....	4
1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	38
1.5 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
1.6 สมมติฐานของการวิจัย.....	51
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	52
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	53
2.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย.....	53
2.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและการเลือกตัวอย่าง.....	53
2.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	56
2.4 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	57
2.5 นิยามคำศัพท์.....	57
2.6 นิยามตัวแปรและการวัดตัวแปร.....	57
2.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล.....	65
บทที่ 3 ผลการศึกษา.....	69

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทย.....	69
3.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	76
3.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	78
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	95
4.1 สรุปผลการวิจัย.....	95
4.2 ข้อเสนอแนะ	98
.....	101
รายการอ้างอิง.....	101
ภาคผนวก ก	108
ภาคผนวก ข	113
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	117



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ตารางสรุปปัญหา สาเหตุ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมในวัย สูงอายุ.....	13
ตารางที่ 2 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ.....	22
ตารางที่ 3 ตัวแปรที่สำคัญที่ได้มาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
ตารางที่ 4 การกระจายของจำนวนชมรมอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง	54
ตารางที่ 5 การกระจายของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการ ปกครอง	55
ตารางที่ 6 การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง.....	56
ตารางที่ 7 การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n= 16,660).....	70
ตารางที่ 8 การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.....	77
ตารางที่ 9 การกระจายอัตราร้อยละของความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ...	78
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์การถดถอยแบบง่ายของกลุ่มตัวอย่าง (n= 16,660).....	79
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของกลุ่มตัวอย่าง (n= 16,660)	84
ตารางที่ 12 การตรวจสอบเงื่อนไขของผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ.....	113

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” 38



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีแนวโน้มการเพิ่มสูงขึ้นของผู้สูงอายุ ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลงอย่างรวดเร็ว โดยหลังจากประเทศไทยมีโครงการวางแผนครอบครัวอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2513 ส่งผลให้เกิดการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งมีตลอดวัยมีบุตรหรือวัยเจริญพันธุ์ เมื่อปี พ.ศ. 2507 อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 6 คน เหลือประมาณ 5 คน ในปี พ.ศ. 2517 และอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงเหลือเพียง 2 คน ในปี พ.ศ. 2539 และในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2558 อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงเหลือประมาณ 1.6 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ซึ่งการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราเจริญพันธุ์ ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โดยพบว่า ผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มจาก 55.9 ปี ในปี พ.ศ. 2507 เป็น 69.9 ปี ในปี พ.ศ. 2539 และในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 71.3 ปี ในขณะที่ผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มจาก 62.0 ปี ในปี พ.ศ. 2507 เป็น 74.9 ปี ในปี พ.ศ. 2539 และในปี พ.ศ. 2557 ผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 78.2 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จนทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยในปัจจุบัน

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากรสูงอายุ พบว่า ประชากรสูงอายุวัยต้นที่มีอายุ 60-69 ปี จะเพิ่มจาก 4.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 8.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ประชากรสูงอายุวัยกลางที่มีอายุ 70-79 ปี จะเพิ่มจาก 2.7 ล้านคน เป็น 7.6 ล้านคน และประชากรสูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจาก 1 ล้านคน เป็น 4 ล้านคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุและการเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) ซึ่งหมายถึง การมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) นอกจากนี้ ประชากรสูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะมีอายุสูงขึ้น เพราะอัตราเพิ่มของประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป สูงกว่าประชากรที่มีอายุ 60-79 ปีอย่างมาก (นภาพร ชัยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2552) และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.

2550 ยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 เป็นผู้ที่สมรส แต่ก็มีผู้สูงอายุที่เป็นม่าย หย่า แยกกันอยู่ สูงถึงร้อยละ 34.8 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนของการเป็นโสด ม่าย หย่า แยกกันอยู่ สูงกว่าชาย ขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนของการเป็นผู้ที่สมรสและมีคู่สมรสอยู่ด้วยในครัวเรือนสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่รูปแบบการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 7.7 ในส่วนของระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ ไม่เคยเรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา มีผู้สูงอายุที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษาเพียงเล็กน้อย ในขณะที่การทำงาน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.7 ยังคงทำงานอยู่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย มีสัดส่วนของผู้ที่ทำงานต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น และสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศชายที่ทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ในส่วนของความเพียงพอของรายได้ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.5 มีรายได้ที่เพียงพอ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

จากการที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากร ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เช่น อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (คณะอนุกรรมการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ, 2556) ผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่งจากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คือ ปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้น เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย เนื่องจากความเสื่อมของการทำงานระบบต่างๆ ทั่วร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (สฤณา บุญนารากร, 2554) ซึ่งความเสื่อมถอยในวัยสูงอายุมักมีมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ โอกาสการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยและการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงมีมากกว่าวัยอื่นๆ จากข้อมูลการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงระดับเรื้อรังหรือทุพพลภาพ โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยการรักษาพยาบาลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง (คณะอนุกรรมการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ, 2556) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 41 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18 โรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 9 โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1 และผู้ป่วยติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 1 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคที่พบในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งเป็นไปตามการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา ที่กล่าวไว้ว่า

สาเหตุของการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยและโรคจากพฤติกรรมของมนุษย์ (Omran A.R., 1971) โรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง ถือว่าเป็นปัญหาวิกฤตของสังคมไทยและสังคมโลก ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม กลุ่มโรคหลักดังกล่าวเป็นผลมาจาก 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 80 ของโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และมากกว่าร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม (พัฒนศรี ศรีสุวรรณ, 2557) ดังนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงได้ โดยจะขึ้นอยู่กับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างให้สุขภาพแข็งแรง และสามารถใช้ชีวิตยามบั้นปลายอย่างมีความสุข (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2554)

จากการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกาย รับประทานผักสดผลไม้สด และดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่าเป็นประจำ ต้องไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 18.7 เท่านั้น ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 30 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556)

ดังนั้น การดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญ พฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติแล้วแต่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งนั้น อาจส่งผลในทางบวกหรือทางลบก็ได้ ถ้าเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจะสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ ฉะนั้นถ้าจะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้มีสุขภาพดี ลดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำเพื่อไม่ให้เกิดโรคและมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง หมั่นรักษาสุขภาพก็จะลดการเจ็บป่วยและลดการเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ที่กำหนดให้มี

การส่งเสริมความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

การดูแลสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมในวัยสูงอายุ เป็นหนทางที่สามารถป้องกันและบรรเทาความรุนแรงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง อย่างไรก็ตาม พบว่า การศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่จะพิจารณาแต่เฉพาะปัจจัยด้านสุขภาพ แต่ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญตามแนวคิดปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (Social determinant of health) โดยเชื่อว่าปัจจัยทางสังคมที่เป็นต้นเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ ความยากจน ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ความปลอดภัยของอาหาร การถูกกีดกันทางสังคม ที่อยู่อาศัย และเงื่อนไขจากการทำงาน (ชลธิชา แก้วอนุชิต, 2556) นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีในปัจจุบัน ยังเป็นการศึกษาในพื้นที่ระดับย่อย ขาดการศึกษาในภาพรวมของทั้งประเทศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยทั้งปัจจัยทางสุขภาพและสังคม และใช้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนประชากรระดับประเทศ ดังนั้น ผลการวิจัยที่ได้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับประเทศ รวมถึงข้อค้นพบที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้สูงอายุไทยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปของผู้สูงอายุไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับสุขภาพ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (United Nations, 2009)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมและวัฒนธรรม (World Health Organization, 2001)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย เนื่องจากความเสื่อมของการทำงานระบบต่างๆทั่วร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (สกุณา บุญนรากร, 2554)

การแบ่งกลุ่มอายุ

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ ได้มีผู้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้อย่างหลากหลาย โดยมักจะแบ่งออกตามลักษณะต่างๆ ที่สำคัญ ดังนี้

World Health Organization (2001) ได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพการของที่มีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
- 2) คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
- 3) คนชรามาก (Very Old) มีอายุระหว่าง 90 ปี ขึ้นไป

Craig G.J. (1991) และ Hoffman L. et al (1988) [อ้างถึงใน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)] ได้มีการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ ตามลักษณะของจิตสังคมและชีววิทยา โดยแบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

- 1) ช่วงไม่ค่อแก่ (The Young-Old) ช่วงนี้อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิทหรือคู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตาม สำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะรู้จักปรับตัว

การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อแนะนำว่า ควรใช้แบบ Engagement คือ ยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2) ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle-Aged Old) อายุประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูป Disengagement คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนักอีกต่อไป

3) ช่วงแก่จริง (The-Old Old) อายุประมาณ 80-90 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนมีอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย (Both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุนี้อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มนึกย้อนถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4) ช่วงแก่จริงๆ (The Very Old Old) อายุประมาณ 90-99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย เป็นวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องการมีการแข่งขัน ไม่ต้องการบีบบังคับเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมที่พอใจและอยากทำในชีวิต ผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ได้ผ่านวิกฤตของชีวิตมาแล้วมากมาย จะเป็นระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

บรรลุ ศิริพานิช (2553) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามอายุ และภาวะสุขภาพต่างๆ ไป คือ

1) ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

2) ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง

3) ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุวัยกลาง และผู้สูงอายุวัยปลาย

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70-79 ปี
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

กระบวนการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในวัยผู้สูงอายุ

ปรากฏการณ์ที่เกิดกับการสูงอายุมิมีความซับซ้อน มีความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการด้านสรีรวิทยาและจิตใจในแต่ละบุคคล จึงเป็นการยากที่จะอธิบายกระบวนการสูงอายุด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง อย่างไรก็ตามทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับสาเหตุของการสูงอายุ พอสรุปได้ดังนี้ (อภากร ชัยสุริยา, 2543)

1) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีวิวัฒนาการอยู่เสมอ เป็นไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด เมื่อมีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

2) ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุหรือความชราของสังขาร โดยมีพันธุกรรมเป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย

ก. ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติที่น้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติที่น้อยลง จะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต การสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองขึ้นมากเป็นผลร้ายต่อชีวิต โดยมักจะไปทำลายเซลล์ของร่างกายเอง ถ้าเซลล์นั้นเป็นเซลล์ชนิดที่เจริญแล้ว ไม่มีการแบ่งตัวใหม่ ก็จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งยวดต่อสังขาร

ข. ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เซลล์มีการทำงานอย่างต่อเนื่องกัน โดยมีการทำงานร่วมกันของ DNA และ RNA เพื่อสังเคราะห์โปรตีน เมื่อคนหรือสัตว์มีอายุมากขึ้น ยีนของผู้นั้นจะค่อยๆ เกิดความผิดปกติ กล่าวคือ มีการส่งต่อข้อมูลทางพันธุกรรม (Genetic

Code) ผิดพลาดไปจากเดิม ความผิดปกตินี้จะค่อยๆ มากขึ้นจนถึงจุดหนึ่งที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

ค. ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเป็นการเสื่อมทำลายของเซลล์ภายในร่างกาย เป็นผลมาจากมีการสะสมของเรดิคัลอิสระ (Free Radical) ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนในเซลล์ปกติ สารประกอบเคมีเหล่านี้จะมีปฏิกิริยาสูงกับสารอื่นๆ ภายในเซลล์ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายรั่วไหลของผนังเซลล์ได้ง่าย และทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมาย จนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป

ง. ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear And Tear Theory) โดยเชื่อว่า ความชราเป็นกระบวนการที่กำหนดไว้แล้ว เป็นโปรแกรมที่มีลักษณะกลไกคล้ายเครื่องยนต์ เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมมีการสึกหรอ และกระบวนการเหล่านี้จะมีอัตราของการเสื่อมและถดถอยสูงต่ำแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใดในแต่ละบุคคล ซึ่งกระบวนการของความชราในกล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อหัวใจ และพวกเซลล์ประสาททั้งหลายสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีนี้

3) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีในกลุ่มนี้เชื่อว่า การสูงอายุถูกกำหนดโดยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและบุคลิกภาพ โดยเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความคิด ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นๆ อาศัยอยู่ โดยผู้สูงอายุแต่ละคนมีประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ผลกระทบจากสภาพแวดล้อมก็จะแตกต่างไป โดยทฤษฎีในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

ก. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าเติบโตมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข อยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้าม หากเติบโตมาอย่างขาดความมั่นคง ไม่สามารถทำงานร่วมกับใครได้ ก็กลายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข

ข. ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) ทฤษฎีนี้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 55-75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทาง

กายภาพและจิตสังคม เช่น ความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ หากรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าก็จะหาสิ่งอื่น ๆ มาทำทดแทนเมื่อบทบาทในการงานลดลง หรือความรู้สึกที่ยอมรับสภาพร่างกายที่ถดถอยซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และการไม่หวาดกลัวกับความตาย

ค. ทฤษฎีของอีริคสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ช่วงอายุระหว่าง 40-59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะนำไปสู่คนที่มีความสุขในวัยสูงอายุ แต่หากไม่ประสบความสำเร็จก็จะกลายเป็นคนที่มีชีวิตสิ้นหวัง เปื่อหน่ายและขาดความกระตือรือร้น

ง. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพัฒนา (Psychoanalytic and development Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการพัฒนาการด้านบุคลิกลักษณะของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับจิตใจที่มีพัฒนาการมาในช่วงวัยเด็ก ประสบการณ์และการเรียนรู้ในอดีตถูกนำมาใช้ในการปรับตัว การยอมรับความจริง เพื่อให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างราบรื่น

4) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) กล่าวถึง บทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวทางสังคม ซึ่งมุ่งวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และทำอะไรผู้สูงอายุจึงจะสามารถยอมรับและปรับบทบาทเพื่ออยู่ในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีในกลุ่มนี้ ประกอบด้วย

ก. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและจำเป็นสำหรับคนทุกวัย การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย จะทำให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

ข. ทฤษฎีแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่า ตนเองมีความสามารถลดลง ความตายใกล้เข้ามา จึงถอนตัวจากสังคม เพื่อให้คนในวัยหนุ่มสาวเข้ามาแทน โดยในระยะแรกๆ ผู้สูงอายุจะรู้สึกกดดันและบีบคั้น ต้องใช้เวลาในการปรับตัว

ค. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะยังคงรักษารูปแบบและเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคล

ง. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องปรับสภาพต่างๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนเองมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่ เช่น บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว เสาหลักในการทำงาน มาเป็นผู้อาศัยหรือผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นบทบาทตามวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความจำ การเรียนรู้ บุคลิกภาพ รวมไปถึงการสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ในส่วนปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจึงกลายเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพา มีภาวะทุพพลภาพ อีกทั้งยังมีความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ทำให้ผู้ที่ดูแลจะต้องเสียวันและเวลาในการทำงานเท่ากับวันและเวลาที่ผู้สูงอายุป่วย อีกทั้งรัฐต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรและงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย ในหัวข้อนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540) เป็นดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้นทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ เพื่อรักษาและควบคุมระดับปกติของสารต่างๆด้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเกิดอาการผิดปกติ และเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่

ก. ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน โดยจะเปลี่ยนจากสีดำเป็นสีเทาและขาว ที่เรียกกันทั่วไปว่า ผมหงอก ความยืดหยุ่นของเส้นผมลดลง ผมร่วงทำให้ศีรษะล้านได้

ข. สายตา สายตาเสื่อมลง การมองเห็นจะมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยแก้วตาจะขุ่นมัวและขาดความยืดหยุ่น เมื่ออายุย่างเข้า 40 ปี การมองเห็นจะไม่ชัดเจนตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น สายตาวาวขึ้น ไขมันรอบดวงตาจะลดลง ทำให้ตาสีดำเปลือกตาบางและไม่ยืดหยุ่น เปลือกตาดก ความยืดหยุ่นของม่านตาอ่อนกำลังลง ทำให้มองเห็นความชัดของภาพลดลง

ค. หู การได้ยินจะเสื่อมลง เนื่องจากผนังเส้นโลหิตแดงในหูจะแข็งตัวและ ปลายประสาทในระบบหูเสื่อมลง ทำให้หูตึง ต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยิน ถ้าเสียงต่ำๆ จะได้ยินชัดกว่า เสียงธรรมดาหรือเสียงสูง เวลาพูดกระซิบจะได้ยินดีกว่าเสียงพูดธรรมดา

ง. ผิวหนัง ผิวหนังจะเหี่ยวย่นและแห้ง เนื่องจากการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง ผู้สูงอายุจึงหนาวง่าย เพราะไขมันใต้ผิวหนังที่เคยทำหน้าที่เป็นฉนวนกันความร้อนไม่ให้ความอบอุ่น น้อยลง

จ. ระบบกระดูก มีความเปราะบาง เนื่องจากมีความเสื่อมสลายของแคลเซียม ออกจากกระดูก และขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกพรุนหักง่าย จึงควรระมัดระวังไม่ให้ผู้สูงอายุกระทบ กระแทกหรือหกล้ม

ฉ. ระบบทางเดินหายใจ ปอดมีสมรรถภาพลดลง เนื่องจากการเสื่อมของเซลล์ ที่ปกคลุมผนังของทางผ่านอากาศหายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การเปลี่ยนแปลง ของหลอดเลือด กล้ามเนื้อของระบบการหายใจร่วมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกล้ามเนื้อทรวงอก มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพราะกระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ความจุของปอดลดน้อยลง จึงมี ความรู้สึกเหมือนหายใจไม่เต็มปอด ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอหรือน้อย มี คาร์บอนไดออกไซด์สะสม ทำให้เหนื่อยง่าย มีเสมหะสะสมอยู่ในปอดมากขึ้น

ช. ระบบทางเดินอาหาร อวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะเหี่ยวฝ่อ ผลิตรกรด เกลือและน้ำย่อยได้น้อยลง การบีบตัวและการเคลื่อนที่ของลำไส้ลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึม อาหารลดลงไปด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหากระเพาะอาหารอักเสบง่าย ลำไส้หย่อนยานพองเป็น ลูกทำให้อักเสบง่ายขึ้น ระบบการขับถ่ายจะเปลี่ยนไป โดยกระเพาะปัสสาวะจะหดเล็กลงเหลือเพียง ประมาณครึ่งหนึ่งของคนวัยหนุ่มสาว ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย หูรดบริเวณช่องเปิดกระเพาะปัสสาวะ เสื่อมความสามารถในการหดเกร็ง ทำให้กลั้นปัสสาวะได้ยากขึ้น เกิดปัญหาปัสสาวะเล็ดหรือราดได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องท้องผูก เนื่องจากการบีบตัวและการเคลื่อนที่ของลำไส้ลดลง ประกอบกับการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยด้วย

ซ. ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจลดกำลังลง ความสามารถของ หัวใจในการสูบฉีดโลหิตลดลง หัวใจโตขึ้น ผนังเส้นเลือดมีไขมันมาเกาะอยู่มากทำให้แข็งและหนา จึงมี เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ น้อยลง โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า

ณ. ระบบต่อมไร้ท่อ จะเสื่อมถอยลงไป โดยเฉพาะต่อมใต้สมองส่วนหน้า ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย การทำงานของอวัยวะเพศจะลดลง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินน้อยลง จึงนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ได้น้อย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ญ. ระบบสมอง สมองของผู้สูงอายุจะหดเล็กลงและเซลล์สมองฝ่อ การหลั่งสารเคมีเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถทางสติปัญญาและความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม และมักพบผู้สูงอายุมีอาการเศร้าหมอง

