

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร  
จังหวัดปราจีนบุรี



นางนิรมล อินทฤทธิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

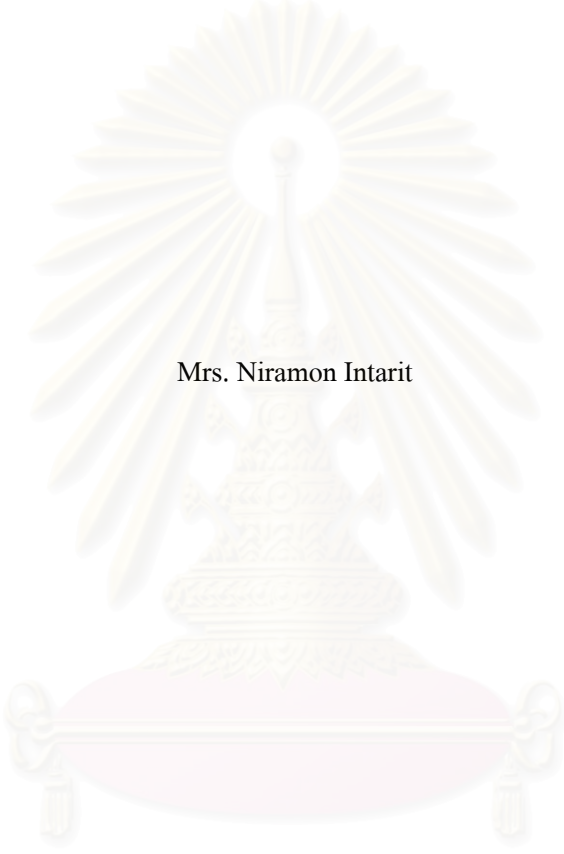
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1406-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELF HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF THE ELDERLY OF THE AGING CLUB  
AT CHAOPHYA ABHAIBHUBEJHR HOSPITAL IN PRACHINBURI PROVINCE



Mrs. Niramon Intarit

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1406-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์      พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี  
โดย                              นางนิรมล      อินทฤทธิ์  
สาขาวิชา                      สุขภาพจิต  
อาจารย์ที่ปรึกษา              ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปีติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวตพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปีติพร)

..... กรรมการ  
(นายแพทย์ฉัตร      พิทยรัตน์เสถียร)

นิรมล อินทฤทธิ์ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (SELF HEALTH PROMOTING  
BEHAVIOR OF THE ELDERLY OF THE AGING CLUB AT CHAOPHYA  
ABHAIBHUBEJHR HOSPITAL IN PRACHINBURI PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษา :  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร หน้า 124 ISBN 974-53-1406-4

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรม  
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวอย่างประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุจากการสุ่ม  
ตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูล  
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ตามวิธีของโรเซนเบิร์ก (1965)  
และ แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (1987)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง
2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็น  
ร้อยละ 68.85 และผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับ  
ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.15
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่  
อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ ความรู้สึกเห็น  
คุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
4. ตัวแปรที่มีความสำคัญ ในการร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง  
ของผู้สูงอายุ คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา  
ซึ่งร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 23.1

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่ออนิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

ปีการศึกษา 2547

##4674736130: MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS :HEALTH PROMOTING BEHAVIOR / ELDERLY / AGING CLUB / SELF ESTEEM

NIRAMON INTARIT. SELF HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF THE ELDERLY OF THE AGING CLUB AT CHAOPHYA ABHAIBHUBEJHR HOSPITAL IN PRACHINBURI PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. SIRILUCK SUPPAPITIPORN,M.D., 124 pp. ISBN 974-53-1406-4

The purpose of this research were to study the self health promoting behaviors of the elderly of the Aging club at Chaopraya Abhaibhubejhr Hospital in Prachinburi Province and to study the related factors in self health promoting behaviors of the elderly. The research subjects consisted of 260 elderly, selected by simple random sampling. Instruments used in this study were questionnaire asking for personal information, evaluating for self-esteem by using Rosenberg's self-esteem scale (1965), and evaluating for the self health promoting behaviors by using Pender's self health promoting behaviors scale (1987).

The finding were as followed:

1. The mean of the self health promoting behaviors of the elderly was in the good level.
2. Most of the elderly who had the rating score of the self health promoting behaviors on the high level represented for 68.85 %, and on the moderate level represented for 31.15% of the whole samples.
3. Factors affecting on the self health promoting behaviors of the elderly were age, marital status, educational level, source of income, income ,occupation and self- esteem at a statistical significant level 0.01.
4. Factors significantly predicted the self health promoting behaviors of the elderly were self-esteem, marital status and educational level. These factors accounted for 23.1 % predicting the self health promoting behaviors of the elderly

Department	Psychiatry	Student's Signature .....
Field of study	Mental Health	Advisor's Signature .....
Academic year	2004	

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ คำชี้แจง ข้อคิดเห็น และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา จนกระทั่งงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวรรณ นิวัตพันธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ กราบขอบพระคุณ นายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์นี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ความเข้าใจในสาขาวิชาชีวพิษวิทยา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้กรุณาให้การอุดหนุนเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่กรุณาให้เก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงดารารัตน์ เตชะกมลสุข คุณรมิตา คงเจริญ คุณสถาพร ศรีเจริญชอบ ที่ให้คำปรึกษา และกรุณาช่วยประสานงานตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความเมตตา ความเอื้อเฟื้อ และให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ในการตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี และนายแพทย์สุรินทร์ สืบซึ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ ที่สนับสนุนและให้โอกาสอันดีทางการศึกษา ทั้งครั้งนี้และทุกครั้งที่ผ่านมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และผู้ร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้านตลอดเวลา

ขอขอบคุณบุคลากรภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณแม่สังกรหญิงอินทิดา กาญจนพิบูลย์ ผู้ให้กำลังใจ คำแนะนำ คำปรึกษาอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณรุ่นพี่ และเพื่อน ๆ ในเวลารุ่น 16 และนอกเวลารุ่น 3 สำหรับความรักความเอื้ออาทร และความเป็นกัลยาณมิตรด้วยดีตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบเท้าด้วยความเคารพสูงสุดแด่พระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้ความรัก ความห่วงใย ผู้เป็นต้นแบบทางการศึกษา และเป็นผู้ให้แนวทางในการดำเนินชีวิตแก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณและขอบใจสามี บุตรชาย บุตรสาว ญาติพี่น้อง และหลาน ๆ ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ซึ่งเป็นพลังใจอันแรงกล้าแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

## สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
	กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
	สารบัญ.....	ช
	สารบัญตาราง.....	ฌ
	สารบัญภาพ.....	ฎ
 <b>บทที่</b>		
1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
	ขอบเขตการวิจัย.....	3
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
	ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
	ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
	แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ.....	23
	ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ .....	27
	ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง.....	39
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42

## บทที่

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	49
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	50
	การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	53
	การวิเคราะห์ข้อมูล .....	54
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	87
	สรุปผลการวิจัย.....	87
	อภิปรายผลการวิจัย.....	92
	ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย.....	102
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	103
	รายการอ้างอิง.....	104
	ภาคผนวก.....	111
	ภาคผนวก ก. ....	112
	ภาคผนวก ข. ....	114
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	124

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี .....	56
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมและรายข้อของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี .....	60
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี .....	61
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าที่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามเพศ .....	62
5	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามอายุ .....	64
6	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับอายุ (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD .....	65
7	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส .....	66
8	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับสถานภาพสมรส (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD .....	67
9	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา .....	68

ตารางที่	หน้า
10	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับระดับการศึกษา (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี LSD ..... 69
11	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามแหล่งรายได้หลัก ..... 71
12	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับแหล่งรายได้หลัก (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD ..... 72
13	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามรายได้..... 73
14	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับรายได้ (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD ..... 74
15	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามอาชีพ ..... 75
16	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับอาชีพ (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD ..... 76
17	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน ..... 77
18	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี LSD..... 78

ตารางที่	หน้า
19	ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... 80
20	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี LSD ..... 81
21	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าที่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามการมีโรคประจำตัว ..... 82
22	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัย ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัด ปราจีนบุรี..... 83
23	การคัดเลือกตัวแปรในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 84
24	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Solution) ค่า สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$ change) ในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ..... 85
25	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนน มาตรฐาน(Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ B และแสดงสมการถดถอย พหุคูณที่ใช้ในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ..... 86

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	6



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าและเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมทั้งการบริการทางด้านสาธารณสุข ที่กระจายไปอย่างทั่วถึง ตลอดจนนโยบายการวางแผนครอบครัวที่ประสบความสำเร็จ ส่งผลให้อัตราเจริญพันธุ์และอัตราการตายของประชากรลดลงด้วยเหตุดังกล่าว ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำ และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ในอนาคต ขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าประชากรรวม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต การลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการลดลงอย่างรวดเร็วของการเกิดภายในเวลาอันสั้น ส่งผลให้อัตราความเร็วของการเข้าสู่ประชากรวัยสูงอายุ(1) (Population Aging) ของประเทศไทยเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วหลาย ๆ ประเทศ

มีการคาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาถึงร้อยละ 21.8 และจากการคาดการณ์ทางประชากรศาสตร์ ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มเร็วขึ้นในทศวรรษหน้า โดยในปี 2563 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ รวมทั้งผู้สูงอายุในกลุ่ม 75 ปีขึ้นไปก็มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นโดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดปี พ.ศ. 2543 – 2548 ของเพศชายเท่ากับ 68.15 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 73.39 ปี(2)

จากรายงานสำมะโนประชากรปี 2545(3) พบว่าประชากรทั้งประเทศ 63.39 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 5.97 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.4 และผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรีมีทั้งสิ้น 45,405 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรรวม 455,098 คน โดยแยกเป็นเพศชาย 21,113 คน เพศหญิง 24,292 คน จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยข้อมูลนี้สอดคล้องกับการคาดการณ์ทางประชากรศาสตร์ ที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ภาวะการเป็นประชากรสูงอายุรุนแรงขึ้น

การที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น ด้วยแนวคิดที่จะใช้ศักยภาพของตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชมรม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันจัด

กิจกรรมให้สมาชิกชมรมมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมช่วยกันแก้ไขปัญหาของแต่ละคน โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ จะเห็นว่าผู้สูงอายุไทยโดยรวมมีปัญหาด้านสุขภาพถึงร้อยละ 25.9(1) จำเป็นต้องใช้จ่ายเงินในการซื้อบริการทางสุขภาพ ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยทั่วไปค่อนข้างแพง กระทรวงสาธารณสุขจึงคาดหวังว่าชมรมผู้สูงอายุจะเป็นตัวกลางช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงในบางครั้งอาจจะมีกิจกรรมในด้านการส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุมีรายได้ อาจเป็นรายได้หลัก หรือรายได้เสริมที่พอเพียงแก่การครองชีพ ชมรมผู้สูงอายุจึงถูกมองว่ามีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมาก

ปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องเผชิญ จากการทำสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทต่อครอบครัว บุตรหลานและสังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มักทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง และถ้ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจมาเป็นตัวเสริม ก็จะทำให้ปัญหามีความรุนแรงมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวนี้สามารถชะลอความรุนแรงและป้องกันไม่ให้เกิดได้ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพราะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ดี หรือเพื่อการมีสุขภาพดี ตลอดจนชะลอความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายด้วย(4) ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุ มีนักการศึกษาหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และกำหนดกิจกรรมที่แสดงถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ แนวคิดที่สำคัญและได้รับการยอมรับในปัจจุบัน คือ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของPender ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นกิจกรรม 6 ด้าน(5) ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การทำกิจกรรมและออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เป็นความรู้สึกเชื่อภายในตนขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่รัก เป็นคนมีประโยชน์ และมีความสามารถ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมองเห็นความสามารถของตนเอง ในการเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อสูงวัย ดังนั้น หากผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจ เครียด ซึมเศร้า สิ้นหวังกับอนาคต จะมีแนวโน้มที่จะคิดว่าตนเองหมดคุณค่าด้วย ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถปรับตัวกับภาวะไร้ความสามารถและความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีสุขภาพทรุดโทรมและไร้สมรรถภาพด้านร่างกาย(6)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุว่า เป็นอย่างไร และศึกษาถึงปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำการศึกษา ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ เลือกรูปแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ Pender(5) และแบบ สัมภาษณ์ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจากแบบประเมินของ Rozenberg(7) ผลจากการวิจัย ครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและให้บริการด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้มี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อันเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชน อย่างมีความสุขในชีวิตบั้นปลายต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

### ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง และศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมตนเองของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี 2547 มีจำนวนทั้งสิ้น 650 คน เป็นเพศชาย 190 คน เพศหญิง 460 คน

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2547 ที่มีคุณสมบัติดังนี้

- 3.1 สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้
- 3.2 สติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 3.3 สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ดี
- 3.4 ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane (8,9) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 260 คน

#### 4. ตัวแปรที่ศึกษา

##### 4.1 ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

4.1.1 ปัจจัยด้านข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว

##### 4.1.2 ปัจจัยด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

4.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

#### ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เท่านั้น

#### ข้อจำกัดของการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะชมรมผู้สูงอายุเพียงชมรมเดียว และศึกษาในจังหวัดเดียว ซึ่งปัจจัยทางข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง อาจมีความแตกต่างจากชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอื่น หรือในจังหวัดอื่น



## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคลที่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอ ประกอบไปด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่สังเกตได้ เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การพักผ่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีโดยส่วนรวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพิ่มระดับความผาสุก และควมมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งในการวิจัยนี้ประเมินจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองตามแนวคิดของPender(5)

2. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุเป็นปีตามปฏิทิน (อายุเกินเดือนที่เกิดเป็นเวลา 6 เดือน นับเป็นอายุ 1 ปีเต็ม) สามารถพูดคุยกันรู้เรื่องและสามารถตอบแบบวัดได้ เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2547

3. **ชมรมผู้สูงอายุ** หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปรวมกลุ่มกัน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. **การเห็นคุณค่าในตนเอง** หมายถึง ความคิดทางบวกหรือทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง เมื่อบุคคลมีลักษณะเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะเคารพยอมรับนับถือตนเองและมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า บุคคลที่รู้สึกว่าคุณค่าจะมีการตัดสินใจที่ดี เป็นบุคคลที่ได้รับประสบการณ์การยอมรับจากบุคคลอื่น รู้จักให้และรับความรักจากบุคคลอื่น การเห็นคุณค่าในตนเองมี อิทธิพลมาจากการที่บุคคลนั้นมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อน และชุมชน เป็นต้น บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมองตนไร้ความสามารถ ปล่อยสุขภาพตนเองทรุดโทรม

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผน กำหนดนโยบายส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยกับชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลแห่งอื่น และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป
3. เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

4. เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแนะนำ และวางแผนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาสนับสนุนและประกอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ
3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ภาวะสูงอายุแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นการยากมากที่จะกำหนดให้เป็นสากลว่าเมื่อใดที่บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เพราะภาวะสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางจิต ทางสังคม พอ ๆ กับทางชีววิทยา ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ โดยอาศัยเกณฑ์ที่แตกต่างกันไปตามสภาพของสังคม

#### ความหมายผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปผู้สูงอายุในประเทศไทย หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเอาวัยเกษียณอายุราชการเป็นเกณฑ์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้นั้นในสังคม(7) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกและประเทศทางตะวันตกนับเอาวัย 65 ปีขึ้นไปเป็นวัยผู้สูงอายุ โดยยึดหลักการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นสิ่งสำคัญ

สำหรับความหมายผู้สูงอายุในทางชีววิทยา คำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการทำงานทางสรีรวิทยาของร่างกายที่เสื่อมถอยลงจนสุดท้าย ทำให้สิ่งมีชีวิตถึงแก่ความตาย(10)

นิตา ชูโต(11) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึงผู้มีอายุวัดด้วยจำนวนปี ตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ สำหรับคนไทยผู้สูงอายุหมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุราชการ หรือถ้าแบ่งช่วงเวลาของการมีชีวิตตามแนวคิด สอนของพุทธศาสนา ผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วงปัจฉิมวัยคืออายุ 50 ปีขึ้นไป อันเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต มนุษย์

สุรกุล เจนอบรม(12) ได้ให้ความหมายของ ความสูงอายุ (Aging) ไว้ว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพ จึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ

Goldstein(13) ได้ให้คำจำกัดความว่าการมีอายุเพิ่มขึ้น (Aging) นั้นเป็นการสูญเสียของการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป และทำให้การคาดการณ์ของอายุขัยลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ว่า ความมีชีวิตเริ่มลดน้อยลงและเพิ่มการล่อแหลมหรือการเป็นอันตรายซึ่งจะนำไปสู่ความตาย

Yurick, et al.(14) กล่าวว่า สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดผู้สูงอายุวัยต้น (young old) คืออายุระหว่าง 60 – 74 ปี เป็นวัยที่ยังไม่ชราสามารถทำงานได้ ถ้าสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี วัย 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง

Marray and Zentner(15) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีอาการอ่อนแอของร่างกายและจิตใจตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมกัน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีแตกต่างกันมากมาย ซึ่งพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายสมควรที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และยังถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน สำหรับประเทศไทยนั้นผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งยึดตามเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันโดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ

ศรีเรือน แก้วกังวาล(16) กล่าวว่า นักชราวิทยาได้แบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิต สังคม ชีววิทยา ดังนี้

(1) ช่วงไม่ค่อยแก่ (the young – old) ช่วงนี้อายุประมาณ 60 – 69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่ว ๆ ไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก

(2) ช่วงแก่ปานกลาง (the middle – aged old) อายุประมาณตั้งแต่ 70 – 79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง

(3) ช่วงแก่จริง (the old – old) อายุประมาณ 80 – 90 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่าง ๆ ตามวัย (both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

(4) ช่วงแก่จริง ๆ (the very old – old) อายุประมาณ 90 – 99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่าง ๆ ด้านชีววิทยา สังคม และจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องมีการบีบคั้นเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไร ๆ ที่พอออกพอใจและอยากทำในชีวิต ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ได้พบผ่านวิกฤตต่าง ๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมายจะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

### ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีของผู้สูงอายุมีมากมายหลายทฤษฎี โดยแบ่งทฤษฎีออกเป็นกลุ่ม ๆ ทั้งทางด้านชีวภาพและสังคม Ebersole and Hess(17) ได้สรุปทฤษฎีของการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี คือ

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (Collagen) และไฟบรัสโปรตีน (Fibrous Protein)

จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้า ปรากฏรอยย่นมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณผิวหนัง กระดูก เอ็น กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและหัวใจ

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง จะไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้ว ไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนในร่างกายที่คล้ายคลึงกันหลายชั่วคน เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรก กล่าวถึงภาวะการแบ่งตัวที่ผิดปกติ (Mutation) เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงทันที จะมีผลทำให้เซลล์มีชีวิตสั้นลง ส่วนทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์มีผลต่อการเผาผลาญที่อาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลง

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมนและถดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่า หลังจากใช้งานครั้งแล้วครั้งเล่า ย่อมมีการสึกหรอเนื้อเยื่อบางชนิด เช่น ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เก่าที่ตายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอย แต่ในระบบเซลล์อื่น ๆ เช่น เซลล์ประสาท และเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่อีก แต่เป็นการเสริมสร้างภายในเซลล์เดิม จึงชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่า ดังนั้น ถ้ามีการใช้มากจะมีผลให้เกิดการสูงอายุนเร็วขึ้น

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมที่บกพร่อง (Deprivation Theory) เมื่อคนอายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เป็นผลให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจน และสารอาหารในเลือด ไปสู่เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ อวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อมลง

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ใน น้ำเหลือง (Serum) ของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ มีการสะสมของสารบางอย่าง มีผลให้หยุดการ เจริญเติบโตของเซลล์ และในปัจจุบันยังไม่สามารถแยกสกัดสารนี้ออกจากน้ำเหลืองได้ แต่ก็ไม่พบ องค์ประกอบทางเคมีจากการทดลองที่จะสรุปได้ว่า สารสะสมดังกล่าวมีผลแทรกแซงขบวนการเผา ผลาญของเซลล์

1.8 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้ กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ ทำให้ เกิดสารเรดิคัลอิสระ (Free Radical) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง และสารนี้จะ ถูกเร่งให้มีมากขึ้น โดยการฉายรังสี แต่ก็มีสารที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดสารเรดิคัลอิสระ ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญลง

1.9 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress – Adaptation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญ ความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

สรุป ทฤษฎีความสูงอายุในแง่ชีววิทยา พยายามอธิบายว่า สาเหตุแห่งความชราเกิด จากการเปลี่ยนแปลงภายใน โดยเริ่มเกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง ช้าหรือเร็วขึ้นกับแต่ละบุคคล ฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลทั่วไปก่อนเข้าวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุ ควรได้มีความรู้เกี่ยวกับ ลักษณะของผู้สูงอายุและปัญหาต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาความสมดุลของร่างกายไว้ให้ มากที่สุด อันเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นทางร่างกาย