นอกจากนี้ยังพบความเสื่อมถอยของประสาทสัมผัสอื่นๆ เช่น การรับรู้รสและกลิ่น ซึ่งความเสื่อมถอยของร่างกายในระบบต่างๆ ที่กล่าวมานี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านได้ง่าย

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ได้กล่าวมาแล้ว ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้หลายประการ ซึ่งสามารถสรุปปัญหาที่สำคัญ สาเหตุ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมในวัยสูงอายุ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2542) ได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางสรุปปัญหา สาเหตุ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสี่ยงในวัยสูงอายุ

ลำดับ ที่	ปัญหา	สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลง	การปฏิบัติที่ถูกต้อง
1	อุบัติเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง - การมองเห็นไม่ดี - สมรรถภาพลดลง การเคลื่อนไหวไม่ดี การทรงตัวไม่ดี - กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง แขนขาไม่มีแรง 	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รก แสงสว่างเพียงพอ ไม่จ้าเกินไป - รองเท้าควรเป็นพื้นยาง ภายในบ้านควรมีราวยึดเกาะ โดยเฉพาะในห้องน้ำ - ออกกำลังกายบริเวณกล้ามเนื้อเสมอๆ
2	โรคระบบทางเดินอาหาร <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะเบื่ออาหาร - ขาดสารอาหาร - โลหิตจาง 	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรสไม่ดี - การย่อยและการดูดซึมไม่ดี - การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูงครบทั้ง 5 หมู่ - รับประทานอาหารผัก ผลไม้มากขึ้น - รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงๆ เช่น ตับ ผักใบเขียว
3	โรคกระดูกและข้อ <ul style="list-style-type: none"> - กระดูกเปราะและหักง่าย - ปวดข้อ 	<ul style="list-style-type: none"> - แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น - การดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ลดลง - ขาดการออกกำลังกาย - น้ำไขข้อลดลง - แคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อนในข้อมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาตัวเล็กๆ เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ - ออกกำลังกายในสถานที่ที่มีแสงแดดอ่อนๆอย่างสม่ำเสมอ บริหารข้อมากขึ้น - งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยง
4	โรคหัวใจและสมอง <ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อหัวใจตาย - หัวใจวาย - ความดันโลหิตสูง - สมองขาดเลือด 	<ul style="list-style-type: none"> - หลอดเลือดแข็งตัวมีแคลเซียมหรือไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น - ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และสมองลดลง - หลอดเลือดเปราะและแตกง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ - หลีกเลี่ยงความเครียดต่างๆ - งดบุหรี่และสุรา - ลดอาหารที่มีไขมันสูง - พักผ่อนอย่างเพียงพอ
5	โรคระบบทางเดินหายใจ <ul style="list-style-type: none"> - การติดเชื้อในทางเดินหายใจ - ถุงลมโป่งพอง - หายใจลำบาก, เหนื่อยง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - รีเฟล็กซ์การไอและการขย้อนลดลง - ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง - ผนังถุงลมแตกง่าย - ความยืดหยุ่นของปอดลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารการหายใจมากขึ้นโดยการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆให้ท้องโป่ง และหายใจออกทางปากช้าๆให้ท้องแฟบ - ดื่มน้ำมากๆ - หลีกเลี่ยงบุหรี่และ มลภาวะ

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ภาพลักษณ์ทางกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ สถานะทางสังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสูญเสียหรือพลัดพรากจากบุคคลที่รัก ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าน้อยลง รวมไปถึงความเสื่อมของสมองในด้านความจำ สติปัญญา สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุได้ ซึ่งชนิดของอารมณ์ที่ผู้สูงอายุมักแสดงออกที่ผิดปกติและพบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อยๆ ซึม แยกตัว เป็นต้น อารมณ์วิตกกังวลก็พบได้บ้าง มักแสดงออกโดยหวั่นไหวลูกหลานมากขึ้น บางครั้งจะมีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย บ่นมากขึ้น อาการทางจิตที่รุนแรง เช่น ทุแ้ว ประสาทหลอน หรือหลงผิด หวาดระแวงต่างๆ พบได้บ้าง บางครั้งจะมีการสับสนเรื่อง วัน เวลา สถานที่และบุคคล กลางคืนไม่นอน เดินวุ่นวาย หรือมีอาการขับถ่ายเลอะเทอะ เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สังคมของมนุษย์ เป็นสังคมที่มีการอยู่ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกที่ตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกวัย ในสังคม ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุก็ต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม ในครอบครัว และสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยด้านร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมช้าลง ความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่าไม่ให้ความสนใจที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเองก็ขาดความมั่นใจในหลายๆ ด้าน เช่น เนื้อเรื่องในการสนทนา ความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย ทำให้ต่างหลีกเลี่ยงที่จะสนทนากันหรือร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้วยกัน นอกจากนี้ การที่มีค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ๆ เข้ามาแพร่หลายอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุกับผู้เยาว์วัยกว่ามีความสัมพันธ์ห่างกันมากขึ้น ระบบการเคารพผู้อาวุโสก็มีน้อยลงจากสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุถอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะเข้าไปในทิศทางที่เสื่อมถอย และการเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยพบว่า ร่างกายมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบ ส่งผลให้

ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายลดลง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งโรคที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นเลือดในสมอง เป็นต้น นอกจากนี้โรคดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสมกับสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้สิ่งเสพติดต่างๆ เป็นต้น ในด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่และสถานะทางสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุลดลง

ซึ่งในมุมมองของสิริพร สุทธิญา (2550) ได้กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหาต่างๆ มากมายจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุขในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ปัญหาสุขภาพจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ หากสภาพร่างกายเกิดการเจ็บป่วยก็จะส่งผลต่อจิตใจ สังคมต่อเนื่องกันไป และจะทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีสถานะที่สามารถดูแลตนเองได้ พึ่งพาตนเองได้ ต้องเปลี่ยนแปลงสถานะไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่นภายในครอบครัวและสังคม ซึ่งจะสร้างความยากลำบากให้กับตัวผู้สูงอายุเองและผู้ให้การดูแล

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย คือ เกิดจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยจึงทำให้ขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น การปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ และขาดการดูแลตนเอง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนวัยอื่นๆ นอกจากนี้ปัญหาทางสุขภาพกายแล้ว ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาสุขภาพจิตด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับ การสูญเสียต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก ทั้งคู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อน นอกจากนี้การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน ความสามารถในการทำงานลดลง เป็นผลทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำลดลง นำมาสู่การขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งโอกาสในการทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย จากการสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทยปี

พ.ศ. 2556 เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โรคต่างๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองทั้งสิ้น และสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคเหล่านี้ได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในส่วนของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุสามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังนี้

1) ปัญหาสุขภาพทางกาย

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งจริงๆ แล้ว การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ บางอย่างอาจเริ่มมีการทำงานลดลง ตั้งแต่อายุประมาณ 30-40 ปี เช่น ความหนาแน่นของเนื้อกระดูก กำลังกล้ามเนื้อ การทำงานของไต ความคล่องตัวและปราดเปรียวของสมอง และความชัดเจนในการมองเห็น เป็นต้น จึงอาจทำให้มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมา (สุรเดช สำราญจิตต์ และพนัชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2554) เมื่อพิจารณาจากโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุตามผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2556 ที่ได้กล่าวมาข้างต้น โรคที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคข้อเสื่อม พบว่า มีลักษณะและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

ก. โรคความดันโลหิตสูง คือ การที่มีความดันตัวบนหรือซิสโตลิก (Systolic) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันตัวล่างหรือไดแอสโตลิก (Diastolic) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ในผู้สูงอายุอาจมีแค่ความดันตัวบนสูงเกิน 140 มิลลิเมตรปรอท โดยที่ความดันตัวล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งก็ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน การที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานหนักขึ้น และอาจนำไปสู่การเป็นอัมพาตหรือเส้นเลือดสมองแตกหรือมีเลือดออกในสมอง รวมทั้งอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นต้น ในส่วนของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การกินอาหารปริมาณมากเกินไปและอาหารเค็มจัด มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติหรืออ้วนมาก ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่จัด รวมถึงภาวะจิตใจและอารมณ์เครียด ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ควบคุมอาหารโดยเลือกบริโภคอาหารประเภทผักผลไม้ต่างๆ นม และผลิตภัณฑ์จากนมชนิดพ่องมันเนยหรือไขมันต่ำ พยายามหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลือกการออกกำลังกายชนิดที่มีการเคลื่อนไหว

ร่างกายเป็นจิ้งหระอย่างต่อเนื่องและทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก เป็นต้น ไม่สูบบุหรี่ ยาเส้น ชิการ์ หรือไพบ์ หากสูบบุหรี่แล้วควรพยายามเลิก ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกินยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ พบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจวัดความดันโลหิตเป็นระยะๆ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ข. โรคเบาหวาน คือ การที่มีระดับน้ำตาลในร่างกายสูงกว่าปกติ โดยปกติแล้วคนเราต้องมีน้ำตาลในร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานในการทำงานของอวัยวะต่างๆ แต่การมีระดับน้ำตาลสูงเกินไป กลับเกิดผลเสียต่อสุขภาพ โรคเบาหวานเกิดจากการที่ร่างกายขาดฮอร์โมนชนิดหนึ่งชื่อ “อินซูลิน” หรืออาจเกิดจากการที่ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินไม่ดีพอ ทำให้อินซูลินไม่สามารถออกฤทธิ์ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งโดยปกติแล้วอินซูลินจะทำหน้าที่ในการลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยทำให้ร่างกายสามารถใช้น้ำตาลเพื่อให้เกิดพลังงานหรือสะสมไว้ใช้ต่อไป อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ จะมีอาการปัสสาวะบ่อยขึ้นและมากขึ้น โดยถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้มีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น ต้องตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวลดทั้งๆ ที่กินเก่งขึ้น กระหายน้ำบ่อย และอ่อนเพลีย ในบางรายอาจมีอาการอื่นๆ เช่น แผลหายช้า คันตามตัว ซาปลายเท้า ตามัว เป็นต้น โรคเบาหวานสามารถป้องกันได้โดยการควบคุม น้ำหนักไม่ให้อ้วนและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และควรควบคุมอาหาร กินอาหารให้เป็นเวลา เพื่อป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดแกว่ง ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น อาหารทอด และควรกินผลไม้แทนอาหารหวานชนิดอื่นๆ เพราะผลไม้มีเส้นใยอาหาร และมีวิตามิน แร่ธาตุอีกด้วย

ค. โรคข้อเสื่อม เป็นโรคข้ออักเสบชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากกระบวนการสึกหรอของข้อ ทำให้ผิวข้อไม่เรียบและมีปุ่มกระดูกงอก ทำให้เกิดอาการปวดขัด มีเสียงดังเมื่อขยับข้อ และข้อผิดรูปไป โดยทั่วไปอาการมักจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น โดยมักเป็นที่ข้อเข่า ข้อสะโพก หลัง กระดูกคอ และข้อนิ้วมือ ซึ่งโรคข้อเสื่อมอาจมีผลทำให้เดินไม่คล่อง ลูกจากที่นั่งหรือเดินขึ้นที่สูงลำบาก เนื่องจากปวดเข่าและกล้ามเนื้อต้นขาไม่ค่อยมีแรง บางคนเดินแล้วเกิดอาการเข่าอ่อนพับ และหกล้มไป การป้องกันสามารถทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยเลือกกิจกรรมที่ไม่มีผลเสียกับข้อ เช่น ว่ายน้ำ ปั่นจักรยานอยู่กับที่หรือเดิน หลีกเลี่ยงการนั่งบนพื้น นั่งพับเพียบ หรือคุกเข่า เนื่องจากทำให้ข้อมีการเสียดสีมากและทำให้มีอาการมากขึ้น ควรหลีกเลี่ยงอาการที่มีผลเสียกับข้อเข่า เช่น การยืนนานๆ การเดินขึ้นลงบันไดหรือทางลาด เป็นต้น

2) ปัญหาสุขภาพทางจิตใจ

สกุณา บุญนรากร (2554) ได้กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพทางจิตใจ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีดังนี้

ก. ความรู้สึกสูญเสีย ทั้งการสูญเสียภายใน เช่น ความเสื่อมของร่างกาย ความจำ การรับรู้ การสัมผัสไม่ดี ความคล่องแคล่วลดลง ความเจ็บป่วย ความต้องการทางเพศลดลง และความรู้สึกจากการสูญเสียภายนอก ได้แก่ การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุราชการ สูญเสียสถานภาพ ตำแหน่งการงาน การหย่าร้าง ต้องอยู่ลำพัง ลูกหลานแยกครอบครัว รายได้ลดลง เป็นต้น

ข. ความกลัวตาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเกือบทุกคน เนื่องจากยิ่งสูงอายุขึ้นก็จะประสบกับความตายของคนใกล้ชิดมากขึ้น ทั้งญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและคู่สมรส ผู้สูงอายุจะค่อยๆ ปรับตัว ยอมรับความตายก็คือ ความเจ็บปวดทรมานก่อนเสียชีวิต

ค. ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมักถูกมองว่า ความจำเสื่อม ความจำสับสน ไม่ทันต่อเหตุการณ์ มีสมรรถภาพต่ำลง เกิดการเสื่อมความเคารพ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า

ง. ความรู้สึกโกรธ จะเกิดเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองถูกครอบครัวและสังคมทอดทิ้ง ไม่มีความสำคัญ ไม่มีอำนาจ เกิดความรู้สึกผิดหวัง พฤติกรรมที่เห็นได้ชัด คือ หงุดหงิด ไม่พอใจ การกระทำของบุคคลรอบตัว ซ้ำโมโห จู้จี้ ไม่ว่าใครจะทำอะไรให้โกรธ เคียดแค้น ทำให้เกิดความวุ่นวายในครอบครัว และเกิดความเบื่อหน่ายผู้สูงอายุได้

จ. ความรู้สึกหมดหวังสิ้นหวัง เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดอยากสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลาน ให้แก่สังคม แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดหวัง โกรธตัวเอง อาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

ปัญหาสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่มักจะถูกละเลย โดยคนส่วนมากคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุจิตใจไม่เข้มแข็ง ฟุ้งซ่านไปเองหรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งความจริงแล้ว อาการเหล่านี้เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง เป็นอาการป่วยทางจิตที่ต้องการการดูแลจากคนในครอบครัวและสังคม (สกุณา บุญนรากร, 2554) ปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุตามข้างต้น อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เพราะมี

การเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง การที่มีโรคทางกาย บางอย่าง ไม่ว่าจะเป็นโรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อสมองโดยตรง แต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด หรือเกิดความรู้อู้อี้กว่าร่างกายไม่แข็งแรง เช่น ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคไต ปวดข้อ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ต้องสูญเสียคู่ชีวิตหรือต้องออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุ ทำให้ต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตใหม่ คือ ไม่มีเพื่อนร่วมงาน การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำครอบครัวเป็นผู้ตาม หรือไม่ได้ยอมรับนับถือจากลูกหลาน เนื่องจากเห็นว่าอายุมากแล้วและไม่ทันต่อเหตุการณ์ (สุรเดช สำราญจิตต์ และพนัชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2554) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการบำบัดรักษา ดูแลเอาใจใส่ และความรักความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา ผู้สูงอายุอาจจะมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย เนื่องจากเกิดความเบื่อหน่ายในชีวิต ซึ่งจากรายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยได้ทำรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2556 ระยะเวลา 16 ปี พบว่า การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2540 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการฆ่าตัวตาย จำนวน 306 ราย และในปี 2556 จำนวนการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่า มีการฆ่าตัวตาย จำนวน 662 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในช่วงวัยสูงอายุนั้นคือ 60 ปี ขึ้นไป จะมีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่า สุขภาพทางกายและสุขภาพทางใจเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กัน หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางกายก็จะทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุไม่ดี ซึ่งสามารถป้องกันหรือชะลอได้หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหันมาดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้สุขภาพมีความแข็งแรง อันจะเป็นผลต่อสภาพจิตใจที่ดีตามไปด้วย และทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้นๆจะสัมฤทธิ์ผล สมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (World Health Organization, 1998)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ด้านการรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การป้องกันโรค การรักษาโรค การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การรักษาสุขภาพจิต (กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2538)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือผลเสียต่อสุขภาพแล้วแต่กรณี นอกจากนี้ พฤติกรรมยังรวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้และทัศนคติที่มีต่อสุขภาพอีกด้วย (พรสุข หุ่นนรินทร์, 2545)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตนของบุคคลนั้นๆ ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรง และหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้ปราศจากความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (ธาริณี กาญจนวัลย์, 2551)

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของบุคคล เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และคงไว้ซึ่งความมีสมรรถภาพของร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

Kasl S.A. and Cobb S. (1966) and Gochman David S. (1988) [อ้างถึงใน พรสุข หุ่นนรินทร์ (2545)] ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior หรือ Preventive and Protective behavior) เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยมีความเชื่อว่า ตัวเองมีสุขภาพดีเป็นบุคคลแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จุดมุ่งหมายของการป้องกันโรคหรือการค้นหาความเจ็บป่วยในกรณีที่ไม่มีอาการให้เห็น หรือการค้นหาโรคในระยะปรากฏอาการ พฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ ตัวอย่าง เช่น การ去打วัคซีนป้องกันโรค การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย นันทนาการและการพักผ่อนที่เพียงพอ และการบริโภคเครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทราบว่า ตัวเองเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่จะแพทย์จะวินิจฉัยเป็นคนป่วย ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วย จึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม หรือ

ค้นหาวิธีการที่จะลดความเจ็บปวด และค้นหาการปรับปรุงฟื้นฟูสุขภาพที่ยั่งยืน เช่น การตอบสนองต่ออาการหรือสัญญาณของร่างกายที่ผิดปกติ การปรึกษาหรือขอความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล หมอแผนโบราณ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน หรือไม่ทำอะไร รอคอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

3) พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick-role behavior) เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคล ซึ่งกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้วรู้ว่า ตนเองป่วย เพื่อจะได้หายจากการเจ็บป่วย โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือความพิการ ได้รับการฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว รวมทั้งไม่ต้องรับการรักษาพยาบาล มีพฤติกรรมยอมทำตาม และให้ความร่วมมือในการรักษาตามแพทย์สั่ง ตัวอย่างเช่น ยอมรับการรักษาพยาบาล การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น

สำหรับ เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป และเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2) พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเชิงลบ (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้งไขมันมากเกินไปจนเกินความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น

ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

เบญจจา ยอดดำเนินแฉัตติกิจ และคณะ (2542, pp. 11-12) ได้เสนอตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในสังคมไทย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ตัวกำหนดระดับบุคคล ตัวกำหนดระดับครอบครัว และตัวกำหนดระดับสังคม ซึ่งแต่ละระดับของตัวกำหนดสามารถจำแนกออกเป็น 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านประชากร 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา และ 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการสุขภาพ

ตัวกำหนดระดับบุคคล	ตัวกำหนดระดับครอบครัว	ตัวกำหนดระดับสังคม
ก. ปัจจัยด้านประชากร	ก. ปัจจัยด้านประชากร	ก. ปัจจัยด้านประชากร
- เพศ	- ขนาดครอบครัว	- โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรในสังคม
- อายุ	- ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว/ขยาย)	- แบบแผนการย้ายถิ่น
- การย้ายถิ่น	- การย้ายถิ่นของครอบครัว	
ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา	ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา	ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา
- เชื้อชาติ	- ฐานะทางเศรษฐกิจของสังคม	- การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม
- สถานภาพสมรส	- ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว	- ความเป็นเมือง
- การศึกษา	- ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	- ความเป็นอุตสาหกรรม
- อาชีพ	- ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของสมาชิกในครอบครัว	- ความเป็นโลกาภิวัตน์
- รายได้	- แบบแผนการเลี้ยงดูบุตร	- การมีส่วนร่วมของประชากรในสังคม
- ประสิทธิภาพ	- อิทธิพลของเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่ต่อครอบครัว	- ทรัพยากรของชุมชน/สังคม
- ความรู้		
- ทักษะ		
- จิตสำนึก		
- ระดับสติปัญญา		
- ความเชื่ออำนาจในตน/นอกตน		
ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม	ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม	ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม
- วิถีชีวิต	- วิถีชีวิตของครอบครัว	- วิถีชีวิต
- ค่านิยม	- ค่านิยมของครอบครัว	- ค่านิยม
- ความเชื่อ	- ความเชื่อของครอบครัว	- บรรทัดฐานทางสังคม
- วัฒนธรรมความปลอดภัย	- วัฒนธรรมความปลอดภัย	- วัฒนธรรมความปลอดภัย
	- วัฒนธรรมเฉื่อย	ง. ปัจจัยด้านสถาบัน
		- ระบบการเมือง
		- ระบบการศึกษา
		- ระบบบริการสุขภาพ
		- ระบบโครงสร้างพื้นฐาน
		- ระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสมัยใหม่

ที่มา: เบญจา ยอดคำเนิน แอ็ดติจ์ และคณะ. (2542: 11-12)

นอกจากนี้ Potter and Perry (1995) ยังได้เสนอแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังนี้

1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ระยะเวลาการของบุคคล พื้นฐานด้านสติปัญญา รวมถึงปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ก. ระยะเวลาการของบุคคล ความคิดเห็นและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในแต่ละช่วงของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากบุคคลมีพัฒนาการมากขึ้นตามวัย

ข. พื้นฐานด้านสติปัญญา ความเชื่อทางด้านสุขภาพของบุคคลจะถูกหล่อหลอมเกลียดด้วยสติปัญญา และการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพอื่นๆ ก็เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา และการเรียนรู้ของบุคคล

ค. การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรืออีกคนหนึ่งรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด จะทำให้บุคคลทั้งสองปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน คือ ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย จะพยายามดูแลรักษาสุขภาพและทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมากกว่า

ง. ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติ เช่น บุคคลที่มีความวิตกกังวลว่าความเจ็บป่วยกำลังคุกคามชีวิต หากเป็นผู้สงบเยือกเย็น ก็จะมีการตอบสนองทางอารมณ์เพียงเล็กน้อย ยอมรับและให้ความสนใจในอาการแสดง และเสาะหาการดูแลที่เหมาะสม ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ก็จะปฏิเสธอาการแสดงที่ปรากฏและไม่ยอมรับการรักษา สำหรับความเชื่อทางศาสนาหรือจิตวิญญาณจะสะท้อนให้เห็นได้จากการปฏิบัติของบุคคล เช่น ถ้าความเชื่อทางศาสนาให้ละเว้นจากการรักษาทางการแพทย์ทุกชนิดในการเจ็บป่วยบางอย่าง บุคคลก็อาจจะหลีกเลี่ยงในการไปรับการดูแลรักษาจากสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน

2) ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติของครอบครัว ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และพื้นฐานทางวัฒนธรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. การปฏิบัติของครอบครัว แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว จะได้รับอิทธิพลจากการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวเดียวกัน เช่น กรณีเด็กหรือ

วัยรุ่นที่มีพื้นฐานทางครอบครัวที่มีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารชีวจิต และพืชผักสมุนไพร มีการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ เสาะแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เมื่อโตขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเช่นนั้น

ข. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น สตรีวัยเจริญพันธุ์เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ประจำปีทุกปี แต่มีปัญหาทางการเงิน ก็อาจไม่ไปตรวจสุขภาพได้ตามที่คาดหวัง

ค. พื้นฐานทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อ การให้คุณค่า และการปฏิบัติที่เป็นธรรมเนียมสืบทอดกันมา ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพดี

ประกาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2543) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและมีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยมีอิทธิพลจาก 5 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิทยา องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ องค์ประกอบด้านการศึกษา และองค์ประกอบทางการเมือง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย วุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การจูงใจ ความคับข้องใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล

2) องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคล โดยสามารถอธิบายรายละเอียดขององค์ประกอบ ได้ดังนี้

ก. ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว บางครอบครัวบิดามารดาอาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่างหรือไม่ให้บุตรรับประทานอาหารบางอย่าง เช่น การปลูกฝังให้รับประทานอาหารเช้าๆ การงดการบริโภคเนื้อสัตว์ เป็นต้น นอกจากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออก

กำลังกาย ซึ่งการปฏิบัติของบิดามารดาหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว

ข. กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติที่คล้ายๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพที่เขายึดถืออาจจะดีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดถือของกลุ่ม

ค. สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคล ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ จะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในสังคม มักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการรักษาโรคดีกว่าบุคคลทั่วไป

ง. วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมใดสังคมหนึ่ง ข้อปฏิบัติต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี มีทั้งข้อปฏิบัติที่ส่งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพสำหรับตัวผู้ปฏิบัติเอง

3) องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอีกด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะขาดความรู้และทัศนคติด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ในทางตรงกันข้าม ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาก็จะมีมากขึ้น การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติต่อสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งมีผลทำให้มีสุขภาพดี

4) องค์ประกอบด้านการศึกษา การศึกษาที่ต่างกันมีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ด้านสุขภาพของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ มักจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

5) องค์ประกอบทางการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาลและบริการสาธารณสุข ตลอดจนกิจกรรมทางสาธารณสุข กฎหมาย ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น มีความสอดคล้องกัน และมีตัวแปรที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพบางตัวซ้ำซ้อนกัน แต่อาจมีการแบ่งกลุ่มที่ต่างกัน เช่น แนวคิดของเบญจา ยอดดำเนิน แอ็กติกจ๊ ได้มีการรวมปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา เข้าไว้ด้วยกัน แต่แนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ ได้มีการแยกและแบ่งออกเป็น องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม กับองค์ประกอบด้านจิตวิทยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีร่วมกัน ได้แก่ วิถีชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Behaviors) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

Heckhumer (1989) [อ้างถึงใน (เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2541)] ได้กล่าวถึง การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไว้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) งดสูบบุหรี่
- 2) จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น และไม่ดื่มขณะขับรถ
- 3) มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมากๆ ความร้อนจัดหรือเย็นจัด ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
- 4) มีนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง
- 5) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิค ครั้งละ 20-30 นาที
- 6) พักผ่อนเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ
- 7) หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ การทำโยคะ และออกกำลังกาย เป็นต้น
- 8) มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง และมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง
- 9) หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย หรือซื้อยากินเอง

เช่นเดียวกับ ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532) ได้นำเสนอปัจจัยที่จะช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุ ยืนยาว ว่าจะต้องประกอบด้วย

- 1) การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดิน หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นเวลา 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2) อาหาร โดยรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ รวมทั้งผลไม้และผักสด ข้าวที่อยู่ในสภาพธรรมชาติและเส้นใยต่างๆ พร้อมทั้งโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว
- 3) การนอน ควรมีการนอนอย่างเพียงพอ คือนละ 7-8 ชั่วโมง
- 4) มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต รื่นเริง สนุกสนาน หัวเราะบ่อย
- 5) ไม่อยู่เฉย ทำงานให้เป็นประโยชน์
- 6) มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่างๆ
- 7) มีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นไปตามต้องการ
- 8) มีการเรียนรู้และหาประสบการณ์กับสิ่งใหม่ๆ
- 9) ได้รับการดูแลสม่ำเสมอจากแพทย์
- 10) มีความภูมิใจในตนเอง เอาใจใส่ชีวิต มีอารมณ์ดีไม่ฉุนเฉียว มีความเชื่อมั่นและยึดมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ เช่น ศาสนา

ในมุมมองของวิไลวรรณ ทองเจริญ (2542) ได้กล่าวถึง หลักการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย มีดังนี้

- 1) รับประทานอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
- 2) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหมเกินไป
- 3) ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
- 4) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซา กาแฟ
- 5) ดูแลจัดสถานที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย มีของใช้เท่าที่จำเป็นและไม่ควรเคลื่อนย้ายของใช้บ่อยๆ รวมถึงสถานที่นั้นจะต้องมีอากาศถ่ายเทสะดวก
- 6) หลีกเลี่ยงสถานที่แออัดหรือมีผู้เจ็บป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 7) ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ รับประทานผักผลไม้มากขึ้น เพื่อช่วยในการขับถ่าย
- 8) พักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรนอนพักในตอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที

9) หลีกเลี้ยงความเครียดต่างๆ พยายามทำจิตใจให้แจ่มใส เพิ่มความสุขให้กับตนเอง โดยทำงานอดิเรกที่ชอบ ท่องเที่ยวไปในสถานที่ต่างๆ ไปวัดหรือเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

10) หมั่นสังเกตความผิดปกติอยู่เสมอ หากพบความผิดปกติ ควรรีบปรึกษาแพทย์ประจำตัว ไม่ควรเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาบ่อย เพราะจะทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ควรตรวจร่างกายเป็นประจำอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ Pender (2002) [อ้างถึงใน (ชลธิชา จันทร์คีรี, 2549)] ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจเอาใจใส่สุขภาพตนเอง โดยมีการตรวจร่างกายสม่ำเสมอ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ด้วยตนเอง รวมทั้งการได้รับการจากบุคลากรด้านสุขภาพ

2) กิจกรรมทางกาย เป็นลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ก็ตามที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายได้ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง

3) โภชนาการ เป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม มีประโยชน์และได้คุณค่าทางด้านโภชนาการครบถ้วน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาว

4) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการกระทำที่แสดงถึงการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเป็นระบบโดยการติดต่อกับบุคคลในสังคม ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้สึนึกคิดและการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากผู้อื่น

5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อ ความหวัง การให้อภัย ชีวิตหลังความตาย รวมถึงการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น

6) การจัดการกับความเครียด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำสมาธิ ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่เสื่อมลง หากไม่สามารถปรับตัวรับกับการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จะทำให้เกิดภาวะเครียด ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ส่งผลให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มีประสิทธิภาพลดลง

ในขณะที่ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมการรักษาสุขภาพเบื้องต้นในวัยสูงอายุ ไว้ดังนี้

1) กินเป็น หมายถึง การกินอาหารถูกต้อง ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายไม่มากไม่น้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ งดเว้นสิ่งเสพติดที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น บุหรี่ ชา กาแฟ สุรา เป็นต้น บุหรี่ถือเป็นสิ่งเสพติดที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่สูบ ซึ่งบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน สารพิษจากบุหรี่ทำให้เกิดโรคต่างๆ อาทิเช่น สารนิโคติน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อสูบในปริมาณที่มากเกินไปเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถุงลมโป่งพอง และอาจจะมีมะเร็งปอดในที่สุด นอกจากนี้พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอีกอย่างหนึ่ง คือ การดื่มสุรา หากดื่มสุราในปริมาณมากจะทำให้มีอาการมึนเมา มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ อีกทั้งอันตรายต่อผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ อีกด้วย เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งการงดดื่มได้จะเป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีที่สุด

สารอาหารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ คือ วิตามินและแร่ธาตุ ซึ่งผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุและวิตามิน ดังนี้ แคลเซียม ช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุนในวัยสูงอายุ เหล็กต้องกินมากขึ้นเพื่อชดเชยส่วนที่ขาด เนื่องจากการดูดซึมของทางเดินอาหารบกพร่อง ใช้เพื่อการบำรุงเลือด และวิตามินวัยสูงอายุเป็นวัยที่พบว่าร่างกายขาดวิตามินซีได้ง่าย การให้วิตามินซีเพิ่มยังจำเป็น ซึ่งพอๆ กับความจำเป็นของความต้องการวิตามินบีของร่างกายที่ขาด เนื่องจากการดูดซึมวิตามินของทางเดินอาหารลดลง ดังนั้น ผักผลไม้จึงเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การขาดวิตามินอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการชีวเคมีของร่างกาย และอาจทำให้เกิดโรคได้หลายอย่าง ดังนั้นผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามินที่สำคัญ การกินผักควรกินทั้งชนิดดิบและสุก ใบเขียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอและซีจะต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินซีควรกินจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยจะทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ผักยังให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียมและอื่นๆ ด้วย

นอกจากนั้น สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุต้องดื่มน้ำให้มากพอ เพราะน้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่าร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว ทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมากพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,500 ซีซี น้ำมีความจำเป็นต่อร่างกาย เพราะน้ำทำหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้สมดุลรวมถึงสร้างความชุ่มชื้นให้กับตา ไซสันหลัง สมองและข้อ

2) นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจ สิ่งแวดล้อม และท่านอน คนที่มีจิตใจดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สดชื่น ไม่เคร่งเครียด ท่านอนสบาย ก็จะทำให้หลับได้ดี การนอนผิดท่านอกจากทำให้เมื่อยแล้ว บางครั้งอาจทำให้นอนฝันร้ายหรือรู้สึกมีอาการผิดปกติ เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตไม่ดี มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายของแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแน่นอนว่าเป็น 8 หรือ 10 ชั่วโมง ผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องงีบหลับตอนกลางวันบ้าง จะช่วยให้กระปรี้กระเปร่าและทำให้ร่างกายสดชื่น

3) อยู่เป็น การอยู่เป็น หมายถึง การรู้จักรักษาสุขภาพที่ดี การรู้จักออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายมีความตื่นตัวและคงความสดชื่น หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิธีลดความเครียดทางจิตใจ การมีอารมณ์ดี จิตใจแจ่มใส มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของปอดและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ ข้อต่อของร่างกายมีความยืดหยุ่น และมีภาวะร่างกายสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงภาวะที่ร่างกายสามารถใช้ออกซิเจนได้อย่างเต็มที่ มีความสมดุลของน้ำหนักกับส่วนสูงตามระดับอายุ โดยกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละคน ความเข้มข้นและชนิดหรือวิธีของการออกกำลังกาย ต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายควรเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุอย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ

4) สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ในระยะแรกๆ ของการเป็นผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจนถึงเกษียณ และต้องหยุดทำงาน อาจสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้เหตุผล ความเข้าใจ และการยอมรับจะทำให้การปรับตัวดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังจากสังคมมากเกินไป เพราะถ้าไม่เป็นไปอย่างที่คาดหวังแล้ว จะทำให้เกิดความท้อแท้เสียใจ ในที่สุดก็ต้องแยกตัวออกจากสังคม หรืออยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุขเลย

5) ใช้ชีวิตเป็น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ควรมีลักษณะดังนี้ มีลักษณะของผู้ที่ได้รับโภชนาการถูกต้องสมบูรณ์ ร่างกายแข็งแรงคล่องแคล่ว สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องการในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีสภาพจิตใจและอารมณ์ดี ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานี้ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด

นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการที่ 4 คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 โดยครอบคลุม 5 พฤติกรรม ดังนี้

1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที เพราะการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของปอดและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ ข้อต่อของร่างกายมีความยืดหยุ่น และมีภาวะร่างกายสมบูรณ์ ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแต่ละคน แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละคน ความเข้มข้นและชนิดหรือวิธีของการออกกำลังกาย ต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายควรเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ อย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ วิธีการออกกำลังกายที่ดีและมีความสุขในวัยสูงอายุควรปฏิบัติ ดังนี้ ต้องออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยเลือกกิจกรรมที่ทำได้และไม่ขัดกับปัญหาสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกายควรเป็นการออกแรงเบาๆ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ รำมวยจีน เป็นต้น รวมถึงจะต้องมีการปรับท่าการออกกำลังกายให้เหมาะกับตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการสร้างสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติที่ดีที่สุด

2) พฤติกรรมการรับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ เพราะผักผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การขาดวิตามินอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการชีวเคมีของร่างกาย และอาจทำให้เกิดโรคได้หลายอย่าง ดังนั้น ผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามินที่สำคัญ การกินผักควรกินทั้งชนิดดิบและสุก ใบเขียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอและซีจะต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินซีควรกินจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยจะทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ผักยังให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียมและอื่นๆ ด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุควรกินผักใบเขียวและผลไม้ต่างๆ ให้มาก เพื่อให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ และลดอาการท้องผูกอีกด้วย

3) พฤติกรรมการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า ผู้สูงอายุต้องดื่มน้ำให้มากพอ น้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่า ร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว ทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมากพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,500 ซีซี ดังนั้น น้ำจึงมีความจำเป็นต่อร่างกาย เพราะน้ำทำหน้าที่สำคัญ ดังนี้ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้สมดุล ถ้าอากาศร้อนก็จะกระหายให้ดื่มน้ำ แต่ถ้าอากาศเย็นมากร่างกายต้องการน้ำน้อยลง น้ำยังสร้างความชุ่มชื้นให้กับตา ไซนัสหลัง สมองและข้อ รวมถึงน้ำช่วยหล่อลื่นเยื่อต่างๆ ทำให้เคลื่อนไหวได้ดี หากร่างกายต้องสูญเสียน้ำมากกว่าภาวะปกติ เช่น อาเจียนท้องเดินอย่างรุนแรง ถ้าได้น้ำไปทดแทนไม่เพียงพอจะตรวจพบอาการผิดปกติหลายอย่าง เช่น ผิวหนังและเยื่อปากแห้ง น้ำหนักตัวลด ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะ ถ้ายังแก้ไขไม่ถูกต้องอาจถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น น้ำจึงมีความสำคัญกับชีวิตมนุษย์ เช่นเดียวกับอาหาร หากร่างกายขาดน้ำจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร การไหลเวียนของกระแสเลือด การรักษาอุณหภูมิในร่างกาย เป็นต้น จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องดื่มน้ำในปริมาณวันละไม่ต่ำกว่า 6-8 แก้ว

4) พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารพิษจากบุหรี่อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ฤกษ์มโป่งพอง และมะเร็งปอด เป็นต้น ซึ่งการสูบบุหรี่มิได้มีผลแต่เฉพาะผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ผู้อยู่ข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ขณะที่มีการสูบบุหรี่จะได้รับสารพิษเหล่านี้ไปด้วย ดังนั้น เพื่อสุขภาพของตนเองและผู้อยู่ข้างเคียง ควรลดหรืองดสูบบุหรี่ จะเป็นการถนอมสุขภาพของตนเองและสร้างประโยชน์ให้กับสังคมด้วย

5) พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโดงเหล้า เป็นต้น เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบส่วนกลาง เมื่อดื่มเข้าไปมากๆ จะทำให้มีอาการมึนเมา เพราะการสะสมของแอลกอฮอล์ที่ดูดซึมเข้าทางกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ยังส่งผลต่อการสะสมของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้นตามลำดับ มีพิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ อีกทั้งอันตรายต่อผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆอีกด้วย ซึ่งการงดดื่มได้จะเป็นวิธีทางของการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด

จาก 5 พฤติกรรมดังกล่าว ยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) ในดัชนีชี้วัดที่ 8 อีกด้วย

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีส่วนสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะทำให้ร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาความเสื่อมของร่างกายตามวัย อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการเป็นกลุ่มโรค NCDs (Non-communicable Diseases) อีกด้วย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มโรค NCDs จึงมีความสำคัญและควรมีการรณรงค์ป้องกันโรคดังกล่าว กลุ่มโรค NCDs คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง เป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยในปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 57 ล้านคน พบว่า 36 ล้านคน เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และคาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือ เพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสาเหตุของการเกิดกลุ่มโรค NCDs คือ พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุลหรือไม่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (หวาน มัน เค็มจัด) ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนไม่เพียงพอ มีความเครียดมาก สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป ทั้งนี้ World Health Organization (2010) ได้เสนอวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรค NCDs มีดังนี้ คือ การออกกำลังกายให้เพียงพอ (Physical activity) ไม่สูบบุหรี่ (Tobacco Use) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขนาดที่เป็นอันตราย (Harmful use of alcohol) และการรับประทานอาหารอย่างสมดุล (Healthy diet)

นอกจากนี้ แพทย์ ศิริสุวรรณ (2557) ได้เสนอพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มโรค NCDs ไว้ดังนี้

1) การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกาย 20-30 นาที ความถี่ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วง ได้แก่

ก. ช่วงอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5-15 นาที เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายช่วยป้องกันหน้ามืดและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ โดยการเดินช้าๆ หรือกายบริหารเบาๆ เหยียดยืดกล้ามเนื้อ

ข. ช่วงออกกำลังกาย ควรเลือกออกกำลังกายด้วยกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายที่ชอบ โดยคำนึงถึงกล้ามเนื้อมัดใหญ่ แขน ขา ลำตัวต่อเนื่องเป็นหลัก ประมาณ 20 นาทีขึ้นไป ควรออกกำลังกายมากพอที่จะทำให้หายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ แต่ไม่ควรออกกำลังกายจนหนักเกินไป เช่น หอบจนต้องหยุดพักเพื่อหายใจได้ทัน ควรเลือกชนิดการออกกำลังกายที่หลากหลาย ซึ่งชนิดของการออกกำลังกายแบ่งตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้ 1) เพิ่มความแข็งแรงของหัวใจ ปอด และหลอดเลือด เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ โยคะ 2) เพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ เช่น ยกน้ำหนัก 3) เพิ่มความยืดหยุ่น เช่น กายบริหารยืดเหยียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ 4) เพิ่มการทำงานที่ประสานกันของร่างกาย เช่น โยคะ ไทเก๊ก เป็นต้น

ค. ช่วงผ่อนคลายร่างกาย ค่อยๆ ผ่อนคลายการออกกำลังกายให้ช้าลง ควรเริ่มทำก่อนที่จะรู้สึกเหนื่อยจนเกินไป ค่อยๆ ลดกิจกรรมลง เหมือนช่วงอบอุ่นร่างกาย

2) การเลิกบุหรี่และยาสูบ หากปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้จะช่วยให้โอกาสเลิกบุหรี่ได้สูงขึ้น

ก. เลิกวัน กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากที่ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่

ข. ล้นวาจา บอกคนในครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงาน ขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน

ค. พร้อมลงมือ วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน โดยใช้เทคนิค 5D ได้แก่

- Delay อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบบุหรี่
- Deep Breath การหายใจเข้าออกลึกๆ และทำบ่อยๆ จำนวน 5-10 ครั้ง
- Drink Water การดื่มน้ำชาหรือจิบน้ำบ่อยๆ

- Do something else การหาสิ่งอื่นแทนการสูบบุหรี่ เช่น เล่นกีฬา วาดรูป
ปลูกต้นไม้
- Destination การให้คิดถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ เช่น เกิดมะเร็งปอดลดลง
มีเงินเหลือเก็บมากขึ้น
- ง. ระบุอุปกรณ์ กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
หลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้สูบบุหรี่เป็นประจำ ถ้าเลิกไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับคำแนะนำ

3) การดื่มแอลกอฮอล์ ควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์เท่าที่จำเป็น

4) การรับประทานอาหารอย่างสมดุล ควรเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลายอย่าง
เหมาะสมตามธงโภชนาการ ดังนี้

- ก. ข้าว 4-6 ทัพพีต่อวัน แนะนำธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวกล้องงอก
- ข. เนื้อสัตว์ 6-12 ช้อนกินข้าวต่อวัน แนะนำเนื้อปลา ออกไก่ เนื้อไม่ติดมัน
เต้าหู้ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง แฮม เบคอน
- ค. ผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ส่วนมากจะมีพลังงานต่ำสุดในบรรดาอาหารทุก
หมวด ควรรับประทานผัก 4-6 ทัพพีต่อวัน ผลไม้ 3-5 ส่วนต่อวันควรรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น
ฝรั่ง แอปเปิ้ล เป็นต้น
- ง. นม 1-2 แก้วต่อวัน ควรเลือกรับประทานนมพร่องมันเนยรสจืด

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2553) ได้เสนอการเตรียม
ความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุไว้ 7 ประการ ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิต สามารถปฏิบัติ
ได้ดังนี้ ยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่ออายุมากขึ้น ยึดหลักสำคัญทางศาสนาไว้เป็นที่
พึ่งทางใจ ควรหาเวลาศึกษาหลักธรรมในพระพุทธศาสนาแล้วปฏิบัติตามคำสอน 2) ด้านการเงิน กระทำได้
โดย ตรวจสอบสถานภาพการเงิน โดยการทำบัญชีรายรับรายจ่ายอย่างสม่ำเสมอ ประหยัดรายจ่าย ตัด
รายจ่ายที่ไม่จำเป็นออกไป เป็นต้น 3) ด้านที่อยู่อาศัย หลักการสำคัญที่ต้องคำนึงในการปรับปรุงบ้านให้
เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ คือ บ้านต้องมีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ บริเวณบ้านควรใช้งานได้สะดวก
ลักษณะของบ้านควรสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา และควรออกแบบหรือปรับปรุงบ้านให้ดูแล

รักษาง่าย 4) ด้านผู้ดูแล ก่อนที่บุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุควรตัดสินใจว่าจะให้ใครเป็นผู้ดูแล และแจ้งให้เขาทราบล่วงหน้าเป็นระยะเวลาานาน เพื่อให้ผู้ที่จะเป็นผู้ดูแลได้ทำการวางแผนชีวิตว่าจะมีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล ในกรณีที่บุคคลประสงค์จะอยู่ในความดูแลของบ้านพักคนชราหรือสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ ก็ควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เหล่านั้นอย่างรอบคอบ รวมถึงเตรียมค่าใช้จ่ายไว้ล่วงหน้าให้เพียงพอ 5) ด้านกิจกรรมหลังเกษียณอายุ การมีเวลาว่างมากเกินไปอาจทำให้ผู้สูงอายุบางรายเกิดความเหงา และนำไปสู่โรคซึมเศร้า ดังนั้น การเตรียมความพร้อมที่จะหากิจกรรมไว้ทำช่วงเกษียณอายุย่อมเป็นสิ่งจำเป็น 6) ด้านการศึกษาข้อมูลสวัสดิการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุมิสิทธิได้รับ แหล่งที่สามารถศึกษาข้อมูลได้ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประกาศและระเบียบของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และโดยเฉพาะด้านที่ 7) การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย ถือเป็นด้านที่สำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยการหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสม ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำ ระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิด ทั้งจากตัวผู้สูงวัยเองและผู้อื่นเป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้น เช่น ระวังการวิ่งตัวไม่ให้หกล้ม ระวังการวิ่งตัวในการเดินหรือการออกกำลังกาย อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเท ควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง หากนอนไม่หลับต้องหาสาเหตุว่ามีอะไรเป็นสิ่งรบกวน เช่น อุณหภูมิ หรือมีความวิตกกังวล เมื่อรู้สาเหตุแล้วต้องรีบแก้ไข หากแก้ไขไม่ได้ต้องรีบปรึกษาแพทย์ รวมถึงการขับถ่าย ควรถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยไม่มีอาการท้องผูกหรือท้องร่วง (ทยณัฐ ชวนไชยสิทธิ์และคณะ, 2555); (อุดมพร ชื่นไพบูลย์, 2549)

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถสรุปตัวแปรที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและตัวแปรที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ได้ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวแปรที่สำคัญที่ได้มาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

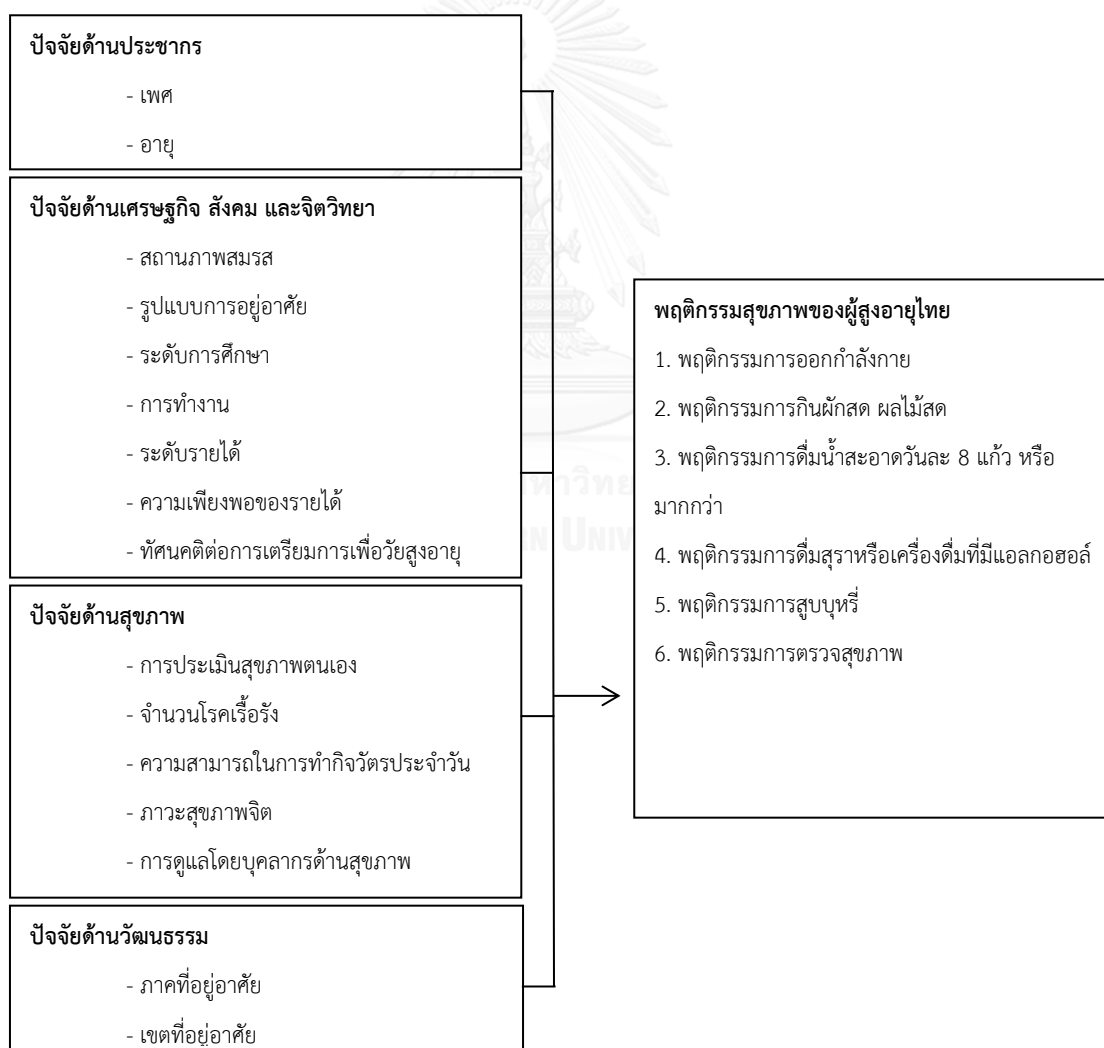
ตัวแปร	ทฤษฎีและแนวคิด
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย <ol style="list-style-type: none"> 1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย 2. พฤติกรรมการกินผักสด ผลไม้สด 3. พฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า 4. พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 6. พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - (Heckhumer1989, อ้างถึงใน (เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2541)การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ - ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2532) ปัจจัยที่จะช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาว - วิไลวรรณ ทองเจริญ (2547) หลักการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย - Pender, 2002 [อ้างถึงใน (ชลธิชา จันทร์ศิริ, 2549)] พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ - กุลยา ต้นดิผลาชีวะ (2551) พฤติกรรมการรักษาสุขภาพเบื้องต้นในวัยสูงอายุ - กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยสูงอายุ - องค์การอนามัยโลก (2010) วิธีการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรค NCDs - พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ (2557) พฤติกรรมป้องกันกลุ่มโรค NCDs
ปัจจัยด้านประชากร <ol style="list-style-type: none"> 1. เพศ 2. อายุ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา <ol style="list-style-type: none"> 3. สถานภาพสมรส 4. รูปแบบการอยู่อาศัย 5. ระดับการศึกษา 6. การทำงาน 7. ระดับรายได้ 8. ความเพียงพอของรายได้ 9. ทักษะติดต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพ <ol style="list-style-type: none"> 10. การประเมินสุขภาพตนเอง 11. จำนวนโรคเรื้อรัง 12. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 13. ภาวะสุขภาพจิต 14. การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม <ol style="list-style-type: none"> 15. ภาคที่อยู่อาศัย 16. เขตการปกครอง 	<ul style="list-style-type: none"> - เบญจา ยอดคำเป็น แอ็ดดิทจ์และคณะ (2542) ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ - Potter and Pery (1989) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ - ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีส สุวรรณ (2543) องค์ประกอบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 5 องค์ประกอบ

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพและแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงได้วางกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ดังปรากฏในแผนภาพที่ 1 โดยโครงสร้างของกรอบแนวคิดปรับจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของเบญจา ยอดดำเนิน แอ้ตติง และคณะ (2542, pp. 11-12) ที่กล่าวไว้ข้างต้น โดยปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพมี 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม โดยเน้นเฉพาะตัวกำหนดระดับบุคคล

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย”



ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

1.5 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านประชากร

เพศ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล เป็นตัวกำหนดบทบาทความสามารถและการแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรงและมีพฤติกรรมในด้านการใช้กำลัง เช่น การทำงานนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบาง และมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและบุคคลอื่นๆ เช่น การดูแลสุขภาพ และความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เพศยังเป็นตัวกำหนดทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่ออันนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการสำรวจโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2540) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุเพศหญิงในด้านต่างๆ ดังนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง พฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายดื่มสุรามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับ Lubben J.M. and other (1991) ที่ได้ศึกษาการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 1,021 ราย พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง และจากการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชายเนื่องจากมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา กองแก้ว (2549) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ Johnson (1991) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542) เรื่อง ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิรัชพยาบาล กรุงเทพมหานคร และ การศึกษาของสิริพร สุธัญญา (2550) เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้นส่วนใหญ่เข้าใจดีถึงความสำคัญของสุขภาพตนเองที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีและแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากการประมวลผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลใส่ใจในเรื่องสุขภาพและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จึงอาจตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจจะลดลงในวัยสูงอายุ

ผลการศึกษาของวณลดา ทองใบ (2540) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรีของรจนารถ รุ่งลือ (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และจากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548) กล่าวว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพมีลักษณะผกผันกับอายุ กล่าวคือ ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนการดูแลสุขภาพในระดับสูงถึงร้อยละ 37.1 แต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นสัดส่วนนี้จะค่อยๆ ลดลง แตกต่างจากการศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) เรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

แม้ว่าจากผลการวิจัยข้างต้นจะพบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา

สถานภาพสมรส แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง การมีคู่ชีวิตจะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้งระหว่างคู่สมรส เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวที่ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งปกติและยามเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสนั้นจะทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ขาดที่ปรึกษา เหงา ว้าเหว่ ขาดคนให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรส จะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อสภาพจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การตายของคู่ครอง เมื่อคู่ครองตายจากไป ทำให้มีความรู้สึกเศร้าโศก (ชลธิชา จันทศิริ, 2549)

ผลการศึกษาเรื่อง ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ของวนิดา กองแก้ว (2549) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือหย่า หรือแยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ที่ได้ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า แยก ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของนลินี มิ่งมณี (2549) ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสโสดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสอื่นๆ เนื่องจากบุคคลในวัยนี้มีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ

ของตนเองได้ เห็นความสำคัญและคุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยไม่ต้องมีแรงสนับสนุนจากภรรยา หรือสามี การมีครอบครัวหรือไม่ มีได้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้บุคคลในวัยนี้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสในครัวเรือนเดียวกัน น่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกลุ่มอื่นๆ

รูปแบบการอยู่อาศัย เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตรหรือคู่สมรสหรือบุคคลอื่นจะมีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องของสุขภาพ โดยจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมได้

ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร ของสิริพร สุทธิญา (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง/บุตรหลานหรือญาติคนอื่นๆ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว สอดคล้องกับทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง อยู่กับญาติหรืออยู่กับบุคคลอื่นๆ มีแบบแผนชีวิตทุกด้าน ได้แก่ แบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนด้านการดูแลสุขภาพตนเองโภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การปรับตัวสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและสังคม อัตราโนทัศน์สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับละออง สุวิทยาภรณ์ (2534) ที่ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบทกรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลานต่างกันจะมีสุขภาพกายแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นๆ จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว เนื่องจากมีบุคคลคอยเกื้อหนุน ดูแลเอาใจใส่ในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาคั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนมีผู้อยู่อาศัยหลายคนน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถเสาะแสวงหาข้อมูล และนำมาพิจารณาตัดสินใจ การกระทำตลอดจนรู้จักรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ของอัสรา อวารณ์ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา-ระดับปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษา-มัธยมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร สุชัยญา (2550) เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา แตกต่างกับการศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542) เรื่อง ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงคือระดับอุดมศึกษา ประกอบกับการได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองแม้ว่าจะมีระดับการศึกษาต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้น จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่า

การทำงาน เป็นตัวแปรที่ชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการหารายได้ และการมีกิจกรรมในวัยสูงอายุ ดังนั้นสถานภาพการทำงานน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในวัยสูงอายุ

ผลการทบทวนการศึกษาของเบญจพร สว่างศรีและเสริมศิริ แต่งงาม (2556) เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้ที่ประกอบอาชีพมีโอกาสที่จะพบปะกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมมากกว่าอาชีพอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี

สุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์ (2557) เรื่อง ทุน มนุษย์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองของประชากรไทย พบว่า ความสามารถในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองด้านสุขภาพกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีความสามารถในการทำงานแตกต่างกันจะมีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองด้านสุขภาพกายแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือประกอบอาชีพ มีโอกาสได้พบปะ พูดคุย มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับบุคคลอื่น จึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน

ระดับรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อการดำรงชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ สามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรง และตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่ตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ

ผลการศึกษาของอรชร โวทวี (2548) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอินทราพร พรหมปรการ (2541) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากสามารถหาแหล่งบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การป้องกันอุบัติเหตุภายใน-ภายนอกบ้าน และการตรวจสุขภาพประจำปี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้ Walker S.N. and other (1992) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า

ความเพียงพอของรายได้ ปัจจุบันระบบเศรษฐกิจมีผลอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของประชาชน บุคคลที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะทำให้วิถีการดำรงชีวิตอยู่แบบขาดสน ประสบกับความยากลำบากต่อการดำรงชีวิต ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอีกด้วย

ผลการศึกษาของอัสรา อวารณ์ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอเหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ สอดคล้องกับสำรวมจิตต์ สุนทรภิญโญสุข (2540) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันจะมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่า ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการที่ผู้สูงอายุจะดูแลสุขภาพตนเอง หากผู้สูงอายุมีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

ทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ เป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มขึ้น ทัศนคติด้านสุขภาพล้วนเกิดจากการได้ยินได้ฟังหรือมีประสบการณ์ด้วยตนเอง หากบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อข้อปฏิบัติด้านบวก ก็จะนำมาสู่การปฏิบัติด้านบวกในเรื่องนั้นๆ ตรงข้ามหากบุคคลมีทัศนคติด้านลบต่อสุขภาพก็จะนำมาสู่การปฏิบัติในด้านลบตามมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคคลเป็นสำคัญ

ผลการทบทวนการศึกษาของนุชระพี สุทธิกุล (2540) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ทักษะด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยครูที่มีทัศนคติเชิงบวกด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูงกว่าครูที่มีทัศนคติเชิงลบด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ จูรีรัตน์ เพชรทอง (2540) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยพบว่า ทักษะด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยข้างต้น ทักษะด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากทัศนคติที่ดีย่อมจะนำมาสู่การปฏิบัติที่ดีตามมาด้วย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติว่าควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติว่าไม่ควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ

ปัจจัยด้านสุขภาพ

การประเมินสุขภาพตนเอง วัดจากความคิดหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนเองเป็นอย่างไร ซึ่งหากบุคคลมีสุขภาพกายไม่ดีมีการเจ็บป่วยน่าจะส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ผลการทบทวนการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender [1987,อ้างถึงใน (ภราดา บุราณสาร, 2546)] ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้เกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดี (Green L.W. & Kreuter M.W. , 1991)

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วย ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะทำให้รู้วิธีการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น ทำให้ปราศจากโรคและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองสุขภาพไม่ดี

จำนวนโรคเรื้อรัง เป็นตัวแปรที่วัดภาวะการมีโรคประจำตัว บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพหรือปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่กำลังประสบอยู่ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองอีกด้วย

ผลการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536) พบว่า บุคคลที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพผิดปกติ ได้แก่ ปวดข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคภัยที่เป็นอยู่ เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งผลกระทบต่อ การแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากผลการวิจัยข้างต้น จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังน้อยน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมาก

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ โดยจะใช้ตัวชี้วัด Activity Daily Living (ADL) วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งด้านการอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ลุก-นั่ง เคลื่อนที่ ใช้ห้องน้ำ เป็นต้น ซึ่งถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้านหน้าที่ของร่างกาย หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะแสดงถึงการมีสุขภาพกายที่ดี และเป็นผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอีกด้วย

ผลการทบทวนการศึกษาของกชชุกร หว่างนุ้ม (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ภาวะสุขภาพและภาวะการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันน่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัยซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และยังเป็นผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอีกด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับสูงน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ

ภาวะสุขภาพจิต เป็นตัวแปรที่วัดความรู้สึกด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

จะส่งผลต่อสภาพจิตใจตามไปด้วย และมีความสัมพันธ์ต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน

ผลการทบทวนการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง พฤติกรรมด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เนื่องมาจากการที่มีสุขภาพจิตดี จะทำให้มีความสดชื่น แจ่มใส สามารถเผชิญกับการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี และยังส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพกายที่ดี ดังนั้น หากสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความปกติและสมบูรณ์ดี ย่อมส่งผลให้มีความสุขและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตดีจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองดีตามไปด้วย เนื่องมาจาก บุคคลที่มีอารมณ์หรือมีจิตใจที่เป็นปกติ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาทางสภาพจิตใจ การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตในระดับสูงน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตในระดับต่ำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่แสดงให้เห็นถึงการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการให้การดูแลช่วยเหลือรวมถึงการเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่ และบุคลากรด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมต้องพึ่งพาอาศัยกัน เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการทบทวนการศึกษาของอรุณ ออบเชย (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ เช่น พ่อแม่ พี่น้อง พี่น้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 แสดงให้เห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สุขภาพตนเอง สอดคล้องกับธาริณี กาญจนวัลย์ (2551) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกับ ผ่อง อนันตริยเวช (2545) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครู ประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี

จากผลการวิจัยข้างต้น การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ เป็นการที่บุคคลนั้นๆ ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอนามัยจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ น่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

ภาคที่อยู่อาศัย เป็นตัวแปรที่แสดงถึงส่วนของประเทศที่แบ่งออกเป็นส่วนย่อยเพื่อสะดวกในการปกครอง สามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ของบุคคล ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จะมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ รวมถึงเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และการให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลการสำรวจโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540) พบว่า เมื่อจำแนกอัตราการสูบบุหรี่ของแต่ละภาค พบว่า ภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด ต่ำสุดในกรุงเทพมหานคร ส่วนภาคอื่นๆ มีระดับใกล้เคียงในด้านของพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ดื่มสุราสูง

ใกล้เคียงกันและสูงกว่าภาคอื่น เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลในชนบทแตกต่างจากในเมือง กล่าวคือ การประกอบอาชีพของคนในชนบทส่วนใหญ่จะใช้แรงงานทางกายเป็นหลัก จึงมีความเชื่อว่าการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ เป็นวิธีการผ่อนคลายที่ดีที่สุด

การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในภาคอื่นๆ

เขตที่อยู่อาศัย แสดงถึงลักษณะสถานที่อยู่อาศัยของคนในสังคมตามเขตการปกครองในปัจจุบัน ซึ่งมีการแบ่งออกเป็นออกเป็นเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ความแตกต่างของเขตการปกครอง นอกจากจะแสดงถึงโครงสร้างทางสังคม ยังแสดงถึงความแตกต่างของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจึงมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภคหรือโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท

ผลการศึกษาของอรพรรณ อิศราภรณ์ (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จ.พิษณุโลก พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อน การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมดีกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีโอกาเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข รับรู้ข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท อันเนื่องมาจากความแตกต่างของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองจึงมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภคหรือโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลน่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

1.6 สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานหลัก

ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

สมมติฐานรอง

1. ผู้สูงอายุเพศหญิง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า
3. ผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสในครัวเรือนเดียวกัน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกลุ่มอื่นๆ
4. ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนมีผู้อาศัยหลายคน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว
5. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
6. ผู้สูงอายุที่ทำงาน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน
7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
9. ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติว่าควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติว่าไม่ควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ
10. ผู้สูงอายุที่มีการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองสุขภาพไม่ดี
11. ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังน้อย มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมาก
12. ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในระดับสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในระดับต่ำ

13. ผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตในระดับสูง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตในระดับต่ำ
14. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ
15. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ
16. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ของการศึกษามีดังนี้ ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย สามารถเป็นแนวทางแก่หน่วยงานของภาครัฐและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ไปประกอบการวางแผน ส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับวัยสูงอายุ และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้การดำเนินชีวิตของประชากรวัยสูงอายุในสังคมเป็นไปอย่างมีคุณภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในด้านการประเมินสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

ในบทนี้จะเป็นการเสนอระเบียบวิธีการวิจัย ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและการเลือกตัวอย่าง ขอบเขตของการศึกษา ข้อจำกัดของการศึกษา นิยามศัพท์ นิยามตัวแปรและการวัด และการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล สถานการณ์ผู้สูงอายุ ลักษณะประชากรผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ สภาพทางเศรษฐกิจ และสภาพทางสังคม รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจในครั้งนี้ได้ดำเนินการสอบถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และมีการจัดเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

2.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและการเลือกตัวอย่าง

2.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรวัยสูงอายุไทยที่มีอายุ (เต็ม) 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาจะพิจารณาเฉพาะประชากรวัยสูงอายุไทยที่มีอายุ (เต็ม) 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และเป็นผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ในโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ด้วยตนเอง โดยตอบทุกข้อคำถามที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรที่สนใจในการวิจัย (ดังปรากฏในภาคผนวก ก)

2.2.2 การเลือกตัวอย่าง

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีขั้นตอนในการเลือกตัวอย่างที่ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ แผนการสุ่มของตัวอย่างเป็นแบบสองขั้นตอน (Stratified Two-stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ซึ่งมีทั้งสิ้น 76 สตราตัม และในแต่ละสตราตัมได้แบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครอง

ของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ซึ่งมีชุมรุมอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง ส่วนครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง มีรายละเอียดดังนี้

1) การเลือกตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง

จากแต่ละสตราตัมย่อยหรือแต่ละเขตการปกครอง ได้ทำการเลือกชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน ตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมรุมอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ ซึ่งการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ได้ 5,796 ชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน ซึ่งกระจายไปตามภาคและเขตการปกครอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การกระจายของจำนวนชุมรุมอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	312	312	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร)	1,968	1,080	888
เหนือ	1,236	696	540
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,296	720	576
ใต้	984	528	456
รวมทั้งราชอาณาจักร	5,796	3,336	2,460

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) การเลือกตัวอย่างชั้นที่สอง

ในขั้นนี้เป็นการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง จากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้นในบัญชีรายชื่อครัวเรือน ซึ่งได้จากการนับจดในแต่ละชุมรุมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบโดยกำหนดขนาดตัวอย่าง เป็นดังนี้

- ในเขตเทศบาล : กำหนด 15 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อชุมรุมอาคาร
นอกเขตเทศบาล : กำหนด 15 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อหมู่บ้าน

ก่อนที่จะทำการเลือกครัวเรือน ได้มีการจัดเรียงรายชื่อครัวเรือนส่วนบุคคลใหม่ตามขนาดครัวเรือน ซึ่งวัดด้วยจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและประเภทครัวเรือนเชิงเศรษฐกิจ

ดังนั้น จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้นที่ตกเป็นตัวอย่างที่ต้องการเก็บรวบรวม ข้อมูลจำแนกตามภาคและเขตการปกครอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การกระจายของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	4680	4,680	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร)	28,856	16,200	10,656
เหนือ	16,920	10,440	6,480
ตะวันออกเฉียงเหนือ	17,712	10,800	6,912
ใต้	13,362	7,920	5,472
รวมทั้งราชอาณาจักร	79,560	50,040	29,520

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อได้กรณีตัวอย่างจากการสำรวจแล้ว ผู้วิจัยได้นำกรณีตัวอย่างทั้งหมดมาถ่วงน้ำหนักใหม่ให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร โดยวิธีการ Normalizing Weights เนื่องจากการเลือกตัวอย่างของสำนักงานสถิติแห่งชาติไม่ได้กำหนดจำนวนตัวอย่างไว้ก่อน แต่เป็นการเลือกตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งประเทศตามวิธีการเลือกแบบสองขั้นตอนที่กำหนดไว้ แล้วดำเนินการนับจุดบุคคลที่เข้าข่ายการเป็นตัวอย่าง จากนั้นจึงแจงนับบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง และนำไปคำนวณเพื่อประมาณค่าตัวอย่างให้มีขนาดเท่ากับประชากรที่แท้จริงของประเทศ

สำหรับค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่าง หาได้โดยการนำจำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่สำนักงานสถิติแห่งชาติเก็บได้ คูณกับค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของแต่ละตัวอย่าง แล้วหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งสูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$\text{ค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{ค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของแต่ละตัวอย่าง}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

เมื่อได้ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ (เต็ม) 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และเป็นผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยตอบทุกข้อคำถามที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรที่สนใจในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ถ่วงน้ำหนักให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้มีการกระจายตัวเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 16,660 ราย ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	1,444	1,444	-
ภาคกลาง (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร)	3,845	1,334	2,511
ภาคเหนือ	3,657	981	2,676
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5,528	1,056	4,472
ภาคใต้	2,186	564	1,622
รวมทั้งราชอาณาจักร	16,660	5,379	11,281

ที่มา: จัดทำโดยผู้วิจัย

2.3 ขอบเขตของการวิจัย

2.3.1 การวิจัยนี้เน้นศึกษาในเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการกินผักสด ผลไม้สด พฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า พฤติกรรมการดื่มน้ำสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

2.3.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรวัยสูงอายุไทยที่มีอายุ (เต็ม) 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และเป็นผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ในโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” ด้วยตนเอง และตอบทุกข้อคำถามที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรที่สนใจในการศึกษา

2.4 ข้อจำกัดของการวิจัย

จากแนวคิดมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหลายตัวแปรที่ไม่สามารถนำมาศึกษาได้ เช่น การย้ายถิ่น ประสบการณ์ จิตสำนึก ระดับสติปัญญา ความเชื่ออำนาจใจตน/นอกตน ค่านิยม และ วัฒนธรรมความปลอดภัย เพราะไม่มีในแบบสอบถามของโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีเพียงแค่ 16 ตัวแปร เนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านข้อมูลที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ที่ได้จากแบบสอบถามของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.5 นิยามคำศัพท์

นิยามศัพท์ในการศึกษานี้ มีดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยสูงอายุ โดยเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.6 นิยามตัวแปรและการวัดตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการงดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 2) พฤติกรรมการกินผักผลไม้สด 3) พฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า 4) พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ 6) พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ จากระหัสรายการ OP127-OP131 และ OP137 โดยมีรายละเอียดดังนี้

- | | |
|---|------------------|
| - ออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย) | รหัสรายการ OP127 |
| - กินผักสด ผลไม้สด | รหัสรายการ OP128 |
| - ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า | รหัสรายการ OP129 |

- การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รหัสรายการ OP130
- สูบบุหรี่ รหัสรายการ OP131
- การตรวจสุขภาพ รหัสรายการ OP95

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์จากรหัสรายการ OP127-OP131 สามารถจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ **พฤติกรรมด้านบวก** ประกอบด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการกินผักผลไม้สด พฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ ส่วน**พฤติกรรมด้านลบ** คือ พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมี 3 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	พฤติกรรมด้านบวก	พฤติกรรมด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

ส่วนพฤติกรรมการตรวจสุขภาพจากรหัสรายการ OP95 มี 2 ระดับ คือ ไม่เคยตรวจสุขภาพ และ เคยตรวจสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ไม่เคยตรวจสุขภาพ	0
เคยตรวจสุขภาพ	2

ดังนั้น คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสูงสุด คือ 12 คะแนน และค่าต่ำสุด คือ 0 คะแนน และในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอย (Regression) จะใช้ระดับการวัดแบบอัตราส่วน

สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์คะแนนและการแปลผลคะแนน เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) โดยคะแนน

ตั้งแต่ 0-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ตัวแปรอิสระ มีทั้งหมด 16 ตัวแปร ได้แก่

1) เพศ หมายถึง รูปลักษณะที่แสดงว่าเป็นชายหรือหญิง เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ A4 ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ชาย

- หญิง

2) อายุ หมายถึง อายุเต็ม (ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดนับจนถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันตอบแบบสัมภาษณ์) เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ A5 ในแบบสัมภาษณ์ ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอย (Regression) จะใช้อายุเต็ม ซึ่งมีระดับการวัดแบบอัตราส่วน

สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านอายุ ผู้วิจัยจำแนกอายุออกเป็น 3 กลุ่ม มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ คือ

- ผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

- ผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

- ผู้สูงอายุวัยปลาย มีอายุระหว่าง 80 ปีขึ้นไป

3) สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ A10 ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านสถานภาพสมรส ผู้วิจัยแบ่งออกเป็นดังนี้

- โสด
- สมรส และคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
- สมรส และคู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
- ม่าย/หย่า/แยก

4) รูปแบบการอยู่อาศัย หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของผู้ให้สัมภาษณ์ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เป็นตัวแปรที่ได้จากระหัสรายการ Members ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านรูปแบบการอยู่อาศัย ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- อาศัยอยู่คนเดียว
- อาศัยอยู่หลายคน

5) ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จบสูงสุดในระดับการศึกษาต่างๆ ตามระบบการศึกษาที่กำหนดในกระทรวง เป็นตัวแปรที่ได้จากระหัสรายการ RE_A8 ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นระดับการวัดแบบจัดอันดับ สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านระดับการศึกษา ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่เคยเรียน
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

6) การทำงาน หมายถึง สถานภาพการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ เป็นตัวแปรที่ได้จากระหัสรายการ OP14 ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่ทำงาน
- ทำงาน

7) **ระดับรายได้** หมายถึง เงินที่ได้รับโดยเฉลี่ยต่อปี ซึ่งเป็นรายได้ที่มาจากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพและครอบครัว เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ OP40 ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดอันดับ โดยแบ่งได้ดังนี้

- น้อยกว่า 10,000 บาท
- 10,000 – 19,999 บาท
- 20,000 – 49,999 บาท
- ตั้งแต่ 50,000 บาท ขึ้นไป

8) **ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง ความเพียงพอของรายได้ทั้งหมดที่ได้จากทุกแหล่งของผู้สูงอายุต่อการดำเนินชีวิต เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ OP41 ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่เพียงพอ
- เพียงพอเป็นบางครั้ง
- เพียงพอ
- เกินเพียงพอ

9) **การประเมินสุขภาพตนเอง** หมายถึง การประเมินสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เป็นตัวแปรที่ได้รับรหัสรายการ OP87 ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม ในการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านการประเมินสุขภาพตนเอง และการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงขอแบ่งการประเมินสุขภาพตนเอง ออกเป็น 5 กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มได้ดังนี้

- สุขภาพไม่ดีมาก ๆ
- สุขภาพไม่ดี
- สุขภาพปานกลาง
- สุขภาพดี
- สุขภาพดีมาก

10) จำนวนโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว สำหรับการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผลรวมจำนวนโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เป็นตัวแปรที่ได้จากระเบียงการ OP96 ในแบบสัมภาษณ์ ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอย (Regression) จะใช้ระดับการวัดแบบอัตราส่วน ซึ่งจำนวนโรคเรื้อรังมีค่าอยู่ระหว่าง 0-5 โรค

สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านจำนวนโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามงานการศึกษาของ (Haseen et al, 2010) ดังนี้

- ไม่มีโรค
- 1 โรค
- 2 โรค
- 3 โรคหรือมากกว่า

11) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้ดัชนีวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ Katz (The Katz Index of ADL) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963) มีลักษณะเป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการปฏิบัติกิจกรรม มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ (Bathing) การแต่งกาย (Dressing) การใช้ห้องน้ำ (Toileting) การเคลื่อนย้าย (Transfer) การควบคุมการขับถ่าย (Continence) และการรับประทานอาหาร (Feeding) โดยมีการให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ให้ 1 คะแนน และไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ให้ 0 คะแนน (สิริรัตน์ และคณะ, 2550) ซึ่งในงานวิจัยนี้ วัดความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยกัน 6 ข้อ ได้แก่ การกินอาหาร จากระเบียงการ OP104 ความสามารถในการใส่เสื้อผ้า จากระเบียงการ OP105 ความสามารถในการอาบน้ำ จากระเบียงการ OP106 ความสามารถในการใช้ห้องน้ำห้องส้วม จากระเบียงการ OP108 ความสามารถในการนั่งยองๆ จากระเบียงการ OP111 และความสามารถในการกลั้นปัสสาวะอุจจาระ จากระเบียงการ OP91-OP92 ในการศึกษาครั้งนี้ หากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองหรือทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย จะถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ ให้ค่าเท่ากับ 0 หากทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะถือว่าเป็นผู้ที่สามารถทำกิจวัตรได้ ให้ค่าเท่ากับ 1 ซึ่งผลรวมของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง 6 ข้อ จะมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 โดยในการวิเคราะห์หา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอย (Regression) จะใช้ระดับการวัดแบบอัตราส่วน

สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของ Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (Shelkey M. and Wallace M., 1998) ดังนี้

- ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด มี 0-2 คะแนน
- ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง มี 3-5 คะแนน
- ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด มี 6 คะแนน

12) ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกด้านอารมณ์ ร่างกาย และความคิดที่รายงานโดยผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เป็นเกณฑ์การประเมินภาวะสุขภาพจิตทางด้านลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความอยากอาหารลดลง คิดมาก/วิตกกังวล รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และรู้สึกเหงา เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ OP118-OP124

เกณฑ์ในการตอบคำถามแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ “ไม่เคย” “เป็นบางครั้ง” และ “เป็นประจำ” สำหรับการศึกษานี้จะแปลงจำนวนอาการหรือความรู้สึกแต่ละอาการเป็นคะแนน โดยผู้สูงอายุที่ตอบว่า “ไม่เคย” ได้ 2 คะแนน หากตอบว่ามีอาการ “เป็นบางครั้ง” ได้ 1 คะแนน และหากตอบว่ามีอาการ “เป็นประจำ” ได้ 0 คะแนน ซึ่งผลรวมของคะแนนภาวะสุขภาพจิตทั้ง 7 ข้อ จะมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-14 ซึ่งในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอย (Regression) จะใช้ระดับการวัดแบบอัตราส่วน

สำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านภาวะสุขภาพจิต ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ ดังนี้

- ภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มี 0-6 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตปานกลาง มี 7-13 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตดี มี 14 คะแนน

13) การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง การได้รับบริการหรือการได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐในเรื่องของสุขภาพ โดยมีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การดูแลเยี่ยมเยียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหรือการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส) เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ OP138 และ OP139 ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ไม่ได้รับการดูแล
- ได้รับการดูแล

14) ทศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ OP153 ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่มสำหรับการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุด้านทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ควรมีการเตรียมการ
- ไม่ควรมีการเตรียมการ

15) ภาคที่อยู่อาศัย หมายถึง ภาคพื้นที่ตามภูมิศาสตร์ที่ผู้ตอบแบบสอบถามอยู่อาศัยในบริเวณเขตภาคใดของประเทศไทย เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ Reg ในแบบสอบถาม ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

- กรุงเทพมหานคร
- ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)
- ภาคเหนือ
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ภาคใต้

16) เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตทางการปกครองอันเป็นสถานที่อยู่อาศัยของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นตัวแปรที่ได้จากรหัสรายการ Area ในแบบสอบถาม ซึ่งเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ในเขตเทศบาล
- นอกเขตเทศบาล

2.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากโครงการ “สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554” โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำกรณีตัวอย่างมาถ่วงน้ำหนัก เพื่อให้จำนวนตัวอย่างมีการกระจายเป็นแบบเดียวกับประชากรทั้งประเทศ ในการวิเคราะห์ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.7.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทย

ผู้วิจัยนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างตามตัวแปรอิสระที่สนใจศึกษา

2.7.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

เป็นการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2.7.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอย (Regression) ซึ่งการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยนี้ มีเงื่อนไข คือ ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีระดับการวัดตั้งแต่ระดับช่วงขึ้นไป หรือหากข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าว ก็ต้องแปลงค่าตัวแปรที่มีระดับการวัดต่ำกว่าระดับช่วงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่ต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น 12 ตัว คือ ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของ

รายได้ ทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาพตนเอง การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยจึงกำหนดค่ากลุ่มรายการที่สนใจเท่ากับ 1 และกลุ่มอ้างอิงเท่ากับ 0 ดังนี้

เพศ

กำหนดให้	เพศหญิง	เท่ากับ 1
	เพศชาย	เท่ากับ 0

สถานภาพสมรส

กำหนดให้	โสด	เท่ากับ 1
	สมรสแต่คู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน	เท่ากับ 1
	ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	เท่ากับ 1
	สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	เท่ากับ 0

รูปแบบการอยู่อาศัย

กำหนดให้	อยู่รวมกันหลายคนในครัวเรือน	เท่ากับ 1
	อยู่คนเดียวในครัวเรือน	เท่ากับ 0

ระดับการศึกษา

กำหนดให้	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	เท่ากับ 1
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	เท่ากับ 1
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	เท่ากับ 1
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	เท่ากับ 1
	ไม่เคยเรียน	เท่ากับ 0

การทำงาน

กำหนดให้	ทำงาน	เท่ากับ 1
	ไม่ได้ทำงาน	เท่ากับ 0

ระดับรายได้

กำหนดให้	10,000-19,999 บาท	เท่ากับ 1
	20,000-49,999 บาท	เท่ากับ 1
	50,000 บาทขึ้นไป	เท่ากับ 1
	น้อยกว่า 10,000 บาท	เท่ากับ 0

ความเพียงพอของรายได้

กำหนดให้	รายได้เพียงพอเป็นบางครั้ง	เท่ากับ 1
	รายได้เพียงพอ	เท่ากับ 1
	รายได้เกินเพียงพอ	เท่ากับ 1
	รายได้ไม่เพียงพอ	เท่ากับ 0

ทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ

กำหนดให้	ควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ	เท่ากับ 1
	ไม่ควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ	เท่ากับ 0

การประเมินสุขภาพตนเอง

กำหนดให้	สุขภาพดีมาก	เท่ากับ 1
	สุขภาพดี	เท่ากับ 1
	สุขภาพปานกลาง	เท่ากับ 1
	สุขภาพไม่ดี	เท่ากับ 1
	สุขภาพไม่ดีมากๆ	เท่ากับ 0

การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ

กำหนดให้	ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ	เท่ากับ 1
	ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ	เท่ากับ 0

ภาคที่อยู่อาศัย

กำหนดให้	กลาง ไม่รวม กทม.	เท่ากับ 1
	เหนือ	เท่ากับ 1
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เท่ากับ 1
	ใต้	เท่ากับ 1
	กรุงเทพมหานคร	เท่ากับ 0

เขตที่อยู่อาศัย

กำหนดให้	ในเขตเทศบาล	เท่ากับ 1
	นอกเขตเทศบาล	เท่ากับ 0

โดยผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง (Bivariate Analysis) ใช้การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร ว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางใด

2) การวิเคราะห์ความแปรผันหลายทาง (Multivariate Analysis) ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับตัวแปรอิสระหลายตัวพร้อมกัน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ ผลจากการวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้จะทำให้ทราบว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ดีเพียงใด และมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

บทที่ 3

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีรายละเอียดของแต่ละส่วน ดังนี้

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทย

การนำเสนอลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุไทย จะนำเสนอแตกต่างกันไปตามระดับตัวแปรที่สนใจศึกษา กล่าวคือ ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ทักษะคิดต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาพตนเอง การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย จะนำเสนอด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ แต่หากเป็นข้อมูลเชิงตัวเลข ได้แก่ อายุ จำนวนโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพจิต จะนำเสนอด้วยการแจกแจงอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ดังผลการศึกษาที่ได้ในตารางที่ 7 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ และ อายุ มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 58.8 เทียบกับร้อยละ 41.2 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.8 ปี โดย ผู้ที่มีอายุมากที่สุด คือ 102 ปี เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ พบว่า สัดส่วนสูงสุดอยู่ในผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 59.2 ร้อยละ 33.4 และร้อยละ 7.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n= 16,660)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
ปัจจัยด้านประชากร	
เพศ	
ชาย	41.2
หญิง	58.8
อายุ	
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	59.2
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	33.4
ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	7.5
ค่าเฉลี่ย = 68.8	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.8
ค่าต่ำสุด = 60	ค่าสูงสุด = 102
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา	
สถานภาพสมรส	
โสด	3.6
สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือน	58.1
สมรสแต่คู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน	5.0
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	33.2
รูปแบบการอยู่อาศัย	
อยู่คนเดียว	11.4
อยู่หลายคน	88.6

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา (ต่อ)	
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	11.0
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	78.6
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	5.8
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.7
การทำงาน	
ทำงาน	39.4
ไม่ทำงาน	60.6
ระดับรายได้	
น้อยกว่า 10,000 บาท	17.3
10,000-19,999 บาท	14.6
20,000-49,999 บาท	33.3
ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป	34.8
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ	15.3
เพียงพอเป็นบางครั้ง	22.9
เพียงพอ	58.1
เกินเพียงพอ	3.7
ทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ	
ควรมีการเตรียมการ	70.2
ไม่ควรมีการเตรียมการ	29.8

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
การประเมินสุขภาพตนเอง	
สุขภาพไม่ดีมากๆ	0.8
สุขภาพไม่ดี	13.7
สุขภาพปานกลาง	42.4
สุขภาพดี	38.6
สุขภาพดีมาก	4.5
จำนวนโรคเรื้อรัง	
ไม่มีโรค	46.8
1 โรค	37.0
2 โรค	13.8
3 โรค หรือมากกว่า	2.4
	ค่าเฉลี่ย = 0.7 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.8
	ค่าต่ำสุด = 0 ค่าสูงสุด = 5
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (0-2 คะแนน)	0.8
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง (3-5 คะแนน)	31.6
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด (6 คะแนน)	67.6
	ค่าเฉลี่ย = 5.6 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7
	ค่าต่ำสุด = 0 ค่าสูงสุด = 6
ภาวะสุขภาพจิต	
ภาวะสุขภาพจิตไม่ดี (0-6 คะแนน)	2.3
ภาวะสุขภาพจิตปานกลาง (7-13 คะแนน)	63.7
ภาวะสุขภาพจิตดี (14 คะแนน)	34.0
	ค่าเฉลี่ย = 11.8 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.5
	ค่าต่ำสุด = 0 ค่าสูงสุด = 14

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ
ปัจจัยด้านสุขภาพ (ต่อ)	
การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ	
ไม่ได้รับ	62.7
ได้รับ	37.3
ปัจจัยด้านวัฒนธรรม	
ภาคที่อยู่อาศัย	
กรุงเทพมหานคร	8.7
กลาง ไม่รวม กรุงเทพมหานคร	23.1
เหนือ	21.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	33.2
ใต้	13.1
เขตที่อยู่อาศัย	
ในเขตเทศบาล	32.3
นอกเขตเทศบาล	67.7

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา ประกอบด้วย สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุร้อยละ 58.1 สมรสและอยู่กับคู่สมรสในครัวเรือนเดียวกัน รองลงมา คือ เป็นม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 33.2 และเป็นผู้สูงอายุที่สมรสแต่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสในครัวเรือนเดียวกัน ร้อยละ 5.0 และเป็นโสด ร้อยละ 3.6

รูปแบบการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุอาศัยในครัวเรือนที่อยู่กันหลายคน สูงถึงร้อยละ 88.6 และอีกร้อยละ 11.4 เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงคนเดียว

ระดับการศึกษา

ผู้สูงอายุร้อยละ 78.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 11.0 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 5.8 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 3.7 และอนุปริญญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 1.0

การทำงาน

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีสูงถึงร้อยละ 60.6 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ทำงานซึ่งมี ร้อยละ 39.4

ระดับรายได้

เมื่อพิจารณารายได้ต่อปีจากแหล่งต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี 50,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.8 ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีระหว่าง 20,000-49,999 บาท ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 17.3 และอีกร้อยละ 14.6 เป็นผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีระหว่าง 10,000-19,999 บาท

ความเพียงพอของรายได้

ผู้สูงอายุร้อยละ 58.1 มีรายได้ที่เพียงพอ รองลงมา คือ มีรายได้เพียงพอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 22.9 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 15.3 และอีกร้อยละ 3.7 เป็นผู้ที่มีรายได้เกินเพียงพอ

ทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 70.2 และผู้ที่มีทัศนคติว่าไม่ต้องมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ สูงถึงร้อยละ 29.8

ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพตนเอง จำนวนโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต และการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

การประเมินสุขภาพตนเอง

ผู้สูงอายุร้อยละ 42.4 มีการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 38.6 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 13.7 มีการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ร้อยละ 4.5 และมีการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 0.8

จำนวนโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนโรคเรื้อรังเฉลี่ย 0.7 โรค มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8 โดยมีจำนวนโรคเรื้อรังน้อยที่สุด คือ 0 โรคหรือไม่มีโรค และมีจำนวนโรคเรื้อรังมากที่สุดเท่ากับ 5 โรค เมื่อแบ่งกลุ่มจำนวนของโรคเรื้อรัง ออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรค คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 37.0 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 2 โรค ร้อยละ 13.8 และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 2.4 อย่างไรก็ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไปมีสูงถึงร้อยละ 53.2

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 5.6 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7 คะแนน มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงสุด 6 คะแนน เมื่อแบ่งกลุ่มคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด (มีค่า 6 คะแนน) มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง (มีค่า 3-5 คะแนน) ร้อยละ 31.6 และอีกร้อยละ 0.8 เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (มีค่า 0-2 คะแนน)

ภาวะสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตเฉลี่ย 11.8 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5 คะแนน คะแนนภาวะสุขภาพจิตต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนภาวะสุขภาพจิตสูงสุด 14 คะแนน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนภาวะสุขภาพจิตออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่า 7-13 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 63.7 รองลงมาคือ มีภาวะสุขภาพจิตดี (มีค่า 14 คะแนน) ร้อยละ 34.0 และมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี (มีค่า 0-6 คะแนน) ร้อยละ 2.3

การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุร้อยละ 62.7 ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพมีเพียงร้อยละ 37.3

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วย ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ภาคที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นสัดส่วนสูงสุดคือ ร้อยละ 33.2 รองลงมา คือ อาศัยอยู่ภาคกลางยกเว้นกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 23.1 อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 21.9 อาศัยอยู่ในภาคใต้ ร้อยละ 13.1 และอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 8.7

เขตที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 67.7 เทียบกับ ร้อยละ 32.3 ตามลำดับ)

3.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ผลการศึกษาดังปรากฏในตารางที่ 8 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉลี่ย 8.95 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.03 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 12 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ (0-11 คะแนน) ร้อยละ 87.7 ในขณะที่ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (12 คะแนน) มีเพียงร้อยละ 12.3

ตารางที่ 8 การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ตัวแปรตาม	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ (0-11 คะแนน)	87.7
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (12 คะแนน)	12.3
ค่าเฉลี่ย = 8.95	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.03
ค่าต่ำสุด = 0	ค่าสูงสุด = 12

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

เมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติของแต่ละพฤติกรรม ดังปรากฏในตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมการกินผักสด ผลไม้สด มีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด (ร้อยละ 59.8) รองลงมา คือ พฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่า ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติสูงสุด (ร้อยละ 22.2) และมีผู้ปฏิบัติเป็นประจำเพียง ร้อยละ 39.2 ส่วนพฤติกรรมด้านลบ พบว่า พฤติกรรมสูบบุหรี่มีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำสูงกว่า พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 7.8 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 2.9) ส่วน พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ พบว่า สัดส่วนผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพมีสูงถึงร้อยละ 42.8 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ตรวจสุขภาพซึ่งคิดเป็นร้อยละ 57.2

ตารางที่ 9 การกระจายอัตราร้อยละของความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

รายการ	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	22.2	38.6	39.2
2. พฤติกรรมการกินผักสด ผลไม้สด	2.4	37.8	59.8
3. พฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า	7.8	39.7	52.6
4. พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์*	84.7	12.3	2.9
5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่*	87.5	4.7	7.8
	ไม่เคยตรวจสุขภาพ	เคยตรวจสุขภาพ	
6. พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ	42.8	57.2	

หมายเหตุ: * คือ พฤติกรรมด้านลบ

3.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เป็นการวิเคราะห์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง และส่วนที่สอง เป็นการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยหรือไม่เพียงใด และมีความสัมพันธ์ในทิศทางใด

ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบง่ายระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปรากฏในตารางที่ 10 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์การถดถอยแบบง่ายของกลุ่มตัวอย่าง (n= 16,660)

สมมติฐาน	a	b	t	r	ผลการทดสอบ
ปัจจัยด้านประชากร					
1. เพศ (กลุ่มอ้างอิง: ชาย)					
หญิง	8.656	0.505	15.932	0.123	✓*
2. อายุ					
	9.815	-0.013	-5.432	-0.042	✓*
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา					
3. สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง: สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน)					
โสด	8.956	0.290	3.403	0.027	✗*
สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือน		-0.108	-1.477	-0.012	✓
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่		-0.025	-0.728	-0.006	✓
4. รูปแบบการอยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: อยู่คนเดียวในครัวเรือน)					
การอยู่รวมกันหลายคนในครัวเรือน	8.870	0.093	1.872	0.015	✓
5. ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้เรียน)					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	8.499	0.421	8.411	0.085	✓*
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า		0.835	10.498	0.097	✓*
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า		1.075	6.597	0.052	✓*
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า		1.730	18.482	0.161	✓*
6. การทำงาน (กลุ่มอ้างอิง:ไม่ได้ทำงาน)					
ทำงาน	8.910	0.109	3.389	0.026	✓*

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

สมมติฐาน	a	b	t	r	ผลการทดสอบ
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา (ต่อ)					
7. ระดับรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท)					
รายได้ 10,000-19,999 บาท	8.628	0.087	1.574	0.015	✓
รายได้ 20,000-49,999 บาท		0.257	5.559	0.060	✓*
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป		0.651	14.196	0.153	✓*
8. ความเพียงพอของรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: รายได้ไม่เพียงพอ)					
เพียงพอเป็นบางครั้ง	8.506	0.154	2.998	0.032	✓*
เพียงพอ		0.634	14.207	0.154	✓*
เกินเพียงพอ		1.145	12.741	0.107	✓*
9. ทศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ทศนคติว่าไม่ต้องมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ)					
ทศนคติว่าควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ	8.745	0.295	8.605	0.067	✓*
ปัจจัยด้านสุขภาพ					
10. การประเมินสุขภาพตนเอง (กลุ่มอ้างอิง: สุขภาพไม่ดีมากๆ)					
สุขภาพไม่ดี	8.439	0.065	0.358	0.011	✓
สุขภาพปานกลาง		0.448	2.503	0.109	✓*
สุขภาพดี		0.700	3.904	0.168	✓*
สุขภาพดีมาก		0.984	5.122	0.101	✓*