## 2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความ สุขหรือทุกข์ขึ้นกับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความ อบอุ่น มีความรัก เห็นความสำคัญของคนอื่น ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ แต่ในทางกลับกัน ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ มีจิตใจคับแคบ ไม่เคยช่วยเหลือผู้ใด ผู้สูงอายุนั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยัง ปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ก็เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ และพยายามเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดีและฐานะทางเศรษฐกิจดี พอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

สรุป จากทฤษฎีทางจิตวิทยาที่กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่ามีสาเหตุต่าง ๆ หลายประการ อาทิ ภูมิหลัง สภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อม ตลอดจนตัวผู้สูงอายุและปัญหาทางสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพและความปรารถนาเปลี่ยนแปลงไป จึงมีความจำเป็นที่ครอบครัว ลูกหลานหรือผู้ใกล้ชิด ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ จะต้องเข้าใจและใช้ความอบอุ่น ความรัก แบบถ้อยทีถ้อยอาศัยผู้สูงอายุก็จะมีความสุข ชีวิตนั้นปลายไม่เศร้าสร้อย

### 3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี

เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับวิถีทางในการปรับตัวของผู้สูงอายุ ในช่วงสุดท้ายของชีวิตพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป และการปรับตัวต่อสถานภาพนั้น ๆ (18)

3.1 ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมทางสังคมว่า เป็นหลักของชีวิตของบุคคล กล่าวคือ การปรับตัวของบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับกิจกรรมทางสังคม ยิ่งมีกิจกรรมมากยิ่งขึ้นเท่าใดก็จะปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น ตามแนวคิดนี้บุคคลผู้ชราจะพยายามรักษาทัศนคติและกิจกรรมในวัยกลางคนไว้ให้ได้มากที่สุด และพยายามทดแทนกิจกรรมที่หายไปนั้นด้วยกิจกรรมใหม่ ๆ และทำนายได้ว่าบุคคลที่มีความกระตือรือร้นทางสังคมจะมีมีโนภาพแห่งตนในทางบวก มีส่วนร่วมในสังคม มีความพอใจในชีวิต และจะเป็นผู้ยอมรับความชราภาพเป็นอย่างดี เพราะฉะนั้นนักวิชาการ เช่น เบอร์เกส (Burgess) เป็นต้น จึงเสนอแนะว่าผู้ชราควรได้รับการจัดบทบาทใหม่ ๆ ซึ่งในปัจจุบันนี้บุคคลในวัยชราจะอยู่ในสภาพไม่มีบทบาททางสังคม (Roleless) และสภาพการณ์เช่นนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยส่วนรวมอีกด้วย เพราะฉะนั้นจึงน่าจะได้มีการปรับสถานการณ์เสียใหม่เพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้ชราให้มีมากขึ้น

3.2 ทฤษฎีถอยจากสังคม (Disengagement Theory) อธิบายว่าบุคคลจะลดบทบาททางสังคมลงไปตามอายุ ซึ่งจะอยู่ในลักษณะที่สมยอมทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายตัวบุคคลและฝ่ายสังคม และผู้ชราจะพยายามลดความขัดแย้งจากสถานภาพโดยการยอมรับบทบาทของตนตามที่สังคมต้องการ กระบวนการถอยจากสังคมจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ตามแนวคิดนี้บุคคลจะค่อย ๆ ลดความผูกพันต่อสังคมลงเป็นลำดับ โดยที่ความตระหนักรู้ด้านอายุ ความคับแค้นของประสบการณ์ที่เพิ่มมากขึ้นและความสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง เหตุของการถอยจากสังคมตัวอย่างที่เห็นชัดก็คือผู้ล่วงสู่วัยชราจะค่อย ๆ ลดบทบาททางสังคมของตน และทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทฤษฎีถอยจากสังคมได้รับการ



วิจารณ์ทั้งเชิงบวกและลบ อย่างไรก็ตามมีผลงานวิจัยบางชิ้นที่สนับสนุนทฤษฎีนี้ เช่น พบว่าการถอยจากสังคมเกิดในผู้ชราบางช่วงอายุหรือในบางพฤติกรรมเท่านั้น หรือผู้ชราจะมีการถอยจากบทบาทบางอย่างเท่านั้นที่ตนเองไม่พอใจแต่ยังคงพอใจที่จะรักษาบทบาทอื่น ๆ ไว้ นอกจากนี้แล้วพบว่า ผู้ชราบางกลุ่มพอใจที่จะอยู่คนเดียว เพราะถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี

สรุปได้ว่า ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม ผู้ชรายังคงมีความคล้ายกับบุคคลในวัยกลางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางจิตใจและสังคม การลดบทบาทจึงเป็นการคัดค้านกับสิ่งที่ต้องการและจะพยายามต่อต้านหรือหาทางอื่น ๆ มาแทนบทบาทที่สูญเสียไป ส่วนในทฤษฎีถอยจากสังคมนั้น กระบวนการลดบทบาททางสังคมเป็นกระบวนการที่เป็นที่ยอมรับจากตัวบุคคลคือผู้ชรา ซึ่งอธิบายได้ว่า เกิดกระบวนการภายในตัวผู้ชราเอง ซึ่งได้แก่ มีความต้องการที่จะสนใจต่อตนเองมากขึ้น จึงเป็นส่วนช่วยทำให้เต็มใจที่จะลดบทบาททางสังคมลง ซึ่งช่วยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างตัวของบุคคลกับสังคมด้วย และเป็นผลให้ความคับข้องใจที่เกิดขึ้นมีน้อยลง อย่างไรก็ตามในการถอยจากสังคมของผู้ชรา นั้น พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ซึ่งก็เป็นไปได้ตามแนวคิดข้างต้นว่ากระบวนการภายในตัวบุคคลที่มีไม่เท่ากัน เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมถอยจากสังคมไม่เท่ากัน

### การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ตามปกติการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของเรานั้น ขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการคือ กระบวนการเจริญเติบโต (growth or evolution) กับกระบวนการเสื่อมสลาย (atrophy or involution) กระบวนการทั้งสองจะเกิดคู่กันไปตลอดเวลา ในวัยทารกถึงวัยหนุ่มสาว กระบวนการเจริญเติบโตจะมีมากกว่ากระบวนการเสื่อมสลาย คนในวัยนี้จึงเจริญเติบโตอย่างมาก หลังจากนั้นกระบวนการเจริญเติบโตจะค่อย ๆ ลดลง ขณะเดียวกันกระบวนการเสื่อมสลายจะค่อย ๆ มีมากขึ้น และเมื่อบุคคลมีอายุประมาณ 20 – 40 ปี กระบวนการทั้งสองจะเกิดในอัตราใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นกระบวนการเสื่อมสลายจะมีมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโต การเสื่อมสลายจะเริ่มชัดเจนเมื่อบุคคลมีอายุระหว่าง 40 – 50 ปี และจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชราเป็นผลให้เนื้อเยื่อ และอวัยวะภายในของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม(19) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นและเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และ จิตใจ สังคม รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

## 1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change)

การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้นทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ลดน้อยลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดอาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณเลือดจากหัวใจจะลดลงประมาณร้อยละ 40 ทำให้การไหลเวียนของเลือดในร่างกายมีการปรับตัวใหม่ จำนวนเลือดที่ไปสมองและหัวใจจะลดลงน้อยกว่าเลือดที่ไปเลี้ยงไตและตับทำให้อัตราการทำงานของหัวใจลดลงประมาณ 30% เพราะมีแคลเซียมและพังผืด (Calcium and Fibrosis) ไปเกาะเกิดความแข็งกระด้างของลิ้นหัวใจและหลอดเลือด โดยพบว่า ความต้านทานของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1 หลังจากเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะต้องบีบตัวสูงหรือทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงและมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

1.2 ระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อของปอด ทำให้ปริมาณออกซิเจนเข้าในร่างกายได้น้อย ระบบหายใจลดประสิทธิภาพลงประมาณร้อยละ 50 ผู้สูงอายุจึงหายใจถี่ขึ้น และเสียงมากขึ้นต่อการสำลักสิ่งต่าง ๆ เข้าทางเดินหายใจได้

1.3 ระบบไต หน้าที่ต่าง ๆ ของไตจะลดลงตามอายุ พบว่า เลือดไหลเวียนในไตจะลดลงไปโดยเฉลี่ยร้อยละ 55 จากอายุ 55 ปีไปถึง 80 ปี หรือประมาณร้อยละ 0.6 ต่อปีในวัยผู้ใหญ่ หน้าที่ไตในการทำให้น้ำปัสสาวะเข้มข้นจะลดลง รวมทั้งเสียความสามารถในการขับถ่ายเกลือจำนวนมาก ทำให้เกิดความเสียสมดุลของอิเลคโตรไลต์ได้ง่าย ขณะเดียวกัน เมื่อน้ำที่ของไตเสื่อมมากถึงระดับหนึ่ง จะมีผลในการเพิ่มระดับความดันเลือดด้วย

1.4 ระบบกล้ามเนื้อ การทำงานของกล้ามเนื้อจะลดลงตามอายุ พร้อม ๆ กับความแข็งแรงทางกายภาพของร่างกายขนาดของกล้ามเนื้อจะลดลงและเริ่มมีความเสี่ยงของข้อต่าง ๆ ทำให้มีอาการปวดข้อ อ่อนแรงและข้อแข็งได้ นอกจากนี้ เมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ระบบกล้ามเนื้อจะลดความเร็วในการนำสื่อคำสั่ง และการหดตัวของกล้ามเนื้อก็จะลดลงประมาณร้อยละ 10 เช่นกัน

1.5 ระบบประสาท การตอบสนองของระบบประสาทต่อสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมจะช้าลง รวมทั้งระบบรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ เช่น รส เฝื่อน สัมผัส ความร้อน ความเย็น การได้กลิ่น เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงต้องการความเข้มข้นของกลิ่นเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 11 เท่าของเด็ก ที่จะแยกสิ่งต่าง ๆ ออกจากกัน นำไปสู่ความเบื่ออาหาร และการไม่มีความสุขในการรับรสอาหาร นอกจากนั้นประสาทหู

และตา ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดและการรับฟังก็ไม่ชัดเจน เช่นเดียวกับความเร็วของการนำสื่อกระแสไฟฟ้าของเซลล์ระบบประสาทก็ลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ช้าและต้องใช้เวลามากขึ้นในการตัดสินใจ

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ในเลือดลดลงโดยเฉพาะฮอร์โมนเพศชาย เทสโทสเตอโรน (Testosterone Hormone) และฮอร์โมนเพศหญิงเอสโตรเจน (Estrogen Hormone) รวมทั้ง หน้าที่ของต่อมไทรอยด์และพาราไทรอยด์ก็ลดลง ที่สำคัญคือ ระดับความทนทานต่อน้ำตาลในเลือดจะเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุ พบว่า ในผู้ใหญ่จะมีการเพิ่มขึ้นของสารต่อต้านอินซูลินในเลือด และทำให้ประสิทธิภาพของระดับอินซูลินในเลือดลดลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

1.7 ระบบทางเดินอาหาร ต่อมรับรสอาหารสูญเสียหน้าที่เมื่ออายุกลางคนโดยเฉพาะ รสหวานและเค็มในขณะที่รสขมและเปรี้ยวยังปกติ ความแข็งแรงของฟันและเหงือกจะลดลง การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด กระบวนการย่อยในปากขาดคุณภาพ

1.8 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังจะเริ่มลดขนาดและหน้าที่ลงตามอายุ ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึงไม่ยืดหยุ่น ลักษณะแห้งและเหี่ยวย่น การขับเหงื่อและการแบ่งเซลล์เพื่อซ่อมแซมลดลง ศักยภาพการขยายตัวและหดตัวของหลอดเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้การปรับตัวต่อความร้อนหรือหนาวไม่ดีเท่าในคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจึงหนาวง่าย

1.9 ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มติดเชื้โรคต่าง ๆ ได้ง่าย

1.10 องค์ประกอบของร่างกาย พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของไขมันในร่างกาย ในขณะที่ น้ำหนักตัวลดลงหรือเท่าเดิมในผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงว่า ศักยภาพในการเคลื่อนย้ายไขมันลดลง ส่วนความหนาแน่นของกระดูกจะเริ่มลดลงในช่วงท้ายชีวิตหลังอายุ 40 ปีในผู้หญิง และอายุ 50 ปีในผู้ชาย โดยเฉพาะในผู้หญิงที่ปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนเริ่มลดลง ทำให้สูญเสียเนื้อกระดูกถึงร้อยละ 8 ต่อ 10 ปี ส่วนผู้ชายสูญเสียน้อยกว่า คือ ร้อยละ 3 ต่อ 10 ปี

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Change)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุจะมีสภาพทางอารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงไปด้วย การมองรูปลักษณะของตนเองและมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม โดยอัตโนมัติ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่องที่ผู้สูงอายุจะปรับและรับเข้าเป็น

การแสดงออกของตนเอง แต่ลักษณะการแสดงออกจะเป็นไปในรูปใดขึ้นอยู่กับลักษณะพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา การศึกษาและบุคลิกภาพเฉพาะตน การเสื่อมสมรรถภาพทางกายมักทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อประกอบกับการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงานบทบาทในสังคมด้วยแล้ว ผู้สูงอายุจึงมีอาการกังวล ใจน้อย เกิดอารมณ์หงา และกระทบกระเทือนใจได้ง่าย ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย(20)

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิต ต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมและขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตร ธิดามักจะมีครอบครัวกันแล้ว และโดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านกาทำให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว่าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย นอกจากนั้นเหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรมโดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมนับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

#### *การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ*

โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุก็มีอารมณ์ต่าง ๆ ทุกประเภทเยี่ยงบุคคลในวัยอื่น ๆ อารมณ์บางลักษณะของผู้สูงอายุอาจเกิดได้มากกว่าวัยอื่นได้ดังนี้

1) อารมณ์เหงาและว้าเหว่ เป็นอารมณ์ที่มักเกิดร่วมกัน อารมณ์เหงาเกิดกับคนวัยสูงอายุได้ง่าย มีการศึกษาที่อธิบายว่าคนวัยสูงอายุเหงามากกว่าคนอื่น ๆ ถ้าหากไม่รู้จักระบายกับชีวิตของตน ทั้งนี้เพราะมีเวลาว่างจากอาชีพและภารกิจต่าง ๆ มากกว่าคนอื่นต่าง ๆ ได้ประสบการณ์พลัดพรากจากกันไปของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและผู้ที่ตนรัก รวมทั้งสิ่งของ สัตว์เลี้ยง และอื่น ๆ หลายครั้งหลายคราตลอดเวลายาวนาน บุคคลและสิ่งเหล่านี้ อาจมีความผูกพันทางใจกับผู้สูงอายุมากเป็นพิเศษ ยากจะหาผู้ใดหรือสิ่งอื่นใดมาทดแทนได้ดีเหมือนเดิม(21)

ยังไม่มีคำอธิบายลักษณะอารมณ์เหงาให้ชัดเจนได้เพราะเป็นอารมณ์เกี่ยวข้องกับอารมณ์หลายชนิดรวม ๆ กัน เช่น ความเครียด ความรู้สึกที่ไม่มีใครเข้าใจ สนใจ เอาใจใส่ ถูกทอดทิ้งจากบุคคลใกล้ชิด ความรู้สึกที่ตัวคนเดียว โดดเดี่ยวไร้ค่า

สาเหตุของอารมณ์เหงาที่เกิดกับคนสูงอายุ นักจิตวิทยาสาขาสุขภาพจิตวิทยาการศึกษาระบุว่า อารมณ์เหงาในวัยสูงอายุจะมีอารมณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย และมักติดตามด้วยผลกระทบทางกายใจหลายประการที่เป็นไปทางลบ อาทิเช่น ซึมเศร้า เบื่ออาหาร เกิดโรคภัยไข้เจ็บ หลง ๆ ลืม ๆ นอนไม่หลับ เจ็บปวดตามที่ต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่เหงาจะมีสุขภาพทรุดโทรม และอาจทำให้เป็นโรคจิตโรคประสาท หรือฆ่าตัวตายได้ ผู้สูงอายุมักเหงามากกว่าผู้ใหญ่วัยอื่น ๆ เพราะสาเหตุหลายประการ เช่น

1.1) สุขภาพโดยทั่วไปเริ่มไม่ดี ไม่มีใครให้คำตบที่ชัดเจนได้ว่าสุขภาพไม่ดีทำให้เกิดอารมณ์เหงา หรืออารมณ์เหงาทำให้สุขภาพไม่ดี ผู้สูงอายุหลายคนได้รับการตรวจสภาพร่างกายอย่างละเอียดแล้วไม่พบความผิดปกติทางกายเลยก็มี

1.2) ขาดกิจกรรมที่ตนชอบ ผู้สูงอายุหลายคนที่มีปัญหาทางสุขภาพตลอดเวลา แต่เมื่อได้ทำกิจกรรมที่ตนชอบเข้าร่วมกลุ่มกับคนที่ตนพอใจ อาการป่วยและอาการเหงากลับหายไปราวปลิดทิ้ง

1.3) สายตาไม่ดี สายตาเป็นอวัยวะที่สำคัญมาก กิจกรรมหลาย ๆ อย่างต้องใช้สายตา แม้พะวงกำลังวังชาจะถดถอยไป การเคลื่อนไหวทำได้น้อยและช้า ถ้าสายตายังดีอยู่ก็สามารถหากิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้คลายความเหงาได้มาก อาทิ อ่านหนังสือ ดูทีวี วิดีโอ วาดรูป

1.4) หูไม่ดี หูไม่ดีเกิดขึ้นได้ง่ายในวัยสูงอายุ หูไม่ดีกระทบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุต้องปลีกตัวอยู่ตามลำพังมากขึ้น หรือมีความระแวงว่าคนอื่นนินทาว่าร้ายตน จึงทำให้รู้สึกเหงาได้ง่าย

1.5) ต้องขังตัวเองอยู่แต่ในบ้าน การต้องแสร้งอยู่แต่ในบ้านตลอดเวลา โดยสาเหตุใด ๆ ก็ตามจะทำให้เกิดอารมณ์นี้ได้มาก จะแก้ไขได้โดยมีโอกาสเดินทาง เคลื่อนไหว ทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้รู้สึกว่าตนมีส่วนร่วม กับสังคม และสังคมเป็นส่วนหนึ่งของตน

1.6) สูญเสียเพื่อนและญาติสนิท คู่ครอง บุตร สัตว์ เลี้ยง งานที่ตนรัก ฯลฯ การสูญเสียสิ่งเหล่านี้ตามมาพร้อม ๆ กับการขาดกิจกรรมทางสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ ๆ ซึ่งคนต้องปรับตัวยังไม่เข้ารูปเข้ารอย

การปรับตัวต่ออารมณ์เหงา อารมณ์เหงาเป็นอารมณ์ประจำวัยที่เกิดขึ้นได้มากและบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบัน ได้มีการศึกษาเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้แนวคิดเดิม ๆ ที่ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วจะต้องมีอารมณ์ประเภทนี้เกิดขึ้น จึงเริ่มลดลงเพราะพบว่ามีผู้สูงอายุที่ปรับตัวดี มีกายใจกระฉับกระเฉง ตื่นตัว สามารถปรับตัวด้านอารมณ์เหงาได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีปรับตัวมีมากมายหลายวิธีขึ้นอยู่กับปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ผู้สูงอายุนานับการ คงไม่มีสูตรสำเร็จที่ใช้ได้สำหรับทุก ๆ คนที่เคยเหงาและว่าเหวตั้งแต่วัยเด็กและวัยหนุ่มสาวมีแนวโน้มจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความเหงาและว่าเหวต่อเนื่องมา การปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องนี้มีดังนี้

ก. ก่อนถึงวัยสูงอายุควรวางแผนหาเพื่อนร่วมกลุ่ม ร่วมความสนใจไว้สำหรับอนาคต จะได้ไม่มีปัญหาขาดเพื่อน หรือขาดกลุ่มเมื่อยามสูงวัย เพื่อดึงกล่าวอาจเป็นเพื่อนที่เป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติอาจเป็นเพื่อนร่วมวัยหรือ/และต่างวัย

ข. พยายามทำให้ตนเองรู้สึก ว่า ตัวเราเป็นผู้กำหนดโชคชะตาของเรา ในขณะเดียวกันก็สร้างทางเลือกให้แก่ชีวิตในแง่มุมต่าง ๆ หลายทางเลือก ความรู้สึกที่ชีวิตมีทางเลือกอย่างมีเป้าหมาย ความมั่นใจ ชั่วญ กาลังใจ และนำไปสู่ความรู้สึกเหงา เนื่องจากกลัวว่าผู้ที่กำหนดชะตาชีวิตของตนต้องพลัดพราก สูญเสีย จากไปด้วยเหตุต่าง ๆ จะทอดทิ้งหรือไม่ให้ความสำคัญแก่ตนอีกต่อไป