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

สมมติฐาน	a	b	t	r	ผลการทดสอบ
ปัจจัยด้านสุขภาพ (ต่อ)					
11. จำนวนโรคเรื้อรัง	9.240	-0.058	-14.344	-0.110	✓*
12. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	8.371	0.104	4.726	0.037	✓*
13. ภาวะสุขภาพจิต	7.791	0.099	15.838	0.122	✓*
14. การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ					
การได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ	8.778	0.466	14.449	0.111	✓*
ปัจจัยด้านวัฒนธรรม					
15. ภาคที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)					
ภาคกลาง ไม่รวม กรุงเทพมหานคร		-0.564	-9.059	-0.117	✓*
ภาคเหนือ		-0.674	-10.738	-0.138	✓*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9.548	-0.665	-11.151	-0.154	✓*
ภาคใต้		-0.734	-10.722	-0.122	✓*
16. เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง:นอกเขตเทศบาล)					
ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล	8.801	0.470	14.081	0.108	✓*

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ:

a คือ ค่าคงที่

t คือ การทดสอบแบบที

✓ คือ มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

✗ คือ มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

b คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย

r คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

* คือ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบง่ายนี้เป็นเพียงการวิเคราะห์ในระดั 2 ตัวแปร ซึ่งสามารถดูทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระทีละตัว โดยไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ เพราะฉะนั้นจึงพิจารณาได้เพียงว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระแต่ละตัวว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่

ผลการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย ดังตารางที่ 10 จะพบว่า ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านประชากร พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ เพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย และในส่วนของอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยแปรผกผันกับอายุ โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา พบว่า ระดับการศึกษา การทำงาน ความเพียงพอของรายได้ ทักษะคิดต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐาน โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ จะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้ที่มีทัศนคติว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ จะมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติว่าไม่ควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามในส่วน of สถานภาพสมรส พบความสัมพันธ์เฉพาะคนโสดที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าคนที่สมรส และคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอยู่อาศัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสุขภาพตนเอง จำนวนโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต และการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมี

ทิศทางเป็นไปตามสมมติฐาน โดยผู้สูงอายุที่มีการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ในส่วนของจำนวนโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคเรื้อรังมาก จะทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ในมิติของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากกว่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า ผู้ที่มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตในระดับสูง จะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตในระดับต่ำ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ จะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย ภาคที่อยู่อาศัยและเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐาน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ในส่วนของเขตที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

3.3.2 การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับตัวแปรอิสระหลายตัวพร้อมกัน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้จะทำให้ทราบว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ดีเพียงใด และมีนัยสำคัญหรือไม่ โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ซึ่งใช้สถิติการวิเคราะห์ ดังนี้

ก. การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ

การวิเคราะห์นี้จะทำให้ทราบว่าตัวแปรอิสระทั้งกลุ่มสามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้เท่าใด และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระใดบ้างที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตาม ซึ่งผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ ปรากฏในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของกลุ่มตัวอย่าง (n= 16,660)

ตัวแปรอิสระ	b	beta	t
(a)	6.654		
ปัจจัยด้านประชากร			
1. เพศ (กลุ่มอ้างอิง: เพศชาย)			
เพศหญิง	0.645	0.157	19.473*
2. อายุ			
	0.002	0.006	0.771
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา			
3. สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง: สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน)			
โสด	-0.022	-0.002	-0.265
สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือน	-0.181	-0.020	-2.556*
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	-0.094	-0.022	-2.443*

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	b	beta	t
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา (ต่อ)			
4. รูปแบบการอยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: อยู่คนเดียวในครัวเรือน)			
การอยู่อาศัยรวมกันหลายคนในครัวเรือน	-0.003	0.000	-0.054
5. ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้เรียน)			
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	0.305	0.062	6.166*
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	0.604	0.070	7.516*
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0.707	0.035	4.450*
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.168	0.108	12.039*
6. การทำงาน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ทำงาน)			
ทำงาน	0.171	0.041	4.878*
7. ระดับรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท)			
รายได้ 10,000-19,999 บาท	-0.018	-0.003	-0.346
รายได้ 20,000-49,999 บาท	0.056	0.013	1.246
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป	0.254	0.060	5.218*
8. ความเพียงพอของรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: รายได้ไม่เพียงพอ)			
รายได้เพียงพอเป็นบางครั้ง	0.049	0.010	0.978
รายได้เพียงพอ	0.363	0.088	8.048*
รายได้เกินเพียงพอ	0.554	0.052	6.134*
9.ทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ทัศนคติว่าไม่ควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ)			
ทัศนคติว่าควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ	0.199	0.045	6.120*

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	b	beta	t
ปัจจัยด้านสุขภาพ			
10. การประเมินสุขภาพตนเอง (กลุ่มอ้างอิง: สุขภาพกายไม่ดีมากๆ)			
สุขภาพไม่ดี	-0.186	-0.032	-1.064
สุขภาพปานกลาง	0.062	0.015	0.355
สุขภาพดี	0.284	0.068	1.624
สุขภาพดีมาก	0.496	0.051	2.645*
11. จำนวนโรคเรื้อรัง			
	-0.064	-0.120	-15.666*
12. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน			
	0.054	0.019	2.465*
13. ภาวะสุขภาพจิต			
	0.068	0.084	10.744*
14. การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ)			
การได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ	0.570	0.136	18.153*
ปัจจัยด้านวัฒนธรรม			
15. ภาคที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)			
ภาคกลาง ไม่รวม กรุงเทพมหานคร	-0.255	-0.053	-3.957*
ภาคเหนือ	-0.300	-0.061	-4.466*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-0.234	-0.054	-3.557*
ภาคใต้	-0.438	-0.073	-6.126*
16. เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: นอกเขตเทศบาล)			
ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล	0.238	0.055	6.447*

$R^2 = 0.118$ Adjusted $R^2 = 0.116$ $F = 71.457$ $n = 16,660$

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ : หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ ดังตารางที่ 11 จะพบว่า ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ และอายุ โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงจะมีการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องของสุขภาพและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าเพศชาย เป็นผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง รับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ และไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำให้สุขภาพไม่ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวณิดา กองแก้ว (2549) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเสพยาที่เป็นโทษดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ในส่วนของอายุ ไม่พบความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อาจจะเป็นเพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่เกิดจากการสั่งสมมาตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติด้านสุขภาพที่คล้ายกัน จึงไม่มีความแตกต่างของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2554)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ประกอบด้วย สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ โดย

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน และผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อ

การดูแลตนเอง ผลการวิจัยสอดคล้องกับนิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534) ได้ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก และสอดคล้องกับวณิตา กองแก้ว (2549) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือหม้าย หรือหย่า หรือแยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวที่ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งปกติและยามเจ็บป่วย

ระดับการศึกษา ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ที่ระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจ ประกอบกับสามารถพิจารณาการกระทำของตนเองได้ พร้อมทั้งรู้จักการป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถเสาะแสวงหาข้อมูล และนำมาพิจารณาตัดสินใจตลอดจนรู้จักรักษา และดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับอัสรา อารรณ์ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา-ระดับปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษา-มัธยมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร สุปัญญา (2550) เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล ที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่ทำงานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน ทั้งนี้

อาจอธิบายได้ว่า การทำงานเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการหารายได้ และการมีกิจกรรมในวัยสูงอายุ ผู้ที่ทำงานมีโอกาสได้พบปะผู้คน มีการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น สามารถนำมาปรับใช้กับการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมถึงผู้ที่ทำงานจะมีความกระตือรือร้น และให้ความใส่ใจเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน ผลการวิจัยสอดคล้องกับเบญจพร สว่างศรีและเสริมศิริ แต่งาม (2556) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้ที่ประกอบอาชีพมีโอกาสที่จะพบปะกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมมากกว่าอาชีพอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี

ระดับรายได้ จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มรายได้อื่นๆ และเมื่อพิจารณาทิศทางของความสัมพันธ์ พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย แสดงให้เห็นว่าระดับรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อการดำรงชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอสามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรง และตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่ตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ผลการวิจัยสอดคล้องกับบอร์ชอร์ โวทวิ (2548) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของอินทราพร พรหมปราการ (2541) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เนื่องจากสามารถหาแหล่งบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ การ

รับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การป้องกันอุบัติเหตุ ภายใน-ภายนอกบ้าน และการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้เพียงพอและเกินเพียงพอมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองด้านความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเงินจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจในระดับต่ำ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ลดลง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอัศรา อารวม (2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอเหลือใช้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ และจากผลการศึกษาของสำรวมจิตต์ สุนทรภริรมย์สุข (2540) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน เนื่องจากรายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง

ทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติว่าไม่ต้องการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การมีทัศนคติที่ดีจะนำมาสู่การปฏิบัติที่ดี และการที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจและเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการแสวงหาความรู้ ทั้งนี้ทัศนคติเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มขึ้น ทัศนคติด้านสุขภาพล้วนเกิดจากการได้ยิน ได้ฟังหรือมีประสบการณ์ด้วยตนเอง หากบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อข้อปฏิบัติด้านบวก ก็จะนำมาสู่การปฏิบัติด้านบวกในเรื่องนั้นๆ ในทางตรงข้ามหากบุคคลมีทัศนคติด้านลบต่อสุขภาพก็จะนำมาสู่การปฏิบัติ

ในด้านลบตามมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคคลเป็นสำคัญ ผลการวิจัยสอดคล้องกับนุชระพี สุทธิกุล (2540) พบว่า ทัศนคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกด้านสุขภาพ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบด้านสุขภาพ และยังสอดคล้องกับ จูร์รัตน์ เพชรทอง (2540) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทัศนคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมจะนำมาสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมาด้วย

ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพตนเอง จำนวนโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต และการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพที่บ้าน ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดย

การประเมินสุขภาพตนเอง จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ที่ประเมินว่าตนเองมี สุขภาพดีมาก จะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อพิจารณาทิศทางของความสัมพันธ์ พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีจะมีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพ ตนเองว่าไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประเมินสุขภาพตนเอง เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่รับรู้ ว่า สุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะทำให้รู้วิธีการดูแล สุขภาพตนเอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม ทำให้ปราศจากโรค และดำเนินชีวิต ได้อย่างปกติสุข ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าตนเองสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วย และสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเตอร์ [1987,อ้างถึง ใน (ภราดา บุราณสาร, 2546)] ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ ในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แล้วทำให้เกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ที่ว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิง พฤติกรรมอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเจตนาเชิงพฤติกรรมเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ

ถ้าบุคคลมีความตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองและรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีก็จะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม (พัชรี ดวงจันทร์, 2550)

จำนวนโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์ ผลที่ได้พบว่า จำนวนโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีจำนวนโรคเรื้อรังมาก จะทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี โดยจำนวนโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพหรือปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่กำลังประสบอยู่ ซึ่งการมีโรคเรื้อรังมีผลต่อการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินนันทุยา (2536) ที่พบว่า บุคคลที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพผิดปกติ ได้แก่ ปวดข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคร้ายที่เป็นอยู่ เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งผลกระทบต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากกว่าจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องมาจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น ความสามารถในการเดินหรือเคลื่อนไหวเองได้ก็จะทำให้มีโอกาสในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกชชุกร ห่วงนุ่น (2550) พบว่า ภาวะสุขภาพและภาวะการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องมาจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะทำให้การแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีตามไปด้วย

ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตดีจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

ภาวะสุขภาพจิตเป็นการวัดความรู้สึกด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง บุคคลที่มีอารมณ์หรือมีจิตใจที่เป็นปกติ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่า บุคคลที่มีปัญหาทางสภาพจิตใจ รวมถึงสามารถแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล (2554) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง พฤติกรรมด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เนื่องมาจากการที่มีสุขภาพจิตดี จะทำให้มีความสดชื่น แจ่มใส สามารถเผชิญกับการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี และยังส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพกายที่ดี ดังนั้น หากสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความปกติและสมบูรณ์ดี ย่อมส่งผลให้มีความสุขและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการให้การดูแลช่วยเหลือรวมถึงการเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่ และบุคลากรด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ผลการวิจัยสอดคล้องกับอรุณ ออบเชย (2548) พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ เช่น พ่อแม่ เพื่อน พี่น้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และสอดคล้องกับธาริณี กาญจนวัลย์ (2551) ที่ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แสดงให้เห็นว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคคลต่างๆ มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วย ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย โดยพบว่า ภาคที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปตามสมมติฐาน คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ รวมถึงเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และการให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องมาจากกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางในด้านสุขภาพ และการให้บริการด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ อีกทั้งมีวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการการรักษาด้านสุขภาพที่ดี รวมถึงได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองอีกด้วย ในส่วนของเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากเขตที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะสถานที่อยู่อาศัยของคนในสังคม โดยมีความแตกต่างกันทั้งสภาพเศรษฐกิจและสังคม ในเขตเทศบาลมีสิ่งอำนวยความสะดวก มีความทันสมัย วิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้า ทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสเข้าถึงสาธารณูปโภค และการเข้ารับบริการทางการแพทย์ รวมถึงโอกาสในการแสวงหารายได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ อิศราภรณ์ (2536) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท เนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข รับรู้ข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษา เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งได้นำแนวคิดเชิงทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มาประยุกต์และสร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์เอง จำนวน 16,660 ราย

สำหรับตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ส่วนตัวแปรอิสระ แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ประกอบด้วย สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และทัศนคติต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ 3) ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพตนเอง จำนวนโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต และการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ และ 4) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วย ภาศที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย

4.1 สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปผลการวิจัยเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรก ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี อายุสูงสุด คือ 102 ปี เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) โดยมีสัดส่วนสูงสุด คือ ร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือน (ร้อยละ 58.1) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.4 คน อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น (ร้อยละ 88.6) และส่วนใหญ่มิมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 78.6) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 60.6) มีรายได้

ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 34.8) มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 84.7) มีทัศนคติว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ (ร้อยละ 70.2) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 43.1) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 52.2) สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ทั้ง 6 กิจกรรม (ร้อยละ 67.6) และมีค่าคะแนนสุขภาพจิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.7) ไม่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ (ร้อยละ 62.7) โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 33.2) และอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 67.7)

4.1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉลี่ย 8.95 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.03 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 12 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ (0-11 คะแนน) ร้อยละ 87.7 ในขณะที่ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (12 คะแนน) มีเพียงร้อยละ 12.3 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการกินผักสด ผลไม้สด และพฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำเกินร้อยละ 50 พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 80 แต่อย่างไรก็ตามยังมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่เป็นบางครั้งหรือเป็นประจำอยู่ถึงร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบว่า สัดส่วนของผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีสูงถึงร้อยละ 22.2 มีผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 39.4 อีกทั้งผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพมีสูงถึงร้อยละ 42.8

สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพบางประเภทที่ยังมีผู้สูงอายุปฏิบัติไม่ถูกต้องเหมาะสมในสัดส่วนสูง คือ การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพ ซึ่งควรได้รับการรณรงค์ส่งเสริม เช่น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำ ตรวจสุขภาพเป็นประจำ รณรงค์ให้ผู้สูงอายุละเว้นจากการสูบบุหรี่และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

4.1.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ผลการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง และผลการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ผลการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง

ในการวิเคราะห์การแปรผันสองทางโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยแบบง่าย พบว่าปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในทิศทางที่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 14 ปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มี 12 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเพศ ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ทักษะคิดต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาพตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบมี 2 ปัจจัย คือ อายุ และจำนวนโรคเรื้อรัง

2) ผลการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง

ในการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง ใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุผลสรุปมีดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ

ปัจจัยทั้งหมดร่วมกันอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ได้ร้อยละ 11.1 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 14 ปัจจัย โดยปัจจัยทางบวกประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ทักษะคิดต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาพตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คือ จำนวนโรคเรื้อรัง

4.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้างนี้ มีข้อเสนอแนะที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้น ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยเป็นประจำ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพเป็นประจำ รมงครีให้ละเว้นจากการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินนโยบายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีอย่างยั่งยืนต่อไป และเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่กำหนดเกณฑ์เป้าหมายไว้ว่า ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุไทยต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2) เนื่องจากผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดย

ปัจจัยด้านประชากร พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชาย เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและดีขึ้น

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ เพราะฉะนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการศึกษาที่ดีขึ้นผ่านการเรียนรู้ตลอดชีวิตและเปิดรับองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เหมาะสมในวัยสูงอายุ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ในส่วนของระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการทำงาน ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการทำงานในวัยสูงอายุ เนื่องจากการทำงานเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการหารายได้ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ สามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรง และตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น การสร้างโอกาสในการทำงานในวัยสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึง ควรส่งเสริมการออมเพื่อให้มีรายได้ที่มั่นคงในวัยสูงอายุ และไว้ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย

นอกจากนี้ยังควรส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ โดยอาจจะมีการปรับหลักสูตรด้านการศึกษาให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สังคมสูงวัย และการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมถึงเป็นการสร้างทัศนคติด้านบวกต่อวัยสูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ในด้านการประเมินเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพมีสุขภาพไม่ดี จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีตามไปด้วย ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหมั่นรักษาสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่จะต้องส่งเสริมเป็นพิเศษ เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมากจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเอง หากมีการเจ็บป่วยจะต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรค และจะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ในส่วนของ การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย จึงควรส่งเสริมให้มีการบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง เพราะการให้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการให้การดูแลช่วยเหลือ รวมถึงการเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่ และบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ และเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ในด้านของภาคที่อยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่อาศัยในภาคอื่นๆ และผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล (เมือง) จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ชนบท) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต้องให้ความสำคัญกับพื้นที่ในชนบทและภูมิภาค เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลและโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับวัยสูงอายุ

4.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งผู้สนใจศึกษาในอนาคต อาจศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางอื่นได้ดังนี้

1) การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และแนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของเบญจา ยอดดำเนิน แอ็ดดิกซ์ ซึ่งบางปัจจัยไม่สามารถนำมาศึกษาได้เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านข้อมูล ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เช่น ศาสนา ประเพณี ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตน/นอกตน วิถีชีวิต วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นต้น

2) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอาจดำเนินการได้โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ (Mixed method) เพื่อให้การอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพมีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอธิบายลำดับก่อนหลังของเหตุการณ์ เช่น การมีปัญหาโรคเรื้อรังกับพฤติกรรมสุขภาพ ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุและปัจจัยใดเป็นผลที่เกิดขึ้น