ค. มีงานอดิเรกที่ตนพอออกพอใจ งานอดิเรกทำให้บุคคลมีความรู้สึกเพลิดเพลิน ชีวิตมีความหมาย เห็นคุณค่าของการดำรงชีวิต มีเพื่อน มีสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเอง งานอดิเรก ต่าง ๆ อาทิเช่น วาดรูป งานปั้น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำกับข้าว ฯลฯ ต้องเป็นงานที่ทำให้ตนเองมีความรู้สึกว่ามีสิ่งที่ยึดเหนี่ยว เพื่อไม่ให้จิตใจเลื่อนลอยอ้างว้าง

ง. พัฒนาตนเองให้มีส่วนร่วมในกลุ่ม จะได้มีความรู้สึกที่ตนมีส่วนร่วมกับสังคม และสังคมเป็นส่วนของตน ควรมีกลุ่มหลายกลุ่ม กลุ่มกิจกรรมทางศาสนามีความหมายมาก เพราะทำให้รู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจและมีชีวิตดี เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตต่าง ๆ เช่น การตาย การเจ็บป่วยหนัก มีการศึกษามากมายที่เสนอผลการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่มกิจกรรมทางศาสนา มักมีความว่าเหวน้อยกว่าผู้ไม่มีกลุ่มศาสนาใดเป็นที่ยึดเหนี่ยว(16,18-19)

จ. ควรรักษาสุขภาพทางกายใจให้แข็งแรง เพราะสุขภาพเป็นตัวหลักที่จะทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดอารมณ์เหงา

2) อารมณ์เศร้าโศกจากการพลัดพราก อารมณ์เศร้าโศก (grief) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้มากนับตั้งแต่วัยกลางคนเรื่อยมาจนถึงวัยสูงอายุ อารมณ์เศร้าโศกที่เกิดจากการพลัดพราก (Bereavement) เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงชีวิตแต่เชื่อกันว่าปรากฏบ่อยมากในผู้สูงอายุ เพราะการตายจากของบุคคลที่รักโดยไม่หวนกลับมาเป็นเป็นการพลัดพรากและความโศกเศร้าที่เป็นปรากฏการณ์เฉพาะสำหรับคนวัยสูงอายุซึ่งมีผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจและพฤติกรรมผู้สูงอายุ และผิดแผกจากบุคคลวัยอื่น ๆ เป็นความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานใจ ความคิดและอารมณ์ทางลบต่าง ๆ เช่น เหมา เลื่อนลอย หลง ๆ ลืม ๆ หรือแม้แต่ความเจ็บปวดทางกายของผู้สูงอายุก็เกิดจากความเศร้าโศกชนิดนี้ซึ่งอาจซ่อนอยู่ในจิตใจได้สำนึกกลายเป็นความโศกแผลง สำหรับบางคนอารมณ์ชนิดนี้ดำรงอยู่เป็นเวลายาวนานหลายปี อาจยืดยาวไม่สร่างหายจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิตบุคคลผู้นั้น ในบางกรณีหากผู้ที่จากไปเป็นผู้ที่สูงอายุมีความผูกพันทางความคิด อารมณ์ จิตใจอย่างมาก เขาอาจตายตามไปในเวลาไม่ช้า ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นความรู้สึกที่ไม่หยุดกับที่ มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอนตามลำดับ(17) ดังนี้

ขั้นที่ 1 งง ทำอะไรไม่ถูก เมื่อรู้ข่าวการตาย

ขั้นที่ 2 ซ็อก ไม่เชื่อ สับสนขั้นนี้เกิดขึ้นกระชั้นกับขั้นที่ 1 และมักติดตามด้วยการร้องไห้ การกล่าวโทษใครบางคนที่ทำให้ผู้ที่ตนรักต้องตาย การรำพึงถึงความผูกพันกับผู้ตายในอดีต

ขั้นที่ 3 เกิดหลังจากจัดการกับงานศพแล้ว อาจยาวไปจนถึงประมาณ 1 ปี (ขั้นนี้อาจไม่เกิดกับทุกคน) ผู้ทุกข์โศกเริ่มมีอาการซึมเศร้า จัดการกับชีวิตไม่ได้ ไม่สนใจอนาคต เบื่ออาหาร อาจมีอาการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ อาจคิดฟุ้งซ่านว่าตนเป็นผู้ทำให้คนที่รักต้องตายทำให้เกิดรู้สึกผิด ระวังนี้ถ้าทำใจไม่ได้ อาจเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงถึงตายได้ เป็นระยะที่เพื่อนฝูง พี่น้อง คู่สมรส ต้องให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย

ขั้นที่ 4 ระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่เริ่มปลงตก สามารถทำใจยอมรับการตาย สามารถพูดถึงคนที่จากไปโดยไม่ขมขื่นอาลัยอาวรณ์มากนัก

ขั้นที่ 1-4 กินเวลาประมาณไม่เกิน 2 ปี ผู้ที่ผ่านขั้นที่ 4 ได้ จะเริ่มสนใจกับสังคมชีวิต และกิจกรรมต่าง ๆ ความรู้สึกผูกพันกับผู้คนที่ตายจากไปจะจางลง ความรู้สึกโศกเศร้าหรือขั้นตอนของความโศกเศร้านั้นเกิดขึ้นในระดับ ปริมาณ และระยะเวลาที่ต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ แต่โดยทั่วไปแล้วภาวะโศกเศร้าของคนจะกินเวลาประมาณไม่เกิน 2 ปี ก่อนที่บุคคลจะตั้งต้นชีวิตโดยผ่านคลายความอาลัยอาวรณ์ เชื่อกันว่าขั้นตอนของความโศกเศร้านี้เป็นขั้นตอนที่ค่อนข้างเป็นสากลในทุกวัฒนธรรม การไว้ทุกข์และการแต่งกายไว้ทุกข์เป็นพิธีการแสดงความอาลัยรักผู้ตายอย่างที่จะจงจะให้ตนและผู้อื่นรับรู้ได้เห็นชัดแจ้ง ซึ่งแตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม เชื่อกันว่าการไว้ทุกข์เป็นกระบวนการเพื่อผ่อนคลายความเศร้าโศกอย่างหนึ่ง

### 3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social Change)

การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เป็นอีกด้านหนึ่ง ที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เกิดความเข้าใจ และยอมรับในการเปลี่ยนแปลงนั้น ผู้สูงอายุต้องลดบทบาทลงในบางบทบาท หรือหากิจกรรมอื่นที่เหมาะสมกับตนเองแทน แต่ก็ต้องขึ้นกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ความต้องการของบุตรหลาน ความจำเป็นด้านค่าครองชีพ รวมไปถึงค่านิยมในสังคมนั้น ๆ การปลดเกษียณก็เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งทางสังคมที่ผู้สูงอายุต้องพ้นจากตำแหน่งหน้าที่ ซึ่งจะมีผลต่อรายได้จากการทำงานด้วยชีวิตก็จะอยู่ในวงที่แคบลงกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุเหมือนถูกลดบทบาท และลดความสัมพันธ์ทางสังคมลงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำก็จะน้อยและช้าลง บทบาทในครอบครัวก็เปลี่ยนจากผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นผู้อาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงมีบทบาทพื้นฐานในหลาย ๆ ด้านอยู่ เช่น การเป็นประชาชน สมาชิกของสังคม เพื่อนบ้าน และสมาชิกของครอบครัว รวมทั้งบทบาทอื่น ๆ ที่เขาจะมีอีกมากมาย บทบาทเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนยังมีสิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบเช่นเดียวกับบุคคลอื่น แม้ว่าบางบทบาทจะลดความสำคัญลงไป ซึ่งบางครั้งก็ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไร้ประโยชน์ โดดเดี่ยวและเหงาด้วยเหมือนกัน นอกจากนี้ ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ ยังมีผลต่อเนื่องไปถึงเรื่องรายได้ตามที่กล่าวมาแล้ว การขาดรายได้หรือรายได้ลดลง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงของรายได้ก่อให้เกิดความกดดันและปัญหาสุขภาพ ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุบางคนอาจใช้ชีวิตในบ้านมากขึ้น ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้สูงอายุบางคนอาจเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เคยตื่นเต้นโลดโผน เป็นการดำเนินชีวิตที่สงบราบเรียบตามวัย ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวที่เคยอยู่กันในลักษณะครอบครัวใหญ่ ผู้สูงอายุเคยเป็นบุคคลที่คนในครอบครัวให้ความเคารพมากที่สุด แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนไปแม้ไม่มากนัก แต่ผู้สูงอายุก็ต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดและแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไปด้วย

### 4. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (Behavior Change)

การเปลี่ยนแปลงของควมมีอายุ เป็นต้นเหตุของความเครียดในชีวิตคน การปรับตัว (Adaptation) จึงเป็นกลไกของร่างกายและจิตใจอย่างหนึ่งที่มีขึ้น เพื่อลดความเครียด เป็นความพยายามที่จะคงสภาพร่างกาย และจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลย์ในขณะที่มีความเครียดเกิดขึ้น

การปรับตัวดังกล่าว ทำให้คนมีพฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอบโต้เหตุการณ์ในลักษณะต่าง ๆ บางคนปฏิเสธ แต่บางคนก็ยอมรับได้ กล่าวคือ



ประเภทที่ 1 ผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพความมีอายุ จะมีการปรับตัวแบบยอมรับ ผู้สูงอายุประเภทนี้ยังคงความเป็นตัวของตัวเองและคงความสามารถของตนเองได้ดี มีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าของชีวิต มีการประพฤติปฏิบัติโดยสอดคล้องตามวัยของตนด้วยความพอใจ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้อง จำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ

(1) กลุ่มที่มีความเป็นอยู่อย่างสงบ สามารถอยู่ได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว มีความสุขกับชีวิตที่ตนปลายด้วยตนเอง

(2) กลุ่มที่มีความสนใจกิจกรรมทางสังคม และเลือกเข้ากิจกรรมที่ตนสนใจ โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน

(3) กลุ่มที่มุ่งทำตนเป็นประโยชน์ต่อสังคมตามที่พึงจะกระทำได้ คนกลุ่มนี้จะชอบกิจกรรมที่มีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร และชมรมต่าง ๆ เป็นต้น

ประเภทที่ 2 ผู้สูงอายุที่ชอบต่อสู้และมีพลังใจสูง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความกระฉับกระเฉงคล่องตัว ใจสู้ไม่ยอมแพ้กับชีวิตและวัย แต่กลับมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ ๆ ขึ้น มองเห็นประโยชน์ที่พึงให้แก่สังคมและอนาคต สามารถทำงานได้ประสพผลสำเร็จดังที่คิด ดังนั้น ผู้สูงอายุประเภทนี้ วัยจึงไม่ใช่อุปสรรคต่อการทำงานและการใช้สติปัญญา

ประเภทที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่น เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมถดถอยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรม สิ้นหวังและท้อแท้ต่อชีวิต ต้องการความสนใจและเอาใจใส่จากครอบครัวมากกว่าปกติ เป็นลักษณะที่คิดว่าแก่แล้วทำอะไรไม่ได้ ลูกหลานต้องดูแล ผู้สูงอายุประเภทนี้จะพบได้ในคน 4 จำพวก คือ

(1) ร่ำรวยมาก ลูกหลานเอาใจใส่ประคบประหงมจนเคยตัว

(2) ผู้ที่เคยทำงานหนักมาก่อน เมื่อลูกหลานมีฐานะดีก็ให้ความคุ้มค่าดูแล และคอยสนองอย่างสม่ำเสมอ จนทำให้เกิดความสำคัญตนเองมากกว่าปกติ

(3) พวกเคร่งขรึมเนียมและวัฒนธรรม โดยถือว่าผู้สูงอายุคือคนที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

(4) พวกสิ้นหวังในชีวิต ทำงานหนักแต่ไม่ได้ผล เมื่อเริ่มมีอายุก็หยุดทำงาน

ประเภทที่ 4 ผู้สูงอายุที่สิ้นหวังในชีวิตจะพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริง พยายามหลีกเลี่ยงหนีชีวิต เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ บางรายท้อแท้มากอาจถึงทำอัตวินิบาตกรรมเมื่อสูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านดังกล่าว มีผลให้เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ผู้สูงอายุมักถูกมองว่าเป็นผู้ป่วย เป็นผู้มีสมรรถภาพทางกายลดลงต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในทุก ๆ เรื่อง แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือ และพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ต้องรู้จักสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อจะได้หาทางแก้ไขได้ทันที่ เพราะถ้ามีแต่รอผู้อื่นอาจไม่ทันการณ์ และเกิดผลเสียหายจนยากจะแก้ไขได้ในภายหลัง

### ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ โดยที่สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีหลายประการ ดังเช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามอายุทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยได้ง่าย โดยโรคที่เป็นมักจะเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษานาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน กลัวการรักษา บางครั้งก็ไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา ปัญหาดังกล่าวย่อมมีผลต่อการรักษาอย่างมาก ซึ่งสาเหตุของการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษานั้น มาจาก

1. การที่ผู้สูงอายุมองเห็นความเจ็บป่วยเป็นเรื่องคู่กับความมีอายุ จึงไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาเท่านั้น

2. การกลัวโรงพยาบาล ในส่วนนี้มักเกิดจากการกลัวความตาย หลังรับรู้การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคใด

3. ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่า ตนอ่อนแอ จนทำให้เกิดการขาดความยอมรับในวงสังคมทั่วไป และกลัวสังคมจะทอดทิ้ง

4. การเพิกเฉยของผู้ดูแล ได้แก่ ลูกหลานญาติพี่น้องที่ขาดความสนใจในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุหรือไม่ก็ตามใจผู้สูงอายุ เห็นคล้ายไปกับการคิดของผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องรักษา จนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังตามมา

ส่วนสาเหตุทั่วไปของการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ ไม่เข้าใจถึงการที่จะดูแลสุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้อง ภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ขาดความระมัดระวังหรือเพิกเฉยต่อสุขภาพของตน สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมไปถึงสภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่มีผลต่อสุขภาพอย่างมากเช่นกัน ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ จึงเป็นปัญหาพื้นฐานการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น และถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาทางเศรษฐกิจด้วยแล้วก็จะยิ่งซ้ำเติมปัญหาสุขภาพให้รุนแรงยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ยังได้สรุปปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุไว้ 3 ประการ คือ

- (1) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ อากาศเป็นพิษ สารเคมี อาหารเป็นพิษ อุบัติเหตุ
- (2) พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น
- (3) โภชนาการ

### แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

ตามหนังสือที่ สธ.0216/0203/ว 864 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2532 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด โดยมีแนวทางให้แต่ละจังหวัดดำเนินการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และร่วมกันแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล สำหรับชมรมผู้สูงอายุไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ถ้าหากต้องการมีฐานะเป็นนิติบุคคล ต้องจดทะเบียนต่อทางราชการเป็นสมาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชมรมเป็นจุดรวมในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้(23) คือ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินการรวมกลุ่ม หรือจัดตั้งชมรมโดยภาครัฐช่วยเหลือสนับสนุน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสดำเนินการในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรม
4. เพื่อร่วมกันแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ การพัฒนาตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และการถ่ายทอดความรู้ด้านวัฒนธรรมแก่คนรุ่นหลัง
5. เพื่อให้มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องร่วมกันในสถานที่ ที่จัดตั้งชมรม หรือที่จัดกิจกรรม และให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

### ชมรมผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพ

ชมรมผู้สูงอายุมีภารกิจหลักคือ การส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา โดยด้านร่างกายให้มีร่างกายแข็งแรง ได้รับอาหารดี มีสิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีเศรษฐกิจพอเพียง ในด้านจิตวิญญาณ ในด้านสังคมมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีสันติภาพ มีความเป็นประชาคมเพื่อสังคมดี เศรษฐกิจดี การเมืองดี และให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง มีทักษะชีวิตมีอิสรภาพ มีโลกทรรศน์ ชีวทรรศน์ถูกต้อง

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น สิ่งสำคัญอันดับแรกที่ชมรมต้องดำเนินการ คือ การสร้างคุณค่าและจิตสำนึกแห่งความดีให้แก่สมาชิกชมรม โดยการใช้หลักพุทธศาสนาให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสศึกษาหลักธรรมคำสอนต่าง ๆ อาจจะเป็นคู่มือการศึกษาด้วยตนเอง หรือเชิญผู้มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ๆ มาเล่าให้ฟัง

อันดับต่อมา ชมรมผู้สูงอายุจะต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้นี้ นอกจากจะรู้ข้อมูลทางวิชาการจากคู่มือ จากการฟังผู้มีความรู้สนทนาแล้ว ยังจะต้องมีการลงมือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กันอย่างสม่ำเสมอด้วย จึงจะเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างแท้จริง(17) พฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ(25) คือ 1) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด และทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างเป็นปกติสุข 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องจะช่วยให้สุขภาพดี โดยผู้สูงอายุจะต้องรับประทานอาหารแต่พอประมาณ ไม่มาก ไม่น้อย ได้สัดส่วน ครบถ้วน สะอาด บริโภคผัก และผลไม้ให้มาก ซึ่งชมรมผู้สูงอายุอาจจัดกิจกรรมรับประทานอาหารสุขภาพร่วมกันในหมู่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ และนำไปปฏิบัติที่บ้านของตน 3) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ การเสพยา การมีพฤติกรรมทางเพศสำส่อนและพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ และภัยอันตราย 4) สร้างทักษะชีวิตในการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ และมีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ 5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกาย ทางชีวภาพ และทางสังคมให้เกิดความร่มเย็น สะอาด ปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัย และมีความเอื้ออาทรต่อกัน และ 6) มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุสามารถช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ได้ ทั้งการเล่น การทำงานร่วมกัน การเรียนรู้ร่วมกัน การศาสนา และการรวมกลุ่มให้ผู้สูงอายุเจริญความเมตตา หรือสัมผัสธรรมชาติที่ทำให้ผู้สูงอายุลดความมีตัวตน เข้าถึงความดี ทำให้มีความสุขทางจิตวิญญาณ ทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น

ชมรมผู้สูงอายุจะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไปได้ดีก็ต่อเมื่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และชุมชน มีความตระหนักถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี มีจิตสำนึกเรื่องสุขภาพเห็นความสำคัญ และคิดว่าสุขภาพคือ คุณภาพชีวิต ถ้าต้องการให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุข ก็จะต้องมีการรักษา และส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพดีไม่สามารถหยิบยื่นให้กันได้ นอกจากจะต้องปฏิบัติเอง เมื่อผู้สูงอายุมีความตระหนักและดูแลรักษาสุขภาพของตน ครอบครัวก็เป็นครอบครัวสุขภาพ ชุมชนก็เป็นชุมชนสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุก็เป็นชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผลก็คือผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และมีการเรียนรู้ที่ดีในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

ชมรมผู้สูงอายุที่สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ตัวผู้สูงอายุเองจะต้องมีความตระหนักถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี และรู้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีผลต่อการจะต้องพึ่งพิงบุตรหลาน ขาดความเป็นอิสระในชีวิตของตน เมื่อผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพแล้ว และมองเห็นปัญหาในอนาคตก็มารวมตัวกัน พุดคุยเพื่อหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการรวมตัวโดยธรรมชาติ ไม่มีใครกะเกณฑ์ให้รวมตัว เกิดเป็นชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น เมื่อพุดคุยกันบ่อย ๆ ก็จะมีคนตามธรรมชาติขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในอดีตพบว่า ผู้นำชมรมผู้สูงอายุมักจะเป็นคนที่สมาชิกเห็นว่าเป็นคนดีมีความเสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต มีประสบการณ์ในการทำงาน ต่อจากนั้นจะมีการมองปัญหาร่วมกัน และหาทางแก้ปัญหา โดยการตั้งเป้าหมายของชมรมขึ้นและมีการแบ่งหน้าที่กันตามความเหมาะสม การรวมกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ อาจจะไม่ต้องเก็บเงินค่าสมาชิกชมรมก็ได้ ถ้ากิจกรรมนั้นเป็นการปฏิบัติร่วมกัน แต่แต่ละคนอาจจะนำสิ่งของมาจากบ้านของตนเองก็ได้ ยิ่งถ้าเป็นการออกกำลังกาย ทำสมาธิ ก็ไม่ต้องใช้งบประมาณแต่อย่างใด ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดการรบกวนสมาชิก เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนอาจมีปัญหาเรื่องค่าครองชีพ จะทำให้ไม่สามารถเข้ามาร่วมกิจกรรมของชมรมได้ การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะมาช่วยถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นในหมู่ผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ การตรวจสุขภาพตนเองเบื้องต้น เป็นต้น และการสนับสนุนส่งเสริมจากองค์กรอื่น ๆ ที่ให้กำลังใจ หรือสนับสนุนด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวผู้สูงอายุเอง และคนในชุมชนก็มีความสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมของชมรม

การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีขนาดไม่ใหญ่โตจนยากที่จะบริหารจัดการ และทำให้สมาชิกขาดโอกาสที่จะรู้จักหรือพุดคุยกันได้อย่างถ้วนหน้า ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่มาก ควรแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ โดยมีแกนนำประจำกลุ่ม เพื่อนำสมาชิกทำกิจกรรมร่วมกันได้ง่าย และส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุนั้น มีควรรให้อายุเป็นตัวกำหนดลักษณะของชมรมว่าสมาชิกจะต้องเป็นผู้สูงอายุเท่านั้น สมาชิกอาจมีได้หลากหลายวัยไม่ควรจำกัดอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การที่ผู้สูงอายุจะยังคงเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรม อย่างต่อเนื่องหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับภาระงานของชมรมเอง ดังนั้น ชมรมจะต้องสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างน่าสนใจ มีประสิทธิภาพที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมแล้วทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเป็นสุขใจ จากคำชมเชย ชื่นชม และได้รับการยอมรับจากครอบครัว ชุมชน และมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี สมดังวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมพิเศษที่จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำในสิ่งที่แตกต่างออกไป จากชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น รอคอย มีความหวัง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับจิตใจ ของผู้สูงอายุ และย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดี มีชีวิตที่ยืนยาวได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล(10) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การมีชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพบว่า การมีชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงดีกว่าการไม่มีชมรมผู้สูงอายุ และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การมี ชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้าน ยกเว้น ด้านการจัดการกับ ความเครียด ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน

### ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้ก่อตั้งขึ้นจากคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล อภัยภูเบศร โยนายแพทย์เดชา ศรีสนธิ พร้อมด้วยคณะนายแพทย์ของโรงพยาบาล มีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ เริ่มจัดประชุมครั้งแรกวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2536 โดยในขณะนี้มีสมาชิก รวมทั้งสิ้น 650 คน เป็นสมาชิกเพศชาย 190 คน และสมาชิกเพศหญิง 460 คน

ชมรมฯ อยู่ในความช่วยเหลือดูแลและได้รับการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มา โดยตลอดจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอภัยภูเบศร และชมรมได้เป็นเครือข่ายของสภา ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยด้วย

### วิสัยทัศน์

ถักทอเพื่อนร่วมวัย  
มีทุกซอกคอยตัดตอน

ร้อยดวงใจเคื้ออาทร  
ช่วยเติมสุขให้ครบครัน

### การสมัครสมาชิก

รับสมัครผู้สูงอายุในเขตตำบลท่างาม ตำบลรอบเมือง ตำบลหน้าเมือง ตำบลบางเดชะ ตำบลดงพระราม ตำบลบ้านพระ และตำบลวัดโบสถ์ มีสุขภาพแข็งแรงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ สม่่าเสมอ

## กิจกรรมของชมรม

1. บริการตรวจโรคและบริการเวชภัณฑ์แก่ผู้สูงอายุ และสมาชิกชมรมทุกวันจันทร์ เวลา 8.30-12.00 น. ณ. คลินิกผู้สูงอายุ
2. ประชุมทุกวันจันทร์ที่ 2 ของเดือน เพื่อแจ้งข่าวสารแก่สมาชิก
3. บรรยายความรู้ด้านสุขภาพอนามัย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค
4. กิจกรรมการบริหารร่างกาย
5. กิจกรรมทางศาสนา
6. กิจกรรมฟื้นฟู ส่งเสริม อนุรักษ์ประเพณีวัฒนธรรมไทย เช่น การเล่นพื้นบ้าน เพลงพื้นบ้าน ส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน
7. กิจกรรมไต่वाที่ ยอวาที่ อภิปรายในญัตติต่าง ๆ
8. กิจกรรมทัศนศึกษาสถานที่ต่าง ๆ ทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัดตามความเหมาะสม
9. กิจกรรมตรวจสุขภาพร่างกายสมาชิกประจำปี ในเดือนเมษายนของทุกปี
10. กิจกรรมอาสาสมัครช่วยงานประชมสัมพันธ์ ช่วยเหลือผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยในการทำบัตรผู้ป่วยทุกวันจันทร์ ๆ ละ 2 ท่าน
11. กิจกรรมงานวันโรงพยาบาลहरखा โดยนำอาหาร ขนมไทย ผักพืชปลอดสารพิษ พืชสมุนไพร มาเผยแพร่ซึ่งเป็นรายได้เสริม
12. กิจกรรมการสงเคราะห์จัดการศพสมาชิก

## ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 1. สุขภาพ (Health)

องค์การอนามัยโลก(26) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายสังคม และจิตใจประกอบกันไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น

Pender (5) ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ว่าเป็นความเข้าใจศักยภาพของตนที่มีอยู่เดิม และที่เกิดขึ้นมาภายหลังของมนุษย์ ที่มีต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การตัดสินใจเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่ต้องการคงไว้ และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี

พฤติกรรม ตามความหมายพจนานุกรม(27) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

Twaddle(28) ให้ความหมายพฤติกรรมว่า เป็นปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต

พฤติกรรมของมนุษย์(28) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิริยาภายในตัวบุคคล ที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ มีทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และนามธรรม เช่น ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อและค่านิยม พฤติกรรมภายในสามารถวัดโดยใช้เครื่องมือบางอย่าง ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น การยืน นั่ง เดิน การขับรถ ฯลฯ

## 2. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

จากกฎบัตรออกตาวาให้ความหมาย “การส่งเสริมสุขภาพ” ว่า หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อช่วยให้สุขภาพดีขึ้น การมีส่วนร่วมมีความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวกำหนดสุขภาพคือ ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งส่วนบุคคล, สังคม, เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) ของปัจเจกบุคคล หรือประชากร ขยายความได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพมีหลากหลายและต่างมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยพื้นฐานแล้ว การส่งเสริมสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม และการชี้แนะเพื่อมุ่งไปสู่การปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพทั้งหมด เท่าที่มีศักยภาพจะเปลี่ยนแปลงได้ ไม่เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล เช่น พฤติกรรมสุขภาพ และครองชีวิต เท่านั้น หากหมายรวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น รายได้ และสถานภาพทางสังคม, การศึกษา การจ้างงานและสภาวะต่าง ๆ ในการทำงาน, การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมในภาพรวมปัจจัยเหล่านี้จะเสริมสร้าง สภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ

## 3. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด



พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมกำบังกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อกองไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นกำบังแสดงศักยภาพของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ คือ Harries and Guten(11,30) ซึ่งเป็นกำบังให้ความหมายที่รวมทั้งกำบังกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมกำบังกันโรค (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมกำบังกันโรค (Health Protecting Behaviors) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อกองระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคลครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมกำบังกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

สำหรับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในอีกทัศนะหนึ่ง ซึ่งพัฒนามาจากความหมายที่กว้างขวางขึ้นของคำว่า “สุขภาพ” ซึ่งมีใช้หมายถึงเพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก “สุขภาพ” ยังหมายถึงกำบังที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การส่งเสริมสุขภาพในแนวทางที่จะตอบสนองกำบังดำรงชีวิตที่มีความสุขจะมุ่งเน้นไปที่ “กำบังปรับปรุงมาตรฐานกำบังดำเนินชีวิต” (Improvement of living standards) ในแนวทางนี้ จะให้ความสำคัญของกำบังระดับมาตรฐานชีวิตของบุคคล มิได้มุ่งเฉพาะกำบังที่จะทำให้บุคคลปราศจากโรค การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางนี้ มุ่งที่จะพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดี สุข มีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มีอาหารเพียงพอ มีรายได้ และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความยุติธรรมในสังคม และมีความเสมอภาค ซึ่งกระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพในแนวทางนี้ จึงมุ่งไปที่กำบังจัดการทางสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ และกลวิธีที่ต้องมีการบูรณาการจากแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่ประกอบกันเป็นโครงสร้างทางสังคมทั้งระบบ

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นทั้งความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ให้เป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัย ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่จะมุ่งยกระดับมาตรฐานกำบังดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคมโดยส่วนรวม ซึ่งเป็นกำบังหวังผลในระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกกันว่า “กำบังมีคุณภาพชีวิต” ที่แท้จริง

กล่าวโดยสรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กำบังปฏิบัติกำบังดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีพบกับความสุข และบรรลุความต้องกำบังสูงสุดของชีวิต ดังนั้นกำบังกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ก็จะเป็นกำบังส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

#### 4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ(11) เป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพ 5 ข้อ คือ

(1) อาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทที่ย่อยง่าย จำนวนหรือขนาดที่รับประทานควรเป็นมื้อละน้อย ๆ วันละประมาณ 4 มื้อ

(2) อารมณ์ พึงระมัดระวังการเกิดอารมณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอารมณ์ โกรธหรือ หงุดหงิดเป็นที่สุดเพราะในภาวะโกรธนั้นกล้ามเนื้อจะเกร็ง หลังจากที่ถูกกล้ามเนื้อเกร็งบ่อย ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเหี่ยวได้ง่าย

(3) อากาศ พยายามอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ มีการถ่ายเทของอากาศดี

(4) การออกกำลังกาย ให้มีการออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอด้วย การเดิน หรือฝึกกายบริหาร

(5) อุจจาระ ควรดูแลการขับถ่ายอย่าให้ท้องผูก ซึ่งสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประเภทของอาหาร ควรรับประทานอาหารที่กระตุ้นในการขับถ่าย

กรมการแพทย์(29) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ว่า

(1) ไปหาแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

(2) ปรึกษาหารือจิตแพทย์ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจและสิ่งแวดล้อม

(3) บริหารร่างกายทุกวัน เช่น ฝึกท่ากายบริหาร เล่นกีฬากลางแจ้งเป็นประจำ เป็นต้น

(4) รับประทานอาหารดีมีประโยชน์

(5) งดเสพย์สิ่งที่เป็นพิษต่อสุขภาพ เช่น สุรา บุหรี่ หรือของมีเมาอื่น ๆ

(6) อย่าซื้อหรือใช้ยาต่าง ๆ เพื่อรักษาตนเอง ควรพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและ

รักษาตัว

(7) พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงเป็นประจำ เพื่อถ่ายเทอดประสพการณ์ หรือการ

ปฏิบัติตนที่สมควรและถูกต้องต่อสุขภาพจิต

จากการศึกษาความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกัน เช่น ด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ๆ การจัดการกับความเครียด และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker Sechrist and Pender(30) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพ เพื่อใช้

วัดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 ด้านคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีประชาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal support) การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ดังนี้(7,10,30)

### 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)

ร่างกายและจิตใจ เป็นสิทธิอันชอบธรรมของแต่ละบุคคล บุคคลจะมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร สิ่งสำคัญประการหนึ่งก็คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนในแต่ละบุคคล ได้กล่าวถึงว่า ความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในวัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจและสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในวัยสูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ได้แก่ พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนใจรับฟังวิทยุ หอกระจายข่าว หรือดูโทรทัศน์ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้าน เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี และความเอาใจใส่ในสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจไปในทางเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคร้าย ๆ นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความเจ็บปวดลดลง มีความอดกลั้นสูงขึ้น ในบางครั้งปฏิบัติต่อการเจ็บปวดเปลี่ยนแปลงไป ไม่แสดงอาการของโรคให้เด่นชัด จะทราบต่อเมื่ออาการของโรครุนแรงมากแล้ว ผู้สูงอายุจึงควรมีการตรวจสุขภาพ กับบุคลากรสุขภาพ อย่างน้อยปีละครั้ง ผู้สูงอายุควรไปพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มย่างเข้าวัยกลางคน เพราะการตรวจร่างกายจะทำให้บุคคลได้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น

พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นอย่างถูกต้องเหมาะสม และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการเสาะแสวงหาจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ และการไปตรวจสุขภาพจะช่วยให้บุคคลรู้จักภาวะสุขภาพของตน สามารถจะเตรียมดูแลส่งเสริมสุขภาพได้ ถูกทิศทางมากขึ้นอีกด้วย

## 2. ด้านการออกกำลังกาย (Exercise)

ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตามวิธีที่ชอบ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปี และมากกว่าถึงร้อยละ 73 ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ ส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นที่ไม่ทราบชนิดของการออกกำลังกายที่ดี บางคนกลัวว่าจะออกกำลังกายมากเกินไป ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้หัวใจวายอย่างกะทันหัน ความเชื่อดังกล่าวเป็นความคิดที่ยังไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ โดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายตามความเหมาะสม กับสภาพความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ ซึ่งหลักสำคัญในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้แก่

2.1 ควรออกกำลังกายโดยเริ่มจากน้อย ๆ เบา ๆ ในตอนแรกตามกำลังที่พอทำแล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ช้า ๆ อย่างรีบร้อน

2.2 ควรออกกำลังกายที่ไม่หนักเกินไป ไม่หักโหมจนเหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน อย่าหยุดพักหรือลดความเร็วลงจนหายเหนื่อย จึงเริ่มต้นใหม่

2.3 ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่เป็นการแข่งขัน การเตะหรือยกน้ำหนัก อาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุได้

2.4 ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละ 20 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่า

2.5 ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ยืดกล้ามเนื้อ (Stretch it) เพื่อเตรียมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้พร้อม และหลังออกกำลังกายทุกครั้งไม่ควรหยุดออกกำลังกายทันที ควรบริหารร่างกายต่อเพื่อให้ผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเพื่อให้หัวใจกลับสู่ภาวะการเต้นอย่างปกติก่อนหยุด (Cool – down)

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีหลายชนิดที่สามารถเลือกทำได้ โดยมีหลักทั่วไป คือ มีการหด – ขยายของกล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ เร็วหรือช้า แรง หรือค่อยเป็นไปตามชนิดและวิธีของการออกกำลังกายชนิดนั้น ๆ ชนิดของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

ก. การเดิน เหมาะสำหรับผู้ที่เริ่มออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่แข็งแรง หรือระยะพักฟื้น ควรเริ่มเดินช้า ๆ ระยะทางสั้น ๆ และเพิ่มความเร็ว ระยะทางและเวลาเพิ่มขึ้นในภายหลัง

ข. การบริหารร่างกาย ควรใช้เวลาวันละประมาณ 15 – 20 นาที เช่น รำมวยไทย รำมวยจีน โยคะ การบริหารแบบมือเปล่า การทำกายบริหารด้วยอุปกรณ์

ค. การทำงานบ้านและการทำสวน เป็นประโยชน์ในการออกกำลังกายแต่ต้องระวังท่าทางของร่างกายที่ผิดปกติกมาก ๆ เช่น งอหลังนานเกินไป ยกของหรือชุดงัดของหนักเกินไป

ง. การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ฝึกจักรยาน ฯลฯ เมื่อร่างกายพร้อม

จ. เล่นกีฬาบางประเภทที่ไม่ใช่การแข่งขัน และพยายามเล่นกีฬาทุกชนิดกับบุคคลที่อยู่ในรุ่นราวคราวเดียวกัน

เมื่อผู้สูงอายุออกกำลังกายแล้วมีอาการต่อไปนี้อาจบ่งชี้ว่าควรหยุดออกกำลังกาย คือ เหนื่อยมาก เจ็บบริเวณหัวใจ หรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย หายใจไม่เต็มอิ่ม ง่วงนอน เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้ ตัวมึน เหงื่อออกมาก รู้สึกหวั่นไหวโดยหาสาเหตุไม่ได้มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตบริเวณ แขน ขา หน้า ฯลฯ พูดไม่ชัด ชักกระตุก รู้สึกเหมือนหายใจไม่ทัน และหัวใจเต้นแรง แม้ว่าจะหยุดพักแล้วประมาณ 10 นาที ก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติดังกล่าวต้องหยุดออกกำลังกาย และปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที นอกจากนี้ ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลียหรือมีไข้ไม่ควรออกกำลังกาย หรือถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายควรอยู่ในการดูแลแนะนำของแพทย์ด้วย

### 3. ด้านโภชนาการ (Nutrition)

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ในการที่จะป้องกันไม่ให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงถอยลงเร็วเกินไป การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและปริมาณเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีอายุยืนยาวอีกด้วย

ความต้องการอาหารในวัยสูงอายุ ในวัยสูงอายุการเคลื่อนไหวหรือการใช้กำลังจะลดลงกว่าเดิม ความต้องการปริมาณอาหารจึงลดน้อยลงด้วย หากกินมากเหมือนเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาว จะทำให้อ้วนขึ้น ถึงแม้ว่าปริมาณอาหารจะลดลง ส่วนประกอบของอาหารก็ยังคงต้องมีคุณค่าสูงเช่นเดิมเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

3.1 โปรตีน อาหารหมู่นี้จำเป็นต่อร่างกายผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ มีการสลายตัวมาก ร่างกายต้องการอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อสัตว์ ควรทำให้สะดวกต่อการเคี้ยว โดยสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อย อาหารปลาจะเหมาะสมมากสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรนำก้างออกให้หมด นมสด เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรดื่มประมาณวันละ 1 แก้ว ซึ่งนอกจากจะได้รับโปรตีนแล้วยังได้สารแคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินดี อีกด้วย สำหรับไข่ผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3 - 4 ฟอง ถ้าผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดสูง ควรเลือกกินเฉพาะไข่ขาว พบว่าผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนร้อยละ 10 ของอาหารทั้งหมดหรือควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

3.2 คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง และน้ำตาล ผู้สูงอายุควรกินในปริมาณพอเหมาะ เช่น ข้าวมีถั่ว 1 จาน (ประมาณ 2 ทัพพี) ไม่ควรกินมากเกินไป เพราะอาหารหมู่นี้ทำให้อ้วนได้ และยังทำให้น้ำตาลในเลือดสูงด้วย

3.3 ไขมัน ช่วยให้อวัยวะในร่างกาย และช่วยในการดูดซึมวิตามินบางชนิด แม้จะมีความสำคัญแต่ไม่ควรกินมากเพราะจะทำให้อ้วนและเส้นโลหิตแข็ง นอกจากนี้ไขมันยังทำให้มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อหลังอาหารได้ ควรใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์และน้ำมันมะพร้าว

3.4 ผัก เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุเลือกกินได้ค่อนข้างมาก เพราะผักเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามิน และแร่ธาตุ ที่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันโรคต่าง ๆ นอกจากนี้อาหารประเภทผักยังทำให้ไม่อ้วนอีกด้วย ควรจะกินผักทุกวัน ทั้งแบบต้มสุกและกินดิบ ๆ ทั้งผักสีเหลืองและสีเขียว

3.5 ผลไม้ เป็นอาหารที่มีวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ มากมาย และยังมีรสหวานหอม มีปริมาณของน้ำอยู่มาก ทำให้ร่างกายสดชื่นเมื่อได้กินผลไม้ ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิด ยกเว้นผู้ที่อ้วนมากหรือเป็นโรคเบาหวาน ไม่ควรกินผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน เป็นต้น

3.6 น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นมากผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยประมาณวันละ 6 – 8 แก้ว เพราะน้ำช่วยให้ระบบขับถ่ายคล่องตัว ท้องไม่ผูก และควรดื่มน้ำผลไม้บ้างระหว่างมื้ออาหาร เช่น น้ำส้มคั้น น้ำมะนาว เป็นต้น ไม่ควรดื่มน้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม

การรับประทานอาหารในวัยสูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงนั้น ผู้สูงอายุควรจะต้องรับประทานอาหารให้ครบถ้วนทุกหมู่ ตามปริมาณที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้ความอยากอาหารลดลงนั้น การจัดเตรียมอาหารที่มีคุณค่า และมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการ โดยจัดให้อยู่ในรูปแบบที่สะดวกมีรสชาติน่ารับประทาน เป็นอาหารย่อยง่าย และการลดปริมาณอาหารในแต่ละครั้งลง เพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากขึ้นเหล่านี้ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารที่มีผลส่งเสริมสุขภาพอนามัยได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

#### 4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal support)

เป็นการตระหนักถึงความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือสังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นมนุษยทุกคนไม่สามารถอยู่เพียงลำพังได้ ต้องมีการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเป็นสังคมพึ่งพาอาศัยกันและกัน การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นใกล้ชิดสนิทสนมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในทางเสื่อมถอยลง การคงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนคลายเหงา ไม่ต้องอยู่โดดเดี่ยว ทำให้อารมณ์ดีขึ้นและกระตุ้นชีวิตจิตใจ รวมถึงการช่วยทำกิจกรรมบางอย่างที่

ผู้สูงอายุไม่สามารถทำคนเดียวได้ จากการศึกษาหลายรายงานทำให้ทราบว่า การขาดการสนับสนุนที่ดีจากสังคมหรือไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น จะทำให้มนุษย์เกิดโรคได้ง่าย แต่ถ้ามนุษย์ได้รับการสนับสนุนและเอาใจใส่จากสังคม จะทำให้สุขภาพดีและมีอายุยืน

#### 5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตใจวิญญาณอย่างเต็มที่ ประเมินจากการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต ความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงความรัก ความหวัง การให้อภัย ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

#### 6. ด้านการจัดการกับภาวะเครียด (Stress Management)

เป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลพยายามระงับ แบ่งเบา หรือขจัดภาวะเครียด ซึ่งอาจจะประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือแอบแฝงก็ได้ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นความพยายามที่จะเผชิญกับภาวะที่มาคุกคามต่อชีวิต กลวิธีเผชิญภาวะเครียดเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่บุคคลใช้เมื่อเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อความมีสุขภาพดี เกิดขึ้นภายในบุคคล พัฒนาการมาจากการลองผิดลองถูก และรวมกันเป็นนิสัยของบุคคล

การจัดการกับภาวะเครียดของผู้สูงอายุเป็นแบบแผนพฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุที่พยายามจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามต่อภาวะสุขภาพ เพื่อลดการคุกคามนั้น และดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลย์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

ภาวะเครียดในวัยสูงอายุ ภาวะเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเครียดเล็กน้อย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ แต่ภาวะเครียดที่สูงเกินไปก็เป็นผลเสียต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจและสังคมมีแนวโน้มที่จะเสื่อมลง อันเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้น้อยลงกว่าอดีต ขณะเดียวกันภาวะเครียดต่าง ๆ ที่จะเผชิญในวัยนี้ก็มีมากมาย ดังเช่น

6.1 ภาวะเครียดทางร่างกาย เป็นภาวะเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการสูงอายุ ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วย จากอุบัติเหตุที่มีผลต่อพยาธิสภาพของร่างกาย เป็นต้น

6.2 ภาวะเครียดทางจิตใจและสังคม เป็นภาวะเครียดที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งที่ปรารถนา และต้องตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา ภาวะเครียดทางจิตใจของผู้สูงอายุนี้มีผลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาก ดังเช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม การขาดจากตำแหน่งหน้าที่ และอาจสูญเสียบทบาทและสถานภาพการเป็นผู้นำในครอบครัวอีกด้วย การสูญเสียเพื่อน คนใกล้ชิด โดยเฉพาะคู่สมรส ซึ่งถือว่าการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต จะก่อความทุกข์ใจกระตุ้นให้เกิดภาวะเครียดในระดับสูงได้ และการสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง ผิวหนังเหี่ยวแห้ง ไม่สวยงาม การเดิน การทำงานไม่คล่องแคล่วเช่นอดีต การคิด การเรียนรู้ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้ากว่าเดิม ทำให้ไม่พึงพอใจเกิดภาวะเครียดได้

นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม จากครอบครัวขยายเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว การอพยพเคลื่อนย้ายหางานทำในเมืองของคนวัยทำงาน ทำให้ต้องอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น ภาวะเศรษฐกิจที่เพิ่มสูงขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การขาดความเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวและสังคม ในสังคมปัจจุบันต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดสูงขึ้น ด้านประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการแยกครอบครัวออกไปของลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการใช้ชีวิตร่วมกับคู่สมรสมากขึ้นและอยู่กันตามลำพังมากขึ้น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตสมรสในช่วงนี้คือ การเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการพูดคุยหรือระบายความทุกข์ใจให้บุคคลใกล้ชิดได้รับทราบ ก็ถือเป็นการผ่อนคลายหรือระบายความเครียดหนทางหนึ่งเช่นกัน

เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การจัดการกับภาวะเครียดจึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ ผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับภาวะเครียดหรือปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดี ก็จะมีสุขภาพดีและไม่เกิดความยุ่งยากใด ๆ และมีสุขภาพดีสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ดี

ลำดับในการจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลควรกระทำดังนี้

- (1) ทำความรู้จักกับมูลเหตุก่อภาวะเครียดของตนว่าเป็นอะไร มีความสำคัญต่อตนอย่างไร แล้วเรียงลำดับความสำคัญของมูลเหตุก่อภาวะเครียดนั้น
- (2) พิจารณาวิธีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อภาวะเครียดของตน ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ พิจารณาผลที่เกิดขึ้นถ้ามีพฤติกรรมตอบสนองเช่นนั้น



(3) ตัดสินใจที่จะควบคุมมูลเหตุที่ก่อภาวะเครียดนั้น หลังจากทราบว่ามูลเหตุสำคัญอะไรที่จะต้องควบคุมก่อน และทราบว่าตนมีการปรับตัวอย่างไร โดยการตัดสินใจจะต้องมีพื้นฐานอยู่บนการเห็นคุณค่า และความสำคัญของภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจจะต้องมีการปรับปรุงหรือสร้างแบบแผนชีวิตใหม่ เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

พฤติกรรมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจในการที่จะจัดการกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ

ก. รับประทานอาหารให้ถูกต้อง เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพ  
 ข. ออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์  
 ค. มีการผ่อนคลาย ซึ่งหมายถึง การเปลี่ยนขบวนการทางจิตใจและลดความตึงเครียดทางกาย ควรมีการปฏิบัติเป็นช่วงสั้น ๆ ทุกวัน เช่น การทำสมาธิ ผีกโยคะ การผ่อนคลาย ต้องอาศัยปัจจัยจำเป็น 4 อย่าง คือ บรรยากาศที่เงียบสงบ ท่าทางที่สบาย ทักษะที่ดีและการใช้เครื่องมือหรืออุบายทางจิตใจเข้าไปเป็นสิ่งนำ เช่น การใช้การนวด การใช้คำพูด การสะกดจิต การกำหนดลมหายใจ หรือการสร้างจินตนาการ เป็นต้น

ง. มีการเล่น คนเราทุกคนต้องการที่จะเล่นและการเล่นเป็นสิ่งจำเป็นมาก เป็นเวลาที่รู้สึกอิสระ สบาย ได้ทำสิ่งที่สนุกสนาน ได้หัวเราะปล่อยอารมณ์เหมือนเด็ก ๆ หรือการมีความสุขกับอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย การเล่นเป็นกิจกรรมที่ต้องการเวลา ซึ่งแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามก็จัดให้มีกิจกรรม การเล่นเป็นประจำทุกวันจะช่วยให้เสริมสร้างสมรรถภาพทางจิตใจได้ดี

นอกจากนี้ยังมีหลักบางประการที่จะช่วยให้สามารถลดความเครียดได้คือ

(1) มีการวางแผนในการปฏิบัติงานไว้เป็นขั้นตอน และปฏิบัติตามนั้น อย่าทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน

(2) สร้างทัศนคติในทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต ทำงานอย่างมีสติและสงบ แก้ปัญหาเมื่อสภาวะทางอารมณ์มีความเข้มแข็งขึ้น

(3) ค้นหาเป้าหมายในการแก้ปัญหาหรือการปฏิบัติต่าง ๆ มีการพูดแสดงความรู้สึก หรือระบายความรู้สึกของตนกับเพื่อน คนในครอบครัวหรือผู้ที่ให้คำปรึกษาได้

(4) หาวิธีการเปลี่ยนแปลงแบบแผน หรือส่วนของชีวิต ที่เป็นสาเหตุของความเครียด หรือความวิตกกังวล มีการหันเหกิจกรรมไปทำอย่างอื่น เช่น การมีสันถนาการ การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม

(5) เรียนรู้วิธีการสร้างความพึงพอใจแต่น้อย ๆ เมื่อทำสิ่งที่ดีที่สุด ไม่ยึดถือความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงสำหรับตนและผู้อื่น

(6) วิเคราะห์ว่าอะไรเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล และพยายามลดผลกระทบของสิ่งเร้าอย่าให้การแก้ไขความเครียดกลายเป็นภาวะเครียดไป

(7) ยอมรับพฤติกรรมการตอบสนองบางอย่างของตน เช่น ความโกรธ ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

(8) เก็บรักษาบางสิ่งบางอย่างที่ดีไว้ เช่น ความเชื่อทางศาสนา เพราะอาจใช้เป็นศูนย์กลางของชีวิต ที่เราสามารถค้นพบความสุขได้

สิ่งที่สังคมจะสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุมีหลายประการ คือ

(1) เราไม่สามารถหยุดยั้งการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ แต่เราสามารถรักษาวัฒนธรรมและค่านิยมที่ดีงามของชาติได้ นั่นคือ ความกตัญญู ความรักและการดูแลที่พึงมีต่อพ่อแม่และผู้ใหญ่ หน้าที่ที่ดีที่สุดและสำคัญที่สุดของบุตร คือ การดูแลรักษาผู้เป็นบิดามารดา

(2) ไม่จำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุให้เหมือนกับเป็นเด็กเล็ก ๆ เพราะแท้จริงแล้วผู้สูงอายุต้องการดูแลตนเอง และกลัวการพึ่งพาผู้อื่น ควรจะพิจารณาส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง และความเป็นอิสระมากที่สุด ด้วยการให้ความค้ำจุน ความสะดวกสบาย เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ

(3) ผู้สูงอายุควรจะได้รับภาระกระตุ้นให้เข้ากิจกรรมทางสังคมบ้าง เพื่อเป็นการสร้างเสริมความกระฉับกระเฉง ตัวอย่างเช่น การเป็นอาสาสมัคร การสอน การไปวัด การร่วมกิจกรรมดนตรี หรือนันทนาการต่าง ๆ

(4) งานอดิเรก เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีเวลาว่างมากขึ้น ผู้สูงอายุ ควรจะได้ใช้เวลาว่างในการทำงานที่เป็นประโยชน์ เช่น การเขียนหนังสือ การทำสวน เป็นต้น

(5) รัฐและองค์การที่เกี่ยวข้อง ควรจะได้จัดให้มีบริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บ้านพักคนชรา คลินิกผู้สูงอายุ สถานพักฟื้นคนชรา บริการโภชนาการผู้สูงอายุ เป็นต้น

(6) บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพกายซึ่งเป็นความสุขของชีวิต

(7) ส่งเสริมและสนับสนุนการเตรียมแผนสำหรับชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัวและการเงิน

(8) ส่งเสริมและพัฒนามีสุขภาพจิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมิใช่เป็นบุคคลที่ไร้ค่า แต่เป็นบุคคลที่สำคัญกว่าเอกสารและตำราใด ๆ เพราะผู้สูงอายุเป็นแหล่งวิทยาการบุคคลที่สามารถให้การศึกษแก่ชนรุ่นหลังทั้งด้านชีวิต ประวัติศาสตร์และความรู้ที่พึงเรียนจากเขาเหล่านั้น การสร้างชีวิตที่ดีเท่ากับเป็นการสร้างทรัพยากรของประเทศที่ให้คุณค่าอย่างหาที่เปรียบมิได้

### ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) ของบุคคลเป็นการตัดสินคุณค่าของตน (Self) และแสดงออกในรูปของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง(30) การพิจารณาความหมายของ “ตน” ในแง่ปรัชญาจะมีลักษณะเป็นนามธรรมที่หมายถึง เอกลักษณ์ของบุคคล ซึ่งหมายรวมถึง ลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทางสติปัญญา แต่ในทางจิตวิทยาจะมอง “ตน” ในแง่ของการเรียนรู้ โดยเน้นการรับรู้ตนเองในด้านต่าง ๆ ที่ได้จากการมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม และเป็นกระบวนการของประสบการณ์ทางสังคม ด้วยเหตุนี้ “ตน” ในทางจิตวิทยาจึงมีความหมายเดียวกับคำว่า อัตมโนทัศน์ (Self – concept) การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลได้พัฒนาขึ้นภายหลังที่บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์เรียบร้อยแล้ว การเห็นคุณค่าในตนเอง บางครั้งจะใช้คำว่า การปกป้องตนเอง การยอมรับตนเอง หรือภาพลักษณ์ของตนเอง ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง นักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยาได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้แตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

Maslow(31,32) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือ การประเมินคุณค่าของตนเองจากการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นก่อน จึงจะเริ่มนับถือตนเอง

John(30) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการตัดสินคุณค่าของตน (self) แต่แสดงให้เห็นในรูปของเจตคติที่คนนั้นมีต่อตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอัตมโนทัศน์ (Self – concept) เมื่อผ่านกระบวนการอัตมโนทัศน์แห่งตนนั้นจะเป็นการแสดงว่าตัวเรานั้นเป็นอย่างไร และเมื่อพิจารณาผ่านการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น ก็จะเป็นกระบวนการตัดสินคุณค่า โดยตรวจสอบด้านผลงานความสามารถของเรากับบุคคลรอบข้าง เป็นกระบวนการที่อาจเป็นไปได้โดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว การเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์จากความสำเร็จ และการกระทำต่าง ๆ ได้บรรลุตามเป้าหมาย ส่งผลให้ได้รับคำชมเชยจากพ่อแม่หรือคนอื่น ๆ เป็นการสะสมความพึงพอใจต่อตนเอง กลายเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นถึงความสามารถที่จะก้าวไปถึงคุณค่าที่ตั้งไว้ว่า ถ้าทำสำเร็จก็จะเกิดความพึงพอใจตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเองในที่สุด

Coopersmith(33) กล่าวว่า ลักษณะของผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยเครียดหรือวิตกกังวล มีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยสูง มองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีค่า มีความสำคัญแก่การเคารพนับถือ ไม่ถูกกระทบกระเทือนจากการตัดสิน การวิจารณ์ หรือการตำหนิของบุคคลอื่นได้ง่าย ใช้กลไกในการป้องกันตัวน้อย ยอมรับความจริง มีความตั้งใจจริงที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ ไม่ท้อแท้ง่าย มีความสุขกับชีวิตของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ มีความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ กล้าทำงานที่ท้าทาย โดยรวม ๆ แล้วจะมีความสุข และใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ลักษณะของผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะไม่ค่อยเชื่อมั่นตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มีข้อบกพร่อง มีความวิตกกังวลสูง มีความเครียดสูงเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่เคยเจอมาก่อน ไม่มีความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ มักท้อแท้ง่าย หลีกเลียงการแก้ไขปัญหา ไม่มีความยืดหยุ่น จะยึดติดอยู่กับสิ่งที่รู้จักหรือเคยชินเพื่อความรู้สึกปลอดภัย กลัวทำให้คนอื่นโกรธ ไรต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ หวั่นไหวต่ออิทธิพลของสังคม มักใช้กลไกในการป้องกันตนเอง เป็นบุคคลที่มีลักษณะเก็บกด

Rozenberg (34) กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติที่พอใจ หรือไม่พอใจในตนเอง ซึ่งจะเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความเคารพนับถือในตนเอง ในด้านความรักตนเอง การยอมรับในตนเองและความรู้สึกในความสามารถของตนเองรวมทั้งการประเมินตนเอง ทั้งทางด้านลบหรือด้านบวก

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง การที่บุคคลนั้นสามารถวิเคราะห์ตนเองแล้วพบว่า ตนเองดีมีคุณค่า มีความสามารถในการที่จะกระทำการต่าง ๆ แล้วประสบความสำเร็จ ตามที่คาดหวังไว้ และพึงพอใจในการกระทำของตน รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญโดยบุคคลและสังคมรอบข้างยอมรับ

### กระบวนการรับรู้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

Taft(35) กล่าวว่า การที่บุคคลจะรับว่าตนเองมีคุณค่ามีกระบวนการอยู่สองขั้นตอนคือ

1. การประเมินเจตคติและสังคมที่มีต่อตนเอง กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการมองตนเองของ Cooley ที่ว่าบุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “กระจกมองตน” (looking glass-self) เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าของตน (out-self esteem)

2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อม และผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน (inner-self esteem) เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริงของบุคคลในสังคมและผลกระทบของบุคคล ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขึ้นอยู่กับการกระทำ การควบคุมและอำนาจที่มี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อมแล้ว ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานที่เกิดขึ้นในชีวิต กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลใด ดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใด ประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่า ตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง

### องค์ประกอบของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้านคือ(36)

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (The body self) หมายถึง บุคคลคิดและรู้สึกต่อรูปร่าง และหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความสามารถพื้นฐานของร่างกาย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (The interpersonal self) เป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเองที่บุคคลคิดและรู้สึก เกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนมคุ้นเคยหรือบุคคลที่พบกันโดยบังเอิญ
3. ความสำเร็จของตนเอง (The achieving self) หมายถึงสิ่งที่บุคคลคิด และรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขา ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงาน และสิ่งแวดล้อม
4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (The identification self) เป็นความรู้สึกทางนามธรรม และพฤติกรรม ที่บุคคลแสดงความสนใจทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ

### กลไกพัฒนาการความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก สิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพัฒนาการความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองคือ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ เด็กที่พัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ มาจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน(36) จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะมีผลอย่างมากในช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยทำงาน ปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต และการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Maslow(31,32) ที่เชื่อว่าทุก ๆ คนในสังคมมีความปรารถนาที่จะได้รับความสำเร็จใน

ตนเองสูง และต้องการที่จะให้ผู้อื่นยอมรับนับถือในความสำเร็จของตน ถ้าความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจ ก็จะทำให้บุคคลนั้นไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย สูญเสียความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง(37)

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

### 1. งานวิจัยภายในประเทศ

ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร(38) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ เพศ อายุ และภาวะเศรษฐกิจกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 200 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 2 ชุด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของตนมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับกลาง ในด้านการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ เพศ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และอายุ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามลำดับคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตน เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 57.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จำเรียง กุระมะสุวรรณ(39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความสุขและความพึงพอใจ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านความสุขและความพึงพอใจเป็นตัวแปรชุดเดียวกัน โดยเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต ทรัพย์สิน ระดับการศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองและความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว

มารศรี นุชแสงพลี(40) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนนี้ มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ลักษณะภูมิหลังของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตสูงสุดคือ รายได้ รองลงมาได้แก่ สุขภาพ ระดับการศึกษา ระดับความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน และการมีงานอดิเรก ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุ การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และการมีเพื่อนสนิท

นิรนาท วิทย์โชคกิตติ(41) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการศึกษา และรายได้ ในผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย ผลศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยสูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) ประเมินภาวะสุขภาพของตนค่อนข้างดี และดีมาก และระดับความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง และพบว่าโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่าง คือ โรคกระดูกและข้อและโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

กมลพรรณ หอมนาน(42) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

นงลักษณ์ บุญไทย(43) ได้ศึกษาการเห็นคุณค่า ในตนเอง ของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และที่เข้ารับบริการของคลินิกผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษาร้อยละ 67.9 มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุคือ การศึกษา

ปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อน โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมทำนาย การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ชลทิชา วัจวิเวก(19) ศึกษาความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 202 คน ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.1

ดวงพร รัตนอมรชัย(13) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน โดยการสุ่มแบบกลุ่ม 4 ขั้นตอน (Cluster four-stages sampling) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นมี 4 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 79.1 มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับสูง ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในโดยความเชื่ออำนาจโดยความบังเอิญ อายุ ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวน ของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และโดยความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญ ตามลำดับ โดยความสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมร้อยละ 38.20

เพชร อินทร์พานิช(44) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาล เมืองจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 170 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนน้อยไปตรวจร่างกาย



ประจำปีในขณะที่ร่างกายปกติดี ส่วนน้อยสนใจรับฟังหรือชมรายการทางสุขภาพ และส่วนใหญ่ไม่นิยมหาความรู้โดยการอ่านหนังสือ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนอนาคตและไม่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายที่จะทำอะไรสำเร็จ แต่จะดำเนินชีวิตไปวันวัน ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ อย่างน้อย 4 มื้อต่อวัน ส่วนใหญ่รับประทานอาหารผัก อาหารรสไม่จัด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมับกับชุมชนเป็นกิจกรรมทางศาสนา ด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่ใช้วิธีการสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน

วันดี แยมจันทร์ฉาย(30) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถในการทำนาย โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 ราย การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปของ เซอร์เรอร์และคณะ (Sherer et al. 1987) แบบสัมภาษณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ ซีคริสท์ และเพนเดอร์ (Walker Sechrist & Pender 1987) และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พฤติกรรมด้านดารรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับความเครียด สำหรับความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จำนวนปีที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตน จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภวรินทร์ นันทิตติคุณ(10) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ตามรูปแบบประเมินการวัดวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้าน

การจัดการกับความเครียด ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน โดยศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความสามารถในการทำนาย ปัจจัยทั้ง 3 ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปางจำนวน 400 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ 30-Cluster เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 5 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์ทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และแบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับกลางร้อยละ 81.0 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากที่สุดในด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ ด้านการรับประทานอาหารร้อยละ 39.0 ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน สถานภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาชีพ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว การมีชมรมผู้สูงอายุ การมีและเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ด้านการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ประมาณร้อยละ 42.0 และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

## 2. งานวิจัยต่างประเทศ

เพนเดอร์และคณะ(45) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงาน ในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987:58) เลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถคน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่าง เป็นคนงานในบริษัทที่มีคนงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้น ๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท จำนวน 589 คน ใช้วิธีการเลือกโดยความ

สมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต และด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดคือ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียด จากนั้นอีก 3 เดือน ต่อมา ได้มีการวัดพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยที่ปัจจัยความรู้-การรับรู้และปัจจัยร่วม ร่วมกันสามารถทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31.00