3) ผู้สนใจอาจใช้แนวทางในการศึกษาครั้งนี้ไปปรับใช้กับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรในกลุ่มอื่นๆ ได้ เช่น กลุ่มประชากรวัยแรงงาน หรือวัยก่อนสูงอายุ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- Craig G.J. (1991). *Human Development*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gochman David S. (1988). *Health Behavior Plural Perspective*. New York: Plenum Press.
- Green L.W. & Kreuter M.W. . (1991). *Health promotion planning : An education and environmental approach*. Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Haseen et al. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/30>.
- Hoffman L. et al. (1988). *Developmental Psychology Today*. New York: McGraw Hill Book Co.
- Johnson, J. E. (1991). Health care practice of the rural aged. *Journal of gerontology, Aug;17(8)*.
- Kasl S.A. and Cobb S. (1966). *Health Behavior, Illness behavior and sick role behavior* Archieve Environmental Health.
- Lubben J.M. and other. (1991). Gender and Ethnic Differences in the Health Practice of the Elderly Poor. *Journal of Clinical Epidemiology, 1991, December*.
- Omran A.R. (1971). The epimiologic transition : A theory of the epidermiology of population change. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2690264>.
- Pender. (2002). *Health Promotion in nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Potter and Perry. (1995). *Basic nursing: Theory and Practice*. St. Louis: Mosby Yearbook.
- Shelkey M. and Wallace M. (1998). *Katz index of independence in activities of daily living (ADL): The Gerontologist*.
- United Nations. (2009). Population Ageing and development 2009. available from www.un.org/esa/population/publication/ageing/ageing2009chart.pdf.
- Walker S.N. and other. (1992). Health Promoting Lifestyles of Older Adults : Comparisons with Young and Miffleaged Adults, Correlates Patterns. *Advances in Nursing Science*.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO 1998.
- World Health Organization. (2001). *Health and Aging*. Geneva: WHO 2001.
- World Health Organization. (2010). *Asessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: WHO 2010.
- กชชุกร หว่างนุ่ม. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2538). รายงานการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย *Health behaviors of the elderly in Thailand*. กรุงเทพฯ: กลุ่มวิจัย ส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพและนันทนาการ.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในประเทศไทย.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์วชิรรินทร์.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรียาพยาบาล กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กุลยา ต้นติผลลาชีวะ. (2551). สุขภาพกายกับวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: เรือนปัญญา.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาการศึกษาด้านชีวิตและการพัฒนามนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการสุขภาพศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2540). วิวัฒนาการและการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ. (2556). เอกสารหลักและมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี 2556. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปของประเทศไทยปี พ.ศ. 2538. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จूरี่รัตน์ เพชรทอง. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2556.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2549). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2532). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการพิมพ์.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทยณัฐ ชวนไชยสิทธิ์และคณะ. (2555). รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุงาน กรณีศึกษาครูโรงเรียนเอกชน จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทิพวัลย์ ชาวสำอางค์. (2535). แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ธาริณี กาญจนวัลย์. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- นภาพร ชัยวรรณ และ จอห์น โนเดล. (2552). การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก.
- นลินี มิ่งมณี. (2549). ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นรินาtha วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2553). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เบญจพร สว่างศรีและเสริมศิริ แต่งาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัย มทรส., 128-136.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เบญจยา ยอดดำเนินแอดดิกซ์ และคณะ. (2542). พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหาตัวกำหนดและทิศทาง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพร จินันท์ยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบททางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสรวง สุวรรณ. (2543). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ผ่อง อนันตริยเวช. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พรสุข หุ่นรินทร์. (2545). เอกสารคำสอนวิชา สุข 531 : พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัชรี ดวงจันทร์. (2550). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิต กรุงเทพมหานคร. (ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต), สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ. (2557). กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs). นิตยสารยุทธโศภ, ปีที่ 123 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2557.

- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภราดา บุราณสาร. (2546). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รจนารถ รุ่งสือ. (2536). การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ละออง สุวิทยากรณ์ (2534). ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา กองแก้ว. (2549). ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. (สารนิพนธ์ปริญญาโทการศึกษา มหาบัณฑิต), สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วนลดา ทองใบ. (2540). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณางานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2554). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2556). รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2542). การดูแลตนเองในวัยทอง = *Selfcare in the elderly* ใน ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์และพัสมณต์ คุ่มทวีพร บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกุณา บุญนารากร. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย. สงขลา: เหมการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). การสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2548: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำรวจจิตต์ สุนทรภักดิ์สุข. (2540). การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สิริพร สุทธิญา. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาค กรุงเทพมหานคร. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สิริรัตน์ และคณะ. (2550). ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล *Basic skills in nursing*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2557). ทุนมนุษย์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองของประชากรไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเดช สำราญจิตต์ และพนัชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม. (2554). สุขภาพผู้สูงอายุ *Elderly Health*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2532). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย ภาควิชาการพยาบาล: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรชร ไหววี. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณ อบเชย. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัสรา อารรณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อาภากร ชัยสุริยา. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), สาขาสังคมวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- อินทราพร พรหมปรการ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง. (วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต), สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดมพร ชื่นไพบูลย์. (2549). สังคมวิทยาเกี่ยวกับการสูงวัย *Sociology of aging*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

รายละเอียดของข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาจากโครงการการสำรวจประชากรสูงอายุ
ในประเทศไทย พ.ศ. 2554

ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่นำมาปรับใช้เป็นตัวแปรในการศึกษา ดังรายละเอียดดังนี้

รหัสรายการ	รายการ
REG	ภาค - กรุงเทพมหานคร - ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) - ภาคเหนือ - ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ - ภาคใต้
AREA	เขตการปกครอง - ในเขตเทศบาล - นอกเขตเทศบาล
Member	จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

เพศ	อายุ	ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	ถามผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป
		การศึกษา	สถานภาพสมรส
บันทึกรหัส ชาย.....1 หญิง.....2	(บันทึกอายุเต็มปี ถ้าต่ำกว่า 1 ปี บันทึก "0" ซิด ขวา	"...ชื่อ...จบการศึกษาสูงสุดชั้นใด" บันทึก ชั้นปีและประกาศนียบัตรหรือปริญญาที่ สำเร็จมาโดยละเอียด ถ้าไม่เคยเรียน "บันทึกไม่เคยเรียน"	บันทึกรหัส โสด.....1 สมรส - คู่สมรสอยู่ในครัวเรือน.....2 - คู่สมรสไม่ได้อยู่ในครัวเรือน.....3 หม้าย.....4 หย่า.....5 แยกกันอยู่.....6
A4	A5	A8	A10

ตอนที่ 3 การทำงาน รายได้และการออม

“ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...ทำงานหรือไม่”	“...(ชื่อ)...มีรายได้จากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัวโดยเฉลี่ยปีละเท่าใด” (รวมรายได้ที่ไม่ใช่ตัวเงิน)	“...(ชื่อ)...คิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากทุกแหล่งเกินเพียงพอ เพียงพอ เพียงพอ บางครั้งหรือไม่เพียงพอ ต่อการดำรงชีพ”
	บันทึกรหัส	บันทึกรหัส
	ไม่มีรายได้.....1	เกินเพียงพอ.....1
	มีรายได้ต่ำกว่า 10,000.....2	เพียงพอ.....2
	10,000-19,999.....3	เพียงพอเป็นบางครั้ง.....3
บันทึกรหัสทำงาน.....1	20,000-29,999.....4	ไม่เพียงพอ.....4
	30,000-39,999.....5	
ไม่ทำงาน.....2	40,000-49,999.....6	
	50,000-59,999.....7	
	60,000-69,999.....8	
	70,000-79,999.....9	
	80,000-99,999.....10	
	100,000-299,999.....11	
	300,000-499,999.....12	
	500,000 บาทขึ้นไป.....13	
OP14	OP40	OP41

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ภาวะสุขภาพทางกาย	
“ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...รู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างไร”	
	บันทึกรหัส
ดีมาก.....1	1
ดี.....2	2
ปานกลาง.....3	3
ไม่ดี.....4	4
ไม่ดีมาก.....5	5
OP87	

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (ต่อ)

โรคเรื้อรัง/ประจำตัว	
“(ชื่อ)... มีโรคเรื้อรัง/ประจำตัว เหล่านี้หรือไม่” (ตอบได้ไม่เกิน 5 โรค เรียงลำดับตามอาการที่...ชื่อ...รู้สึกจากรุนแรงมากไปหาน้อย) 1 คือ รุนแรงมากที่สุด 5 คือ รุนแรงน้อยที่สุด (ถ้าไม่มีโรค บันทึก “0” ชิดขวาในกล่องคำตอบลำดับที่ 5	
ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง.....	1
เบาหวาน.....	2
หัวใจ.....	3
ไต ไตวายเรื้อรัง นิ่วในไต.....	4
มะเร็ง.....	5
ไทรอยด์ (คอพอก).....	6
วัณโรค.....	7
เก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดเข่า/หลัง/คอ เรื้อรัง.....	8
ตับแข็ง ไชมันแทรกในตับ นิ่วในถุงน้ำดี.....	9
สมองเสื่อม ความจำเลอะเลือน ลมชัก ลมบ้าหมู.....	10
ผิดปกติทางจิต ซึมเศร้า.....	11
โรคพิษสุราเรื้อรัง ดิทยา/สารเสพติด.....	12
อัมพฤกษ์ อัมพาต.....	13
โรคเลือด เช่น ธาตุซีเมีย โลหิตจาง.....	14
โรคติดเชื้ออื่นๆ (เอดส์ โปลิโอ เรื้อรัง).....	15
OP96	

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	
“ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...ได้รับการตรวจสุขภาพที่ไม่ใช่เป็นการตรวจเพราะเจ็บป่วยหรือไม่” ถ้าตรวจ “...ชื่อ...ไปตรวจที่ใด”	
ไม่ตรวจ.....	บันทึกรหัส 1
ตรวจ โดยตรวจจาก	
- สถานบริการของรัฐ.....	2
- สถานบริการเอกชน.....	3
OP95	

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (ต่อ)

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ			
ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง			
“...ชื่อ...” สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือไม่			
บันทึกรหัส			
ทำเองไม่ได้เลย.....1			
ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย.....2			
ทำได้ด้วยตนเอง.....3			
กินอาหาร	ใส่เสื้อผ้า	อาบน้ำ	การใช้ ห้องน้ำห้อง ส้วม (รวม ทำความสะอาด ร่างกายหลัง การขับถ่าย
OP104	OP105	OP106	OP108

“ชื่อ...” สามารถกลืนปัสสาวะได้หรือไม่	“ชื่อ...” สามารถกลืนอุจจาระได้หรือไม่
บันทึกรหัส	
กลืนได้.....1	
กลืนได้บางครั้ง.....2	
กลืนไม่ได้เลย.....3	
กลืนปัสสาวะ	กลืนอุจจาระ
OP91	OP92

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ						
“ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...ชื่อ... มีอาการ หรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด”						
บันทึกรหัส						
ไม่เคย.....1						
เป็นบางครั้ง.....2						
เป็นประจำ.....3						
ความอยาก อาหารลดลง	คิดมาก/มีความ วิตกกังวลใจ	รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	รู้สึกหมดหวังใน ชีวิต	รู้สึกว่าชีวิตไม่มี คุณค่า	รู้สึกไม่มี ความสุขและ เศร้าหมอง	รู้สึกเหงา
OP118	OP119	OP120	OP121	OP122	OP123	OP124

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (ต่อ)

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ				
พฤติกรรมดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพ				
“ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...มีพฤติกรรมต่อไปนี้เป็นประจำ (บ่อย/ทุกวัน/เกือบทุกวัน) หรือไม่”				
บันทึกรหัส				
ไม่ใช่.....1				
ใช่เป็นบางครั้ง.....2				
ใช่เป็นประจำ.....3				
ออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้ ร่างกาย)	กินผักสด ผลไม้สด	ดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 แก้ว หรือมากกว่า	ดื่มน้ำสุรา/ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	สูบบุหรี่
OP127	OP128	OP129	OP130	OP131

ตอนที่ 6 ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	
“ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...ได้รับบริการด้านสุขภาพ/ความช่วยเหลือ (ฟรี/เสียค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย) จากภาครัฐในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่	
บันทึกรหัส	
ไม่ได้รับ.....1	
ได้รับ.....2	
ดูแลเยี่ยมเยียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	การดูแลโดยอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)
OP138	OP139

ตอนที่ 7 การเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ

ตอนที่ 7 การเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ
“...ชื่อ...คิดว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุหรือไม่”
บันทึกรหัส
ควร.....1
แล้วแต่กรณี.....2
ไม่ควร.....3
OP153

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบเงื่อนไขของผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ

ตารางที่ 12 การตรวจสอบเงื่อนไขของผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ

	1	2	3.1	3.2	3.3	4	5.1	5.2	5.3
1	1								
2	0.022**	1							
3.1	0.090**	-0.048	1						
3.2	0.046**	0.038**	-0.045**	1					
3.3	0.296**	0.219**	-0.136**	-0.163**	1				
4	-0.068**	-0.052**	-0.138**	-0.098**	0.335**	1			
5.1	0.015	-0.044**	-0.024**	-0.010	-0.003	0.010	1		
5.2	-0.118**	-0.069**	0.009	0.011	-0.073**	0.014	-0.476**	1	
5.3	-0.039**	-0.015	0.030**	-0.007	-0.030**	0.001	-0.191**	-0.025**	1
5.4	-0.040**	-0.051**	0.064**	-0.008	-0.060**	0.006	-0.374**	-0.049**	-0.020*
6	-0.190**	-0.346**	0.006	-0.049**	-0.190**	0.046**	0.119**	-0.026**	-0.043**
7.1	0.039**	0.089**	-0.005	0.004	0.031	-0.014	-0.007	-0.034**	-0.021**
7.2	0.036**	-0.009	-0.019*	-0.021**	0.029**	-0.014	0.082**	-0.052**	-0.038**
7.3	-0.113**	-0.173**	-0.003	0.004	-0.108**	0.058**	-0.101**	0.133**	0.078**
8.1	0.013	-0.033**	-0.016*	-0.008	0.000	0.002	0.045**	-0.040**	0.030**
8.2	-0.028**	0.010	0.001	0.005	-0.030**	0.008	-0.029**	0.056**	0.034**
8.3	-0.021**	0.008	0.012	0.017*	-0.005	-0.038**	-0.083**	0.042**	0.036**
9	0.002	0.015*	0.001	0.005	-0.010	0.008	-0.009	0.015*	0.022**
10.1	0.041**	0.120	-0.014	0.011	0.046	0.012	-0.008	-0.029**	-0.024**
10.2	0.042**	0.055**	-0.011	-0.013	0.016*	0.012	0.031**	-0.033**	-0.011
10.3	-0.065**	-0.131**	0.014	0.003	-0.053**	-0.002	-0.011	0.047**	0.028**
10.4	-0.022**	-0.034**	0.002	0.009	0.004	-0.004	-0.036**	0.022**	0.004
11	-0.095**	-0.084**	0.010	-0.006	-0.036**	-0.016*	0.018*	-0.007	-0.002
12	-0.079**	-0.213**	0.016*	-0.005	-0.082**	0.011	0.020*	0.032**	0.011
13	-0.087**	-0.081**	-0.011	-0.032**	-0.111**	-0.080**	-0.025*	0.048**	0.029**
14	0.039**	0.056**	-0.013	0.002	0.013	-0.002	0.079**	0.057*	-0.041
15.1	0.003	0.001	0.044*	-0.001	0.018*	-0.015	0.011	0.024**	-0.008
15.2	-0.031**	0.024**	-0.021**	0.002	0.007	-0.037**	-0.048**	-0.032**	-0.026**
15.3	0.019*	-0.021**	-0.054**	0.008	-0.010	0.028**	0.175**	0.058**	-0.035**
15.4	-0.007	0.022**	-0.013	0.008	-0.026**	-0.002	-0.058**	-0.009	0.002
16	0.014	-0.016*	0.076**	0.016**	0.026**	-0.009	-0.178**	0.172**	0.102**

	5.4	6	7.1	7.2	7.3	8.1	8.2	8.3	9
1									
2									
3.1									
3.2									
3.3									
4									
5.1									
5.2									
5.3									
5.4	1								
6	-0.086**	1							
7.1	-0.035**	-0.130**	1						
7.2	-0.083**	-0.006	-0.292**	1					
7.3	0.171**	0.240**	-0.302**	-0.516**	1				
8.1	-0.091**	0.039**	0.019*	0.050**	-0.088**	1			
8.2	0.057**	0.009	-0.028*	-0.002	0.140**	0.641**	1		
8.3	0.178**	-0.006	-0.059	-0.050**	0.147**	0.107**	-0.231**	1	
9	0.052**	-0.003	-0.027**	-0.019*	0.046**	-0.035**	0.047**	0.028**	1
10.1	-0.046**	-0.137**	0.049**	-0.019*	-0.098**	0.031**	-0.127**	-0.034**	0.005
10.2	-0.046**	-0.034**	0.020**	0.023**	-0.049**	0.060**	-0.020**	-0.040**	0.002
10.3	0.045**	0.124**	-0.046**	0.001	0.105**	-0.071**	0.113**	0.023**	-0.004
10.4	0.080**	0.041	-0.018*	0.021**	0.046	-0.026**	0.017*	0.097*	-0.005
11	-0.013	0.128**	-0.020	0.004	0.027	0.019*	0.006	-0.014	-0.005
12	0.033**	0.144**	-0.035**	-0.007	0.059**	-0.035**	0.041**	-0.008	0.017*
13	0.079**	0.103**	-0.036**	-0.008	0.126**	-0.056**	0.152**	0.039**	0.024**
14	-0.076	0.004	0.005	0.039**	-0.060**	0.023**	-0.021**	-0.028**	0.023**
15.1	-0.002	-0.005	-0.022**	-0.007	0.059	-0.010	0.027**	0.013	-0.021
15.2	-0.049**	0.012	0.045**	0.005	-0.083**	0.008	0.020*	-0.045**	-0.009
15.3	-0.074**	0.007	0.026**	0.061**	-0.127**	0.073**	-0.103**	-0.058**	0.014
15.4	-0.009	0.046**	-0.027**	0.027**	0.069**	-0.071**	0.076**	0.054**	0.014
16	0.210**	-0.089**	-0.058*	-0.049**	0.161**	-0.058**	0.053**	0.077**	0.023**

	10.1	10.2	10.3	11	12	13	14	15.1	15.2
1									
2									
3.1									
3.2									
3.3									
4									
5.1									
5.2									
5.3									
5.4									
6									
7.1									
7.2									
7.3									
8.1									
8.2									
8.3									
9									
10.1	1								
10.2	-0.342	1							
10.3	-0.317**	-0.680**	1						
10.4	-0.087**	-0.186**	-0.172**	1					
11	-0.164**	-0.097**	0.186**	0.086**	1				
12	-0.155**	-0.003	0.123**	0.036**	0.107**	1			
13	-0.217**	-0.037**	0.185**	0.071**	0.102**	0.152**	1		
14	0.020**	0.007	-0.009	-0.024**	-0.040**	-0.058**	-0.037**	1	
15.1	0.050**	0.033**	-0.063**	-0.019*	-0.067**	-0.024**	0.004	-0.023**	1
15.2	-0.038**	-0.003	0.041**	-0.002*	-0.020**	0.007	0.015	0.061**	-0.290**
15.3	-0.003	-0.023**	0.035**	-0.019*	0.113**	0.050**	-0.026**	0.059**	-0.386**
15.4	-0.014	-0.009	0.005	0.031**	0.022**	-0.053**	0.009	0.012	-0.213**
16	-0.016*	-0.018*	0.008	0.054**	-0.083**	-0.003	0.033**	-0.165**	0.028**

	15.3	15.4	16
1			
2			
3.1			
3.2			
3.3			
4			
5.1			
5.2			
5.3			
5.4			
6			
7.1			
7.2			
7.3			
8.1			
8.2			
8.3			
9			
10.1			
10.2			
10.3			
10.4			
11			
12			
13			
14			
15.1			
15.2	1		
15.3	-0.374**	1	
15.4	-0.206**	-0.274**	1
16	-0.062**	-0.199**	-0.054**