ลัส และคณะ(46) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้เครื่องรักษาภาวะการได้ยิน (Hearing Protection) ในคนงานที่ทำงานในโรงงานที่ระดับเสียงของเครื่องจักรกลระหว่าง 65-100 เดซิเบล โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987: 58) โดยเลือกปัจจัยในการศึกษา ดังนี้ ปัจจัยร่วม คือ คุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยความรู้-การรับรู้ ใช้ทุกปัจจัย ยกเว้นด้านการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงาน 645 คน ที่ทำงานอยู่ในโรงงานผลิตรถยนต์ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบวัดการควบคุมอำนาจของตนของ Waltson 1987 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตน และปัจจัยแวดล้อมพัฒนาจากงานวิจัยอื่น ๆ แบบวัดการให้คำนิยามทางสุขภาพ พัฒนาจากแบบวัดของ Smith's 1985 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Lawton et al. 1982 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค พัฒนาจากแบบวัดของ Murdaugh and Hinshaw 1986 แบบวัดพฤติกรรมการใช้เครื่องวัดโดยแบบบันทึกด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตน ค่านิยมในการใช้และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครื่องรักษาภาวะการได้ยินของคนงาน โดยการรับรู้ความสามารถตน และการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้เครื่องรักษาภาวะการได้ยินมากที่สุด โดยอธิบายว่า ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นและค่านิยมในการใช้มีมากขึ้น และอุปสรรคลดลง พฤติกรรมการใช้เครื่องรักษาภาวะการได้ยินก็จะเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยร่วมได้แก่ ปัจจัยแวดล้อมและลักษณะของงานที่ทำ ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้เครื่องรักษาภาวะการได้ยินเช่นกัน

Ahijevych and Bernard(47) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987: 58) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงผิวดำ จำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของ Walker et al. 1987 ใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออก

กำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน และด้านการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 12.00 ตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัวและอาชีพ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

**ประชากรตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี 2547 มีจำนวนทั้งสิ้น 650 คน เป็นเพศชาย 190 คน เพศหญิง 460 คน ซึ่งเป็นอัตราส่วน 1:242

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ในปี 2547 ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แล้วนำมาจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling with non-replacement) เพื่อให้ได้ตัวแทนทั้งเพศชาย เพศหญิงในอัตราส่วนเดิมของประชากรตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุชาย - หญิง
2. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้
3. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ดี
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane (8,9)

$$\text{ดังสูตร } n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ  $n$  แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  $N$  แทน ประชากร  
 $e$  แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม กำหนดให้เท่ากับ 0.05  
 จำนวนตามขนาดตัวอย่าง คือ 248 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล  
 ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 260 คน โดยเป็นเพศชาย 80 คน และเพศหญิง 180 คน

### ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2547 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2548

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบวัด  
 ที่ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชุด ดังนี้

**แบบสอบถามชุดที่ 1** เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากรและลักษณะ  
 ทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้  
 อาชีพ สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ เป็น  
 ข้อคำถามแบบมีตัวเลือกและแบบเติมคำ

**แบบวัดชุดที่ 2** เป็นแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแบบประเมินความรู้สึก  
 เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินของ Rozenberg(7) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อวัด  
 ความรู้สึก การยอมรับตนเองในด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความมั่นใจ ความพึงพอใจ  
 และการเคารพตนเอง โดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ นำแบบประเมินนี้มาแปลเป็นภาษาไทย  
 และเรียบเรียงภาษาให้เหมาะสม โดยใช้ข้อคำถามและระดับคะแนนเดิม นำไปหาความเที่ยง  
 (reliability) โดยไปนำทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา  
 ของครอนบาค เท่ากับ .87 แบบวัดนี้เป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating  
 scale) โดยมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด  
 เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย

ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ดังนี้

ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 2, 4, 6 และ 7

ข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อความที่ 3, 5, 8, 9 และ 10

โดยผู้สูงอายุเลือกตอบได้ 4 ระดับ ดังนี้

การให้คะแนนความรู้สึกต่อข้อความ	ทางบวก	ทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1	คะแนน
เห็นด้วย	3	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4	คะแนน

**การแปลผลคะแนนรวม** ถัดตามเกณฑ์เฉลี่ยดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

**แบบวัดชุดที่ 3** เป็นแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้น ตามแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promoting Lifestyle Profile II : HPLP : II ) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender(6) ซึ่งแปลและเรียบเรียง โดย ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (10) ได้หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient alpha) ของครอนบักได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แบบวัดนี้เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้งหรือบางวันเท่านั้น

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน รวมทั้งหมด 47 ข้อ คือ

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ  
ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 1,4,5,7 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 2,3,6
2. ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ  
ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 8 - 11 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 12
3. ด้านโภชนาการ 10 ข้อ  
ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 14-16,19-22 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 13,17 - 18
4. ด้านการมีประชาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 8 ข้อ  
ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 23 - 28 ,30 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 29
5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ 11 ข้อ  
ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 31-34, 38-39 ข้อคำถามด้านลบคือข้อ 35-37,40-41
6. ด้านการจัดการกับความเครียด 6 ข้อ  
ข้อคำถามด้านบวก คือข้อ 42 - 43,45,47 ข้อคำถามด้านลบ คือข้อ 44,46

โดยผู้สูงอายุเลือกตอบได้ 4 ระดับ ดังนี้

การให้คะแนน ต่อข้อความ	ทางบวก	ทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	3	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4 คะแนน

การแปลผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน พิจารณาตามเกณฑ์ ซึ่งดัดแปลงมาจากเกณฑ์การให้คะแนน แบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพ ของเพนเดอร์ (5) ได้แก่

คะแนนต่ำกว่า 55	เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็ม	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับต่ำ
คะแนนตั้งแต่ 55 - 75	เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็ม	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับปานกลาง
คะแนนสูงกว่า 75	เปอร์เซ็นต์ของคะแนนเต็ม	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับสูง



เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน จะได้เกณฑ์ระดับ ดังนี้

ด้าน	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	น้อยกว่า 15.4	15.4 – 21.0	มากกว่า 21.0
2. การออกกำลังกาย	น้อยกว่า 11.0	11.0 – 15.0	มากกว่า 15.0
3. โภชนาการ	น้อยกว่า 22.0	22.0 – 30.0	มากกว่า 30.0
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	น้อยกว่า 17.6	17.6 – 24.0	มากกว่า 24.0
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ	น้อยกว่า 24.2	24.2 – 33.0	มากกว่า 33.0
6. การจัดการกับความเครียด	น้อยกว่า 13.2	13.2 – 18.0	มากกว่า 18.0
รวม	น้อยกว่า 103.4	103.4 – 141.0	มากกว่า 141.0

#### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดชุดที่ 2 และ 3 ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการทดลองนี้เป็นคนละกลุ่มกับที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แต่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยง(8,9) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการหาค่าความเที่ยงของแบบวัดมีค่าดังนี้

แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองได้ค่าความเที่ยงในกลุ่มทดลองใช้ ( n = 30 ) เท่ากับ .85 และในกลุ่มตัวอย่างจริง ( n = 260 ) เท่ากับ .74

แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ค่าความเที่ยงในกลุ่มทดลองใช้ ( n = 30 ) เท่ากับ .79 และในกลุ่มตัวอย่างจริง ( n = 260 ) เท่ากับ .83

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยผู้วิจัย แนะนำคำชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

4. รวมระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 4 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2547 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2548 เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/For window และใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของปัจจัยส่วนบุคคลที่ต้องการศึกษาปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) คือ t-test และ One-way ANOVA ในการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

3. ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง กับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในการใช้สถิติดังกล่าว กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable)

4. ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง กับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี” ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบวัดที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 260 คน จากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science / For Windows) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 5 ตอน ตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1)
- ตอนที่ 2 ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 2 - 3)
- ตอนที่ 3 ความแตกต่างของปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (ตารางที่ 4 -.21)
- ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 22)
- ตอนที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 22 - 25)

ตอนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยา  
อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

	ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	30.8
	หญิง	180	69.2
	รวม	260	100.0
อายุ (ปี)	60-69 ปี	109	41.9
	70-79 ปี	115	44.2
	80 ปีขึ้นไป	36	13.9
	รวม	260	100.0
	(Mean = 71.62, Min = 58 ปี , Max = 98 ปี, SD = 6.70 ปี)		
สถานภาพสมรส	โสด	6	2.3
	คู่	143	55.0
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	111	42.7
	รวม	260	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	20	7.7
ประถมศึกษา	185	71.2
มัธยมต้น	23	8.8
มัธยมปลาย	22	8.5
อนุปริญญา อาชีวศึกษา	4	1.5
ปริญญาตรี	6	2.3
<b>รวม</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>
<b>แหล่งรายได้หลัก</b>		
เบี้ยหวัด/บำนาญ	57	21.9
การประกอบอาชีพ	52	20.0
บุตรหลาน	151	58.1
<b>รวม</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	87	33.5
2,001-4,000 บาท	66	25.4
4,001-6,000 บาท	42	16.2
มากกว่า 6,000 บาท	65	25.0
<b>รวม</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>
(Mean = 5168.51, Min = 300 บาท , Max = 30,000 บาท, SD = 5115.08 บาท)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ไม่มีอาชีพ	144	55.4
ค้าขาย	36	13.8
รับจ้าง	21	8.1
เกษตรกรรม	5	1.9
ข้าราชการบำนาญ	54	20.8
<b>รวม</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>
<b>สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน</b>		
อยู่คนเดียว	18	6.9
อยู่กับคู่สมรส	21	8.1
อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน	118	45.4
อยู่กับบุตรหลาน	103	39.6
<b>รวม</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>		
1 คน	18	6.9
2-4 คน	113	43.5
5-7 คน	105	40.4
8 คนขึ้นไป	24	9.2
<b>รวม</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>
(Mean = 4.61 คน, Min = 1 คน, Max = 16 คน, SD =2.26 คน)		
<b>การมีโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	97	37.3
มี	163	62.7
<b>รวม</b>	<b>260</b>	<b>100.0</b>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1)</b>		
โรคระบบหัวใจและโลหิต	77	36.7
โรคระบบหายใจ	8	3.8
โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	42	20.0
โรคระบบย่อยอาหาร	12	5.7
โรคระบบผิวหนัง	1	0.5
โรคระบบขับถ่าย	9	4.3
โรคระบบประสาท	14	6.7
โรคระบบสืบพันธุ์	1	0.5
โรคระบบต่อมต่าง ๆ	46	21.9
<b>รวม</b>		<b>100.0</b>

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 260 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง 180 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 เพศชาย จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 มีอายุ ระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาคืออายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 41.9 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ  $71.62 \pm 6.7$  ปี

สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่กับคู่ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 111 คน คิดเป็นร้อยละ 42.7

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน 185 คน ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือระดับมัธยมต้น มีจำนวน 23 คน ร้อยละ 8.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรายได้หลักจากบุตรหลานมีจำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 58.1 รองลงมารับจากเบี้ยหวัด/บำนาญ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ ต่ำกว่า 2,000 บาท มากที่สุดจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 33.5 รองลงมาคือ ระหว่าง 2,001-4,000 บาท จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 การประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 144 คน ร้อยละ 55.4 รองลงมาคือข้าราชการบำนาญ จำนวน 54 คน ร้อยละ 20.8

สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน จำนวน 118 คน ร้อยละ 45.4 รองลงมาอยู่กับบุตรหลาน จำนวน 103 คน ร้อยละ 39.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี 2-4 คน จำนวน 113 คน ร้อยละ 43.5 และ 5-7 คน จำนวน 105 คน ร้อยละ 40.5 โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเท่ากับ  $4.61 \pm 2.26$  คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 97 คน ร้อยละ 37.3 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบคือ โรคระบบหัวใจและโลหิต จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ โรคระบบต่อมต่าง ๆ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9

## ตอนที่ 2 ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมและรายข้อของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	$\bar{x}$	SD.	ระดับสูง (ร้อยละ)	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับต่ำ (ร้อยละ)
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น	3.17	0.63	91.92	5.77	2.31
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ	3.27	0.59	93.08	6.54	0.38
3. ท่านรู้สึกว่าคุณทำอะไรไม่สำเร็จเลย	2.95	0.62	83.08	14.62	2.31
4. ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน	3.00	0.59	85.00	13.85	1.15
5. ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน	2.92	0.68	79.23	17.31	3.46
6. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง	3.20	0.58	94.62	3.85	1.54
7. โดยทั่วไปท่านพอใจในตนเอง	3.20	0.55	95.00	3.85	1.15
8. ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น	2.95	0.63	83.85	13.08	3.08
9. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์	3.13	0.63	90.77	6.92	2.31
10. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย	3.13	0.61	88.46	10.77	0.77
รวม	3.09	0.34	68.85	31.15	0.00



จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 68.85

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD.	ระดับสูง (ร้อยละ)	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับต่ำ (ร้อยละ)
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	28	22.34	2.99	64.62	33.85	1.54
การออกกำลังกาย	20	14.66	3.21	44.62	42.31	13.08
โภชนาการ	40	31.82	2.67	66.54	33.46	0.0
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	32	26.00	4.04	68.08	27.69	4.23
การพัฒนาจิตวิญญาณ	44	30.84	4.79	27.31	65.77	6.92
การจัดการกับความเครียด	24	16.35	2.44	16.92	68.85	14.23
<b>รวม</b>	<b>188</b>	<b>142.02</b>	<b>13.48</b>	<b>52.31</b>	<b>47.69</b>	<b>0.0</b>

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 52.31

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ความแตกต่างของปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าทีของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
<b>รวม</b>					
ชาย	80	3.02	0.31	-0.117	0.907
หญิง	180	3.01	0.29		
<b>1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>					
ชาย	80	3.14	0.45	-1.277	0.203
หญิง	180	3.21	0.42		
<b>2. การออกกำลังกาย</b>					
ชาย	80	3.01	0.62	1.262	0.208
หญิง	180	2.90	0.65		
<b>3. โภชนาการ</b>					
ชาย	80	3.15	0.27	-1.352	0.178
หญิง	180	3.20	0.27		
<b>4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b>					
ชาย	80	3.15	0.27	-0.675	0.501
หญิง	180	3.20	0.27		
<b>5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>					
ชาย	80	2.89	0.45	2.172	0.031*
หญิง	180	2.76	0.42		
<b>6. การจัดการกับความเครียด</b>					
ชาย	80	3.02	0.31	0.117	0.475
หญิง	180	3.021	0.29		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**เพศ** จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเพศที่ต่างกันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} < .05$ ) ในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ดีกว่าเพศหญิง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 5** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
<b>รวม</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1766.476	2	883.238	5.011	0.007**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	45298.427	257	176.258		
<b>1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	104.170	2	52.085	6.050	0.003**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2212.365	257	8.608		
<b>2. การออกกำลังกาย</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	54.153	2	27.077	2.666	0.071
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2610.062	257	10.156		
<b>3. โภชนาการ</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	12.136	2	6.068	0.849	0.429
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1837.725	257	7.151		
<b>4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	217.535	2	108.768	6.968	0.001**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4011.461	257	15.609		
<b>5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	95.599	2	47.799	2.098	0.125
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5855.617	257	22.785		
<b>6. การจัดการกับความเครียด</b>					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2.128	2	1.064	0.177	0.838
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1541.022	257	5.996		

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับอายุ (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD

อายุ (ปี)	$\bar{x}$	1. 60-69 ปี	2. 70-79 ปี	3. 80 ปีขึ้นไป
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. 60-69 ปี	3.24	-		*
2. 70-79 ปี	3.21		-	*
3. 80 ปีขึ้นไป	2.97	*	*	-
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
1. 60-69 ปี	3.30	-		*
2. 70-79 ปี	3.30		-	*
3. 80 ปีขึ้นไป	2.97	*	*	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**อายุ** จากตารางที่ 5 และ 6 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน จำแนกตามอายุ ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .01) ใน 2 ด้านด้วยกัน ดังนี้ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 ด้านนี้ต่ำสุด และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอีกด้านคือด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งสองด้านนี้ต่ำสุด และแตกต่างจากผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตารางที่ 7** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	S	S	df	MS	F	P-value
รวม						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2417.464	2	1208.732	6.958	0.001*	
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	44647.440	257	173.725			
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	51.090	2	25.545	2.898	0.057	
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2265.445	257	8.815			
2. การออกกำลังกาย						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	131.732	2	65.866	6.684	0.001*	
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2532.483	257	9.854			
3. โภชนาการ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	10.219	2	5.110	0.714	0.491	
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1839.643	257	7.158			
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	166.340	2	83.170	5.261	0.006*	
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4062.656	257	15.808			
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	309.397	2	154.698	7.047	0.001*	
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5641.819	257	21.953			
6. การจัดการกับความเครียด						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2.913	2	1.456	0.243	0.784	
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1540.237	257	5.993			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับสถานภาพสมรส (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD

สถานภาพสมรส	$\bar{x}$	1.โสด	2.คู่	3.หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่
<b>การออกกำลังกาย</b>				
1 โสด	3.10	-		
2 คู่	3.05		-	*
3 หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	2.77		*	-
<b>การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b>				
1 โสด	3.40	-		
2 คู่	3.33		-	*
3 หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	3.14		*	-
<b>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>				
1 โสด	2.70	-		
2 คู่	2.89		-	*
3 หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	2.69		*	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**สถานภาพสมรส** จากตารางที่ 7 และ 8 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน จำแนกตามสถานภาพสมรส ด้วยวิธี LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .01$ ) ใน 3 ด้านด้วยกัน ดังนี้ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทั้ง 3 ด้านนี้ดีกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตารางที่ 9** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	S	S	df	MS	F	P-value
รวม						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	3362.685		5	672.537	3.909	0.002**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	43702.219		254	172.056		
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	103.317		5	20.663	2.371	0.040*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2213.217		254	8.713		
2. การออกกำลังกาย						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	89.169		5	17.834	1.759	0.122
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2575.046		254	10.138		
3. โภชนาการ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	30.160		5	6.032	0.842	0.521
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1819.702		254	7.164		
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	116.462		5	23.292	1.439	0.211
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4112.534		254	16.191		
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	553.965		5	110.793	5.214	0.000**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5397.250		254	21.249		
6. การจัดการกับความเครียด						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	34.126		5	6.825	1.149	0.335
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1509.024		254	5.941		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับระดับการศึกษา (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี LSD

ระดับการศึกษา	$\bar{x}$	1. ไม่ได้รับ การศึกษา	2. ประถม ศึกษา	3. มัธยม ต้น	4. มัธยม ปลาย	5. อนุปริญญา อาชีวศึกษา	6. ปริญญาตรี
<b>ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>							
1. ไม่ได้รับการศึกษา	2.92	-	**	*	**	*	*
2. ประถมศึกษา	3.20	**	-				
3. มัธยมต้น	3.20	*		-			
4. มัธยมปลาย	3.29	**			-		
5. อนุปริญญา อาชีวศึกษา	3.46	*				-	
6. ปริญญาตรี	3.33	*					-
<b>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>							
1. ไม่ได้รับการศึกษา	2.60	-		*	**	**	**
2. ประถมศึกษา	2.76		-		**	*	**
3. มัธยมต้น	2.92	*		-			
4. มัธยมปลาย	3.02	**	**		-		
5. อนุปริญญา อาชีวศึกษา	3.30	**	*			-	
6. ปริญญาตรี	3.24	**	**				-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ระดับการศึกษา** จากตารางที่ 9 และ 10 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน จำแนกตามระดับการศึกษา ด้วยวิธี LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} < .05$ ) ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำสุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุทุกกลุ่มที่เหลือ

และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p\text{-value} < .01$ ) โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำสุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุทุกกลุ่มที่เหลือยกเว้นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย ระดับอนุปริญญา อาชีวศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีด้วย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 11** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามแหล่งรายได้หลัก

แหล่งความแปรปรวน	S	S	df	MS	F	P-value
รวม						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1565.474		2	782.737	4.421	0.013*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	45499.430		257	177.041		
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	15.549		2	7.775	0.868	0.421
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2300.985		257	8.953		
2. การออกกำลังกาย						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	106.010		2	53.005	5.325	0.005*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2558.205		257	9.954		
3. โภชนาการ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	15.826		2	7.913	1.109	0.332
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1834.035		257	7.136		
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	18.613		2	9.307	0.568	0.567
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4210.383		257	16.383		
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	361.570		2	180.785	8.312	0.000*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5589.646		257	21.750		
6. การจัดการกับความเครียด						
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	3.378		2	1.689	0.282	0.755
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1539.772		257	5.991		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 12** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับแหล่งรายได้หลัก (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD

แหล่งรายได้หลัก	$\bar{x}$	1. เบี้ยหวัด/ บำนาญ	2. การ ประกอบอาชีพ	3. บุตรหลาน
<b>การออกกำลังกาย</b>				
1 เบี้ยหวัด/บำนาญ	3.17	-	*	**
2 การประกอบอาชีพ	2.92	*	-	
3 บุตรหลาน	2.85	**		-
<b>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>				
1 เบี้ยหวัด/บำนาญ	3.00	-	*	**
2 การประกอบอาชีพ	2.80	*	-	
3 บุตรหลาน	2.73	**		-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**แหล่งรายได้หลัก** จากตารางที่ 11 และ 12 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน จำแนกตามแหล่งรายได้หลัก ด้วยวิธี LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p\text{-value} < .01$ ) ใน 2 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกายและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักมาจากเบี้ยหวัด/บำนาญ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 ด้านดีที่สุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักจากการประกอบอาชีพและผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักจากบุตรหลาน

**ตารางที่ 13** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี  
จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
รวม					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2042.142	3	680.714	3.871	0.010*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	45022.762	256	175.870		
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	31.925	3	10.642	1.192	0.313
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2284.610	256	8.924		
2. การออกกำลังกาย					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	134.742	3	44.914	4.546	0.004**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2529.473	256	9.881		
3. โภชนาการ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	8.540	3	2.847	0.396	0.756
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1841.321	256	7.193		
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	112.693	3	37.564	2.336	0.074
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4116.303	256	16.079		
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	300.397	3	100.132	4.536	0.004**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5650.818	256	22.074		
6. การจัดการกับความเครียด					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	34.151	3	11.384	1.931	0.125
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1508.999	256	5.895		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 14** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับรายได้ (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD

รายได้ (บาท/เดือน)	$\bar{x}$	1. ต่ำกว่า 2,000 บาท	2. 2,001- 4,000 บาท	3. 4,001- 6,000 บาท	4. มากกว่า 6,000 บาท
<b>การออกกำลังกาย</b>					
1. ต่ำกว่า 2,000 บาท	2.92	-		*	
2. 2,001-4,000 บาท	2.95		-		*
3. 4,001-6,000 บาท	2.70	*		-	**
4. มากกว่า 6,000 บาท	3.09		*	**	-
<b>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>					
1. ต่ำกว่า 2,000 บาท	2.75	-			**
2. 2,001-4,000 บาท	2.75		-		**
3. 4,001-6,000 บาท	2.80			-	*
4. มากกว่า 6,000 บาท	2.93	**	**	*	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**รายได้** จากตารางที่ 13 และ 14 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน จำแนกตามรายได้ ด้วยวิธี LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p\text{-value} < .01$ ) ใน 2 ด้าน คือด้านการออกกำลังกายและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยในด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 6,000 บาท มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายนี้สูงที่สุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,001-4,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 4,001-6,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 4,001-6,000 บาทมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 6,000 บาทมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ดีที่สุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้อื่นทุกกลุ่ม โดยแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทและ 2,001-4,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 4,001-6,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 15** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี  
จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
รวม					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1855.789	4	463.947	2.617	0.036*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	45209.114	255	177.291		
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	16.273	4	4.068	0.451	0.772
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2300.262	255	9.021		
2. การออกกำลังกาย					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	134.845	4	33.711	3.399	0.010*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2529.370	255	9.919		
3. โภชนาการ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	24.287	4	6.072	0.848	0.496
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1825.575	255	7.159		
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	25.751	4	6.438	0.391	0.815
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4203.245	255	16.483		
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	373.798	4	93.449	4.273	0.002**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5577.417	255	21.872		
6. การจัดการกับความเครียด					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	19.072	4	4.768	0.798	0.528
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1524.078	255	5.977		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 16** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับอาชีพ (Post Hoc Multiple Comparison ) ด้วยวิธี LSD

อาชีพ	$\bar{x}$	1. ไม่มี อาชีพ	2. ค้าขาย	3. รับจ้าง	4. เกษตรกร	5. ข้าราชการ บำนาญ
<b>การออกกำลังกาย</b>						
1. ไม่มีอาชีพ	2.84	-				**
2. ค้าขาย	2.93		-			
3. รับจ้าง	2.84			-		*
4. เกษตรกรรม	3.40				-	
5. ข้าราชการบำนาญ	3.17	**		*		-
<b>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>						
1. ไม่มีอาชีพ	2.73	-				**
2. ค้าขาย	2.81		-			
3. รับจ้าง	2.74			-		*
4. เกษตรกรรม	3.11				-	
5. ข้าราชการบำนาญ	2.99	**		*		-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**อาชีพ** จากตารางที่ 15 และ 16 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้าน จำแนกตามอาชีพ ด้วยวิธี LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p$ -value < .05) ในด้านการออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ดีกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p$ -value < .01) ในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ดีกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



**ตารางที่ 17** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี  
จำแนกตามสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
รวม					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2248.820	3	749.607	4.282	0.006**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	44816.084	256	175.063		
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	74.971	3	24.990	2.854	0.038*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2241.564	256	8.756		
2. การออกกำลังกาย					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	85.481	3	28.494	2.829	0.039*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2578.734	256	10.073		
3. โภชนาการ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	30.818	3	10.273	1.446	0.230
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1819.044	256	7.106		
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	126.520	3	42.173	2.632	0.051
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4102.476	256	16.025		
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	284.107	3	94.702	4.278	0.006**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5667.109	256	22.137		
6. การจัดการกับความเครียด					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	6.473	3	2.158	0.359	0.782
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1536.677	256	6.003		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 18** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี LSD

สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน	$\bar{x}$	1	2	3	4
<b>ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>					
1. อยู่คนเดียว	3.14	-			
2. อยู่กับคู่สมรส	3.34		-		*
3. อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน	3.24			-	*
4. อยู่กับบุตรหลาน	3.11		*	*	-
<b>การออกกำลังกาย</b>					
1. อยู่คนเดียว	2.96	-			
2. อยู่กับคู่สมรส	3.09		-		
3. อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน	3.02			-	**
4. อยู่กับบุตรหลาน	2.79			**	-
<b>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>					
1. อยู่คนเดียว	2.75	-			
2. อยู่กับคู่สมรส	2.86		-		
3. อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน	2.90			-	**
4. อยู่กับบุตรหลาน	2.69			**	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน** จากตารางที่ 17 และ 18 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน จำแนกตามสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน ด้วยวิธี LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05) ใน 2 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันอยู่กับบุตรหลานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำสุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันอยู่กับบุตรหลานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และพบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p\text{-value} < .01$ ) ในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันอยู่กับบุตรหลานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 19** ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี  
จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
รวม					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1684.760	3	561.587	3.168	0.025*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	45380.144	256	177.266		
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	88.158	3	29.386	3.376	0.019*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2228.376	256	8.705		
2. การออกกำลังกาย					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	34.277	3	11.426	1.112	0.345
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	2629.938	256	10.273		
3. โภชนาการ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	29.941	3	9.980	1.404	0.242
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1819.920	256	7.109		
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	194.234	3	64.745	4.108	0.007**
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	4034.762	256	15.761		
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	29.606	3	9.869	0.427	0.734
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	5921.610	256	23.131		
6. การจัดการกับความเครียด					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	38.115	3	12.705	2.161	0.093
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1505.035	256	5.879		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุ กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Post Hoc Multiple Comparison) ด้วยวิธี LSD

จำนวนสมาชิกในครอบครัว	$\bar{x}$	1. 1 คน	2. 2-4 คน	3. 5-7 คน	4. 8 คนขึ้นไป
<b>1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>					
1. 1 คน	3.15	-			
2. 2-4 คน	3.11		-	**	
3. 5-7 คน	3.29		**	-	
4. 8 คนขึ้นไป	3.18				-
<b>การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b>					
1. 1 คน	3.19	-		*	
2. 2-4 คน	2.87		-		
3. 5-7 คน	2.89	*		-	**
4. 8 คนขึ้นไป	3.02			**	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**จำนวนสมาชิกในครอบครัว** จากตารางที่ 19 และ 20 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว ด้วยวิธี LSD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} < .05$ ) ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ดีที่สุดและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และพบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p\text{-value} < .01$ ) ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ต่ำกว่าและแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 8 คนขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตารางที่ 21** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าทีของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยา อนุรักษ์เบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามการมีโรคประจำตัว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
รวม					
มีโรคประจำตัว	163	3.01	0.29	-0.418	0.676
ไม่มีโรคประจำตัว	97	3.02	0.32		
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
มีโรคประจำตัว	163	3.26	0.40	3.149	0.002*
ไม่มีโรคประจำตัว	97	3.09	0.46		
2. การออกกำลังกาย					
มีโรคประจำตัว	163	2.89	0.64	-1.395	0.164
ไม่มีโรคประจำตัว	97	3.00	0.64		
3. โภชนาการ					
มีโรคประจำตัว	163	3.20	0.26	1.532	0.127
ไม่มีโรคประจำตัว	97	3.15	0.27		
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
มีโรคประจำตัว	163	3.21	0.51	-1.805	0.072
ไม่มีโรคประจำตัว	97	3.32	0.50		
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ					
มีโรคประจำตัว	163	2.78	0.42	-1.223	0.222
ไม่มีโรคประจำตัว	97	2.85	0.45		
6. การจัดการกับความเครียด					
มีโรคประจำตัว	163	2.72	0.41	-0.370	0.712
ไม่มีโรคประจำตัว	97	2.74	0.40		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**การมีโรคประจำตัว** จากตารางที่ 21 การวิเคราะห์ความแตกต่างของของค่าคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามการมีโรคประจำตัว พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการมีโรคประจำตัวที่ต่างกัน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการมีโรคประจำตัวที่ต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ในด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

**ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**

**ตารางที่ 22** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ปัจจัย	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	
	r	p-value
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล		
- เพศ	-0.011	0.854
- อายุ	-0.179	0.004*
- สถานภาพสมรส	-0.215	0.000*
- ระดับการศึกษา	0.246	0.000*
- แหล่งรายได้หลัก	-0.162	0.009*
- รายได้	0.209	0.002*
- อาชีพ	0.165	0.008*
- สถานภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน	-0.077	0.216
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.030	0.636
- โรคประจำตัว	0.024	0.703
ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	0.406	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 22 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ และปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้ คือ อายุและแหล่งรายได้หลักมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขณะที่สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

**ตอนที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**

**ตารางที่ 23** การคัดเลือกตัวแปรในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวพยากรณ์	Beta	t	p-value
อายุ	-0.040	-0.661	0.510
สถานภาพสมรส	-0.183	-3.059	0.002*
ระดับการศึกษา	0.167	2.753	0.006*
แหล่งรายได้หลัก	-0.013	-0.183	0.855
รายได้	0.013	0.179	0.858
อาชีพ	0.045	0.631	0.529
ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	0.357	5.934	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 23 เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่ามีเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ตามลำดับ



**ตารางที่ 24** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Solution) ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$  change) ในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	$R^2$	$R^2$ change	p-value
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	.403	.162	.162	0.000*
สถานภาพสมรส	.452	.204	.042	0.002*
ระดับการศึกษา	.480	.231	.026	0.006*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 24 เมื่อนำตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกมาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise) ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ขั้นที่ 1 พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .162 แสดงว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 16.2

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์สถานภาพสมรสเข้าไป สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .204 ( $R^2 = .204$ ) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ การเห็นคุณค่าในตนเองและสถานภาพสมรสสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 20.4 โดยที่สถานภาพสมรส สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.2 ( $R^2$  change = .042)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ระดับการศึกษาเข้าไป สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .231 ( $R^2 = .231$ ) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ การเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.1 โดยที่ระดับการศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.6 ( $R^2$  change = .026)

ตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ B และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวพยากรณ์	Beta	B	S.E. $\beta$	t	p-value
ความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	.357	14.690	2.475	5.934	.000*
สถานภาพสมรส	-.183	-2.359	.771	-3.059	0.002*
ระดับการศึกษา	.167	2.273	.825	2.753	0.006*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 25 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดคือ ความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Beta = .357) รองลงมาคือ สถานภาพสมรส (Beta = -.183) และระดับการศึกษา (Beta = .167) ตามลำดับ แสดงว่าความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รองลงมาคือ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามและการวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

#### สรุปผลการวิจัย

##### ตอนที่ 1 สรุปข้อมูลลักษณะตัวอย่างประชากรในการศึกษาวินิจฉัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 260 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง 180 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 เป็นเพศชาย 80 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.2 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหย่า หย่า/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ตามลำดับ มีสถานภาพโสดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.3 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมา มีจำนวน 5-7 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 39.6 ส่วนด้านอาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.4 ไม่มีอาชีพ รองลงมา ร้อยละ 20.8 เป็นข้าราชการบำนาญ และร้อยละ 13.8 ประกอบอาชีพค้าขาย รายได้หลักส่วนใหญ่ได้รับจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 58.1 รองลงมา เป็นรายได้ที่ได้จากเบี้ยหวัด / บำนาญ และการประกอบอาชีพค้าขาย โดยผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 33.5 และรายได้ระหว่าง 2,001-4,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.4 เป็นอันดับรองลงมา ส่วนด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 71.2 ไม่ได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 7.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 62.7 โดยพบโรคระบบหัวใจและโลหิตมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือโรคระบบต่อมต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 21.9 ตามลำดับ

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและค่าเฉลี่ยปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1 ค่าเฉลี่ยปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 3.09 อยู่ในระดับสูง และร้อยละของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 68.85 และเมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อย่อย พบรายข้อย่อยที่ 2 “ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.27 รองลงมาคือ รายข้อย่อยที่ 7 และ 6 “โดยทั่วไปท่านพอใจในตนเอง” และ “ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง” ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.20 เท่ากัน

2.2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 142.02 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงและปานกลางอย่างละ 3 ด้าน เท่ากัน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความโภชนาการ ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

และพบว่าร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการ และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยคิดเป็นร้อยละ 68.08 ร้อยละ 66.54 และ ร้อยละ 64.62 ตามลำดับ

## ตอนที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยเพศ และปัจจัยการมีโรคประจำตัวด้วยสถิติ t-test ผลการทดสอบ พบว่า

- 1) โดยรวมผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเพศและปัจจัยการมีโรคประจำตัวที่ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} < .05$ ) ในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

3) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการมีโรคประจำตัวที่ต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

3.2 การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติ One – way ANOVA ผลการทดสอบ พบว่า

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใน 2 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการออกกำลังกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

3) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

4) ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการออกกำลังกาย และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

5) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการออกกำลังกายและด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

6) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการออกกำลังกาย และ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

7) ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกาย และ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

8) ผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

#### ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง กับปัจจัยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 7 ปัจจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ และปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้ คือ อายุ สถานภาพสมรสและแหล่งรายได้หลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอายุและแหล่งรายได้หลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำ ส่วนสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างต่ำ ขณะที่ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และ ปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนระดับ การศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

#### ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการ สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง กับปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิค Stepwise Solution โดยนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในตอนี่ 4 ทั้ง 7 ปัจจัย คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ และปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มาวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่สามารถ พยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การ พยากรณ์ ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.231 ซึ่งหมายถึง ปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยสถานภาพ สมรสและปัจจัยระดับการศึกษา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.1 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ใช้ พยากรณ์ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ปัจจัยที่มี น้ำหนักมากที่สุดคือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางบวก ( $Beta = .357$ ) รองลงมาคือ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ในทางลบ ( $Beta = -.183$ ) และระดับการศึกษา มี ความสัมพันธ์ในทางบวก ( $Beta = .167$ ) ตามลำดับ แสดงว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มี ความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รองลงมาคือ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ตามลำดับ

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่ ปัจจัยด้าน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ และอาชีพ

**อายุ** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาถึงช่วงอายุจะพบความแตกต่างระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน จากกลุ่มตัวอย่างจะพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายต่ำสุด ซึ่งต่างจากกลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้สูงอายุ 60-69 ปี ตามลำดับ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาทลดลงซึ่งก็เป็นไปตามทฤษฎีการถอยห่าง และผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของจากรวรรณ เหมะธร และพิมพ์วรรณ ศิลปะสุวรรณ(48) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีความคล่องแคล่วและมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป และในปี 2535 มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ(49) พบว่า ศักยภาพของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมได้มากหรือน้อยเพียงใดนั้นผันแปรไปตามอายุ ต่อมาในปี 2539 มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์(50) พบว่า การร่วมงานของชุมชนและความบ่อยครั้งเป็นปฏิภาคกับอายุ

**สถานภาพสมรส** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้งซึ่งระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรสเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยย่อมจะต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว ต้องดูแลช่วยเหลือตนเองทั้งหมดปกติและเมื่อเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสนั้นจะทำให้รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ขาดคู่อใจ ขาดที่ปรึกษา เหงา ว้าเหว่ ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรสจะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์และสุขภาพ ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด จะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแทบทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล(51) พบว่า



สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย(13) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่นี้ค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ สมรส โสด หม้าย หย่าแยก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ วรพนิต ศุภระแพทย์(52) ซึ่งพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติ ที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิด พิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะ ในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่ง ประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้อง และดีกว่าผู้ที่มีการศึกษา ต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน(42) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมี พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์(7) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมี พฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ รวมทั้งการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย(13) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ มีระดับการศึกษาสูงกว่า ม.8 มีค่าคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและ รายด้านสูงที่สุด ซึ่งแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่น ๆ ทุกระดับ นอกจากนี้ นริศรา ลีลา มานิตย์(53) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยของตนเอง ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ สุขภาพอนามัยถูกต้องกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา แต่สำหรับการศึกษาของ วรณวิมล เบญจกุล( 54) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001

**แหล่งรายได้หลัก** การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณค่า ตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานมาเยี่ยมบ่อยหรือเป็นประจำมีแนวโน้มในการประเมิน ตนเองไปในทางที่ดี(55) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุมีความรู้สึกเห็นคุณค่า ในตนเองในระดับสูง และกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับรายได้หลักจากบุตรหลาน เมื่อผู้สูงอายุมี ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองแล้วและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sonstroem(42) พบว่า ความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรม มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของบุคคล

**รายได้** ผู้มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง รวมทั้งเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย(5) มีการศึกษาหลายครั้งพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ(6,13,30,36) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี(56) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี เขมิภายามะรัตน์ (57) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้น้อยจะเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาการบำรุงรักษาส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี และศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (10) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**อาชีพ** เป็นการประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งเพราะทำให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เช่น การแสวงหาอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้ที่มีอาชีพจึงมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย สำหรับผู้ที่ไม่มียาชีพทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุรายได้ต้องอาศัยจากบุตรหลาน การใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงทำได้ไม่เต็มที่ การดูแลสุขภาพตนเองจึงไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น จากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า อาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง โดยผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญจะเป็นผู้ที่มีรายได้มั่นคง แน่นนอน มีเวลารว่าง ไม่ต้องตรากตรำทำงานหนัก จึงมีผลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพจะไม่มีรายได้เป็นของตนเอง และจะรู้สึกที่ตนเองกลายเป็นบุคคลที่ไม่มีความสำคัญ ไม่มีคุณค่า สูญเสียบทบาทหน้าที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ไม่กล้าตัดสินใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่ยังต้องมีภาระเลี้ยงครอบครัว ต้องการรายได้มาจุนเจือครอบครัว ลักษณะงานมักเป็นงานค่อนข้างหนักและเหนื่อยสำหรับผู้สูงอายุ และมีรายได้ไม่แน่นอน มีรายได้ตามเวลาของการทำงาน ทำให้ไม่ค่อยมีเวลารว่างหรือเวลาพักผ่อน เป็นผลให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพวัลย์ ชาวสำอาง(58) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองต่างกัน และการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล(10) พบว่า ผู้สูงอายุจังหวัด

ลำปางที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองต่ำที่สุด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ (59) ที่พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยตัวที่สองที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง โดยอธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ปวดหลังที่ไม่มีอาชีพหรือไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี มีเวลาว่างไปพบแพทย์ ออกกำลังกาย พักผ่อน และการดูแลสุขภาพของตนเอง

ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่า เพศหญิงหรือเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Speake, et al.(60) ที่พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ และการศึกษาของจิรวรรณ อินคัม(61) ที่พบว่าเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ไม่ว่าจะเพศหญิงหรือเพศชายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยกันทั้งนั้น ทำให้เพศหญิงและเพศชายประสบปัญหาต่าง ๆ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น เนื่องจากเลนส์ตาเสื่อม และความสามารถในการปรับระยะภาพ เอกรัตน์ เชื้ออินธา(62) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน และการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน(42) พบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเกษียณอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน

**สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว** สภาพสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนรูปจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเพียง 2-4 คน และด้านสภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส บุตรหลานเป็นจำนวนมากสุด ผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล(10) พบว่า สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี และ พนิดา คุณาธรรม (63) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ต่างกัน มีทัศนคติ และการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้องมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใน

ครอบครัวเดียว เนื่องจากครอบครัวขยายมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่าครอบครัวเดียว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และบุตร

**การมีโรคประจำตัว** ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อมีความสามารถทางร่างกายลดลง ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับ จุฑามาศ คำแพรวดี(64) พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคไม่สามารถร่วมเข้า กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ระยะเวลาของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่สอดคล้องกับ บรรลุ ศรีพานิชและคณะ(65) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและสุขภาพแข็งแรง จะกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง

## 2. ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นผลให้เกิดความสุขและความพอใจในชีวิต คิดว่าชีวิตยังมีคุณค่า มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตให้มีความสุข ไม่ให้เป็นภาระต่อบุตรหลาน และมีความภูมิใจในความสำเร็จที่ผ่านมาของชีวิต ทั้งนี้เนื่องจาก สังคมยังให้ความเคารพนับถือ ยกย่องและให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังสามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวหรือสังคมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (55) พบว่า ผู้สูงอายุไทย พิจารณาว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อสังคม มีคุณค่าต่อครอบครัว ในการเป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยอบรมสั่งสอนบุตรหลาน ตลอดจนช่วยงานบ้านและดูแลบ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร (38) โดยพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาพพจน์ต่อตนเองในทางบวก และมีคุณค่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีสถานภาพและบทบาทสูงในสังคมชนบท ได้รับการเคารพนับถือ และยอมรับจากสมาชิกทั้งในครอบครัวและสังคม

## 3. ปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร(38) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธีรา เทศวงษ์(66) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จึงไม่ให้ความสำคัญของการ

ปฏิบัติตนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ แต่จะมุ่งเน้นเฉพาะแก้ปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคของตน และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในแต่ละด้าน พบรายละเอียดดังนี้

**1. ด้านโภชนาการ** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลลนา ฮันตระกูล และ รสสุคนธ์ แสงมณี(67) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมแต่ยังชอบรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัด เค็มจัด และการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ(68) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี สามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง และเลือกประเภทอาหารที่มีคุณค่า หรือมีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำนองเดียวกันกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพจึงมีเวลาว่างพอที่จะประกอบอาหารรับประทานเอง มีโอกาสเลือกและจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ได้ตามต้องการ ประกอบกับอาหารประเภทผักผลไม้และเนื้อสัตว์ต่างๆสามารถหาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาดทั่วไป นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับสามี/ภรรยา/บุตรหลาน และการมีรายได้เป็นของตนเอง จึงมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

**2. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการพัฒนาทางจิตวิญญาณในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย(30) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งที่สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์ และมีวุฒิภาวะสูง ทำให้มีความคิดอย่างมีเหตุผล และมีการตัดสินใจที่ดี ระบุว่าสถานการณ์ใดที่คุกคามต่อชีวิต หรือเสี่ยงต่ออันตราย มีความสามารถอย่างดีในการพัฒนาร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา เพื่อที่จะก่อให้เกิดพลังจนไปถึงจุดมุ่งหมายในชีวิต ประกอบกับกลุ่มผู้สูงอายุจะใช้หลักคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องมือยึดเหนี่ยวจิตใจ เข้าใจธรรมชาติ เนื่องจากจิตวิญญาณมีส่วนสัมพันธ์กับศาสนา ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว มีสมาชิกอยู่ร่วมในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละเลยทอดทิ้ง ยังคงได้รับการดูแลเอาใจใส่ ยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองอีกด้วย และกิจกรรมของชมรมได้มีกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อช่วยในการบำบัดในผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล การที่กลุ่มตัวอย่างทำตัวเป็นประโยชน์ต่อสังคมช่วยงานของโรงพยาบาล หรืองานสาธารณกุศลต่างๆย่อมเป็นที่ปรารถนาของสังคม ก่อให้เกิดสุขภาพจิตดี เกิดความหวังว่าจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุขตามสภาพ

การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**3. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจน์(69) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นช่วงวัยที่มีการพึ่งพาอาศัยกันและกัน มีการพบปะพูดคุย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกต่อกัน การมีสัมพันธ์ระหว่างกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น ถือเป็นการสนับสนุนอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี(5) และนอกเหนือจากนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักและเข้าใจตนเองได้รับความรักและความช่วยเหลือต่าง ๆ ได้รับการตอบสนองด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดีเช่นกัน ในทำนองเดียวกันมีการศึกษา ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล(10) , นางลักษ์ บุญไทย(43) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี ลักษณะของสังคมไทยจะอยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติมีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ซึ่งถือว่าเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้ง แต่ผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ อินคุ่ม(61) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมต่างๆในสังคม เพราะร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทาง ต้องพึ่งลูกหลานให้พาไปจึงทำให้เกิดความรู้สึกเกรงใจไม่อยากไปไหน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินทรพานิช(44) ที่พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ

**4. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่สอดคล้องกัน(13,65,69) ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่ผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย(30) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นช่วงวัยแก่ปานกลาง และไม่ค่อยแก่ ตามลำดับซึ่งสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม มักประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอันเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจเอาใจใส่ในสุขภาพตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม อีกทั้งในปัจจุบันมีเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยมากขึ้น ส่งผลให้ระบบการสาธารณสุขสามารถกระจายความรู้และข้อมูลข่าวสารเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามสื่อต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองได้รวดเร็วจากการดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ

หรือการอ่านเอกสาร ให้เกิดการกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น จึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง

กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยได้มีการจัดกิจกรรมเรื่องสุขภาพอยู่เป็นประจำทุกเดือน ประกอบกับมีการแจ้งเป็นจดหมายข่าวประจำทุกเดือนแก่สมาชิก ส่วนนี้ก็เป็นช่องทางหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้เช่นกัน และจากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสภาวะส่วนบุคคลเพียง 5 ปัจจัยเท่านั้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีโรคประจำตัว ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาเป็นต้นไป อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ในครอบครัวสมาชิกประมาณ 2-4 คน และการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่นอกเหนือจากนี้ คือกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการส่งเสริมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยอาจเพิ่มเติมกิจกรรมในการประชุมกลุ่มย่อย การใช้สื่ออุปกรณ์ที่สั้น ๆ เข้าใจง่าย เป็นภาพชัดเจน เพื่อกลุ่มผู้สูงอายุจะมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าร่วมกลุ่มด้วย ทั้งนี้อาจเป็นที่ลักษณะสังคมไทยอย่างหนึ่งในเรื่องความเกรงใจ ไม่กล้าขอคำแนะนำ ไม่รู้ว่าจะถามอะไร และบางรายเข้าใจว่าแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลรักษาจะเป็นคนบอกเองทั้งหมด เมื่อไม่เข้าใจจะไม่กล้าถามซ้ำ และผู้สูงอายุมักจะมีความรู้สึกที่ตนเป็นผู้อาวุโส(25) จึงคาดหวังว่าตนควรจะเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือ คำแนะนำต่าง ๆ ร่วมกับความเป็นผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อม เช่น สายตาไม่ดี หูได้ยินไม่ชัดเจน ความจำไม่ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเองที่จะซักถามปัญหาหรือขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล

**5. ด้านการจัดการกับความเครียด** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย(30) และ จิราภรณ์ ฉลาวัณณ์(59) ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะด้านจิตใจ และถือได้ว่าเป็นแหล่งช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับผู้สูงอายุได้ผ่านช่วงวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมามาก สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยผู้ใหญ่ จึงมีความสงบเยือกเย็นมีการใช้เหตุผลมากขึ้น(4,12) ประกอบกับกิจกรรมของชมรมมีกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุจึงสามารถนำหลักธรรมทางศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า การทำจิตใจให้สงบจะทำให้

ให้อายุยืนยาว การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญความเครียดได้ดี ซึ่งผู้สูงอายุต้องรู้จักวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งมี 2 ลักษณะคือ

1. การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเอง โดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา
2. การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป เมื่อกลุ่มผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เครียด ไม่เก็บความไม่สบายใจไว้คนเดียวจะเป็นส่วนส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดในระดับดีขึ้นจากปานกลางเป็นระดับสูงได้

**6. การออกกำลังกาย** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร(38) และขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (70) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายค่อนข้างดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนกลาง และรองลงมาคือวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกายทุกระบบไปในทางเสื่อม แต่อัตราการเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะต่างๆยังเป็นไปในระดับต่ำ เช่นการมองเห็นจะมีประสิทธิภาพเสื่อมลงร้อยละ 4% การได้ยินจะเสื่อมลงร้อยละ 5% และระบบกล้ามเนื้อจะทำงานได้ช้าลงร้อยละ 1%(12) ผู้สูงอายุยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดี และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านจำแนกตามเพศสูงกว่าเพศหญิง อาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยในสมัยก่อนเพศชายจะมีโอกาสได้รับการศึกษา ได้รับข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่า ได้รับบทบาทเป็นผู้นำเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่การศึกษาครั้งนี้ไปสอดคล้องกับ ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ(10) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย และวาสนาเถื่อนวงษ์(71) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเพราะสุขภาพไม่แข็งแรง ลูกนั่งหรือเดินไม่สะดวก ถ้าออกกำลังกายหลังแล้วไม่สบายมากขึ้น ไม่มีเวลา ไม่ว่างพอที่จะออกกำลังกาย ซึ่งส่วนใหญ่พบในพวกที่ยังประกอบอาชีพอยู่ คิดว่าการทำงาน เช่น งานบ้าน การขายของ เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ไม่สนใจการออกกำลังกายอีก และไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกายเพราะกลัวไม่มีคนช่วย ซึ่งการออกกำลังกายจากการทำงานบ้าน เป็นการออกกำลังกายในช่วงสั้นๆและไม่ต่อเนื่อง ถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่ไม่เป็นประสิทธิภาพ ไม่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ



การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้น ต้องเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และสมรรถนะทางร่างกายของผู้สูงอายุ โดยไม่หักโหมให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย

เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายให้อยู่ในระดับสูง ซึ่งพัฒนาจากระดับปานกลาง และสามารถถึงระดับสูงไว้ได้ บรรลุ ศรีพานิช(4) พบว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาวอย่างมีความสุข ชะลอความชราลงได้ เช่นต้องมีการอบอุ่นร่างกายด้วยการออกกำลังกายซ้ำๆ ไม่หักโหมหรือไม่เหนื่อยจนเกินไป และมีระยะผ่อนคลายหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนการออกกำลังกายประกอบด้วย การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ ขณะทำกิจกรรม การเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว และการเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การรำมวยจีน การเล่นโยคะ สำหรับในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรมีการบริหารร่างกายไปด้วย เช่นการเดินในระยะใกล้ๆ การบริหารกล้ามเนื้อหูรูดโดยการขมิบก้น เป็นต้น

#### 4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

พบว่า ปัจจัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.231 หมายถึง ปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยสถานภาพสมรสและปัจจัยระดับการศึกษา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.1 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ใช้พยากรณ์ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ปัจจัยที่มีน้ำหนักมากที่สุดคือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางบวก (Beta = .357) รองลงมาคือ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ในทางลบ (Beta = -.183) และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวก (Beta = .167) ตามลำดับ แสดงว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี เนื่องจาก การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตและปัจจัยต่าง ๆ มีผลในการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาคือสถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ตามลำดับ

## ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงและปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงเช่นกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบ 3 ด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอีก 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถพัฒนาพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านในระดับกลางสู่ระดับสูงได้ และคงรักษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูงอยู่แล้วให้คงอยู่ โดยผลรับจะก่อให้เกิดผู้สูงอายุมีสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และสังคมที่เป็นสุข อยู่ในสภาวะปัจจุบันได้ดี หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องดังต่อไปนี้

1. แผนงานการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มุ่งการดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานกัน ผ่านการใช้สื่อรูปแบบต่าง ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สื่อด้วยภาพที่น่าสนใจ พร้อมการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ในกลุ่มย่อย

2. การวางแผนการส่งเสริมการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการดำเนินการ จัดรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมให้นักเรียนหรือประชาชนทั่วไปได้มีการพบปะกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้มีโอกาสเรียนรู้เรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ในอดีตจากผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นอยู่ สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเองในทางที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

3. เพื่อเป็นการเตรียมตัวของบุคคลทั่วไป ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตนเองและผู้ใกล้ชิด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพทั้งระดับจังหวัดและเครือข่ายควรมีการประชาสัมพันธ์ การจัดทำเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ บทความทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและสังคม และแนวทางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวได้เหมาะสม นอกจากนั้นบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวจะได้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยสัมภาษณ์ตามแบบวัด เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การทำกลุ่มสนทนาร่วมด้วย เพื่อให้ได้รายละเอียดอย่างครบถ้วน
2. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหรือในกลุ่มตัวอย่างที่รวมถึงผู้ซึ่งไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
3. ศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมตามกรอบแนวคิดของ Pender อีก 5 ปัจจัยย่อย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรู้สึกลึกซึ้งที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม อธิพิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

1. บรรลุ ศิริพานิช. **คู่มือผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี, 2547.
2. ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ และแนวโน้มนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุข. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ผู้วัยสูงอายุ ด้านสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542 : 23-45.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545**. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, 2545.
4. บรรลุ ศิริพานิช. **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2546.
5. Pender NJ. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2<sup>nd</sup> ed. California : Appleton and Lange, 1987.
6. Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. Health promotion life style of older adults ; comparisons with young and middle age adults, correlated and patter. **Advance in Nursing Science**. 11(1) : October 1988, 76-90.
7. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
8. ประคอง กรรณสูตร. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.
9. กัลยา วาณิชย์บัญชา. **การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
10. ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
11. นิสา ชูโต. **คนชราไทย**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
12. สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. ภาควิชาการศึกษาชั้นนอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

13. ดวงพร รัตน์อมรชัย. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพจิตและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
14. จำเรียง กุระมะสุวรรณ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536 : 3-34.
15. Murry RB. And Zentner JR. **Nursing Assessment and health promotion Strategies through the life span.** 4<sup>th</sup> California: Appleton and Lancer, 1989.
16. ศรีเรือน แก้วกังวาล. **จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
17. ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ. **ปัญหาและแนวทางพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
18. ภควัฒร์ ลำพอง. **ความต้องการการบริการสำหรับผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต วิชาเอกการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2541.
19. ชลธิชา วัจวิเวก. **ความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
20. อัมพร โอตระกุล. **สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารสุขศึกษา. 7 (กรกฎาคม-กันยายน) 2527 : 29-30.**
21. ชูศักดิ์ เวชแพศย์. **การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้อายุยืน.** กรุงเทพมหานคร : สุภาวนิชากรพิมพ์, 2532.
22. นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. **สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

23. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. **คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.**  
กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข,2531.
24. ฉันทนา กาญจนพจน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา  
สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
25. กรกร สัชชาติ. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย  
บูรพา, 2536. (เอกสารเย็บเล่ม)
26. WHO Expect committee. **Health of the elderly.** In Who Technical report services  
N. 779. Geneva : World Health Organization, 1989 : 1-98.
27. ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525.** กรุงเทพมหานคร :  
อักษรเจริญทัศน์,2526.
28. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ  
และสุขภาพศึกษา.** กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2534.
29. กรมการแพทย์. **รายงานการสัมมนาเรื่อง บทบาทขององค์กรต่าง ๆ ในการวางแผน  
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร. : กระทรวงสาธารณสุข 2525.
30. วันดี แยมจันทร์ฉาย. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้  
ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
31. ทศนา บุญทอง. **ความต้องการของชีวิต. ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชามโนคติ  
และกระบวนการพยาบาลหน่วยที่1-7.** สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : หนึ่งเจ็ดการพิมพ์,2527.
32. Maslow, A.H. **Motivation and personality.** 2<sup>nd</sup> ed. New York,1970.
33. นาทยา วงศ์เหล็กภัย. **ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, 2532.
34. กนกวรรณ อังกลีทธิ. **พฤติกรรมสุขภาพและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของ  
คนพิการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

35. Taft, L.B. Self-esteem in later life : a nursing perspective. *Advance in nursing Science*, 8 (October 1985) : 78-84
36. ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ. **โปรแกรมการฝึกพฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออก และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2535.
37. กาญจนา ศิริวราศัย. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
38. ขวัญใจ ต้นดีวัฒนเสถียร. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
39. จำเรียง กุระสุวรรณและคณะ. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
40. มารศรี นุชแสงพลี. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2532
41. นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ. **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2534.
42. กมลพรรณ หอมนาน. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ**.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
43. นงลักษณ์ บุญไทย. **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

44. เพชรา อินทรพานิช. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี.**วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536
45. Pender, N.J. et al. Predicting Health Promoting Lifestyle in the Workplace, in **Nursing Research**, 39 (November-December 1990) : 326-32.
46. Lusk, S.L. et al. Health promotion Lifestyle of Blue Collar Skill Trade on White Collar Worker, in **Nursing Research**, 44 (January 1995) 20-4.
47. รัตนา แดงประเสริฐ. **อิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตนเอง การคุกคามต่อการนิยมในตนเองและการใกล้ชิดระหว่างบุคคลที่มีต่อความอิจฉา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
48. จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์วรรณ ศิลปสุวรรณ. **ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. ใน รายงานการวิจัยภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.**
49. มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. **ข้อเท็จจริงและทัศนคติ ของผู้สูงอายุ และคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. (เอกสารสถาบันหมายเลข 200/35)
50. มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์. **ชุมชนกับการดูแลให้บริการแก่ผู้สูงอายุ: ข้อเท็จจริงและความเห็นจากผู้สูงอายุ. ใน การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539:203-30**
51. สุวิมล พนาวัฒน์กุล. **อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
52. วรพนิต ศุภระแพทย์. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.



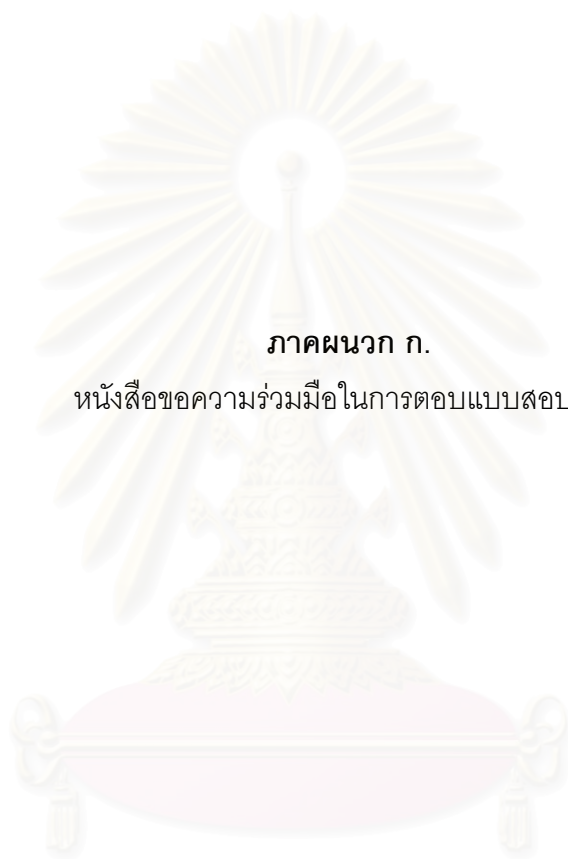
53. นริศรา ลีลามานิตย์. **ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้าน**  
**สันโป่ง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่: ความรู้และ**  
**การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.  
2534.
54. วรณวิมล เบญจกุล. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม**  
**กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532.
55. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น. **ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหา**  
**บางประการของคนชรา : ในรายงานวิจัย.** สำนักวิจัยสถาบันวิจัยพัฒนา -  
บริหารศาสตร์, 2523.
56. สุวิมล ฤทธิ์มนตรี. **การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม**  
**สุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
57. เขมิกา ยามะรัต. **ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการกระทรวงเกษตร**  
**และสหกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิต  
คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
58. ทิพวัลย์ ชาวลำปางค์. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการเห็นคุณค่าใน**  
**ตนเอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2535.
59. จิราภรณ์ ullanuwat. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปอดหลัง.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
60. Speake, D.L., Cowart, M.E. & Pellet, K. Health perceptions and lifestyles of elderly.  
Research in Nursing & Health, 12(2), 93-100. 1989.
61. จิรวรรณ อินคุ่ม. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด**  
**หัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.

62. เอกรัตน์ เชื้ออินดา. **พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
63. พนิดา คุณาธรรม. **ทัศนคติและพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
64. จุฑามาศ คำแพรวดี. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
65. บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. **พฤติกรรมการณ์ดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง.** ใน รายงานการวิจัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
66. สุธีรา เทศวงษ์. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2543.
67. ลลนา อ้นตระกูล และรสสุคนธ์ แสงมณี. **แบบแผนการดำเนินชีวิตและโรคเรื้อรังประจำตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนราธิวาส.** วารสารวิชาการเขต 12(8), 2540:29-35.
68. สุดา วิไลเลิศ. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
69. กาญจนา เกษกาญจน์. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
70. ขวัญตา ตีรสกุลวัฒนา. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
71. วาสนา ถิ่นอวงษ์. **พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

หนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ จว. พิเศษ 54 / 2547

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน  
พญาไท กรุงเทพฯ 10330

2 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ด้วย นางนิรมล อินทฤทธิ์ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภพิติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางนิรมล อินทฤทธิ์ เข้าทำการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม ณ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2547 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2548 เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยดำเนินการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ, แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่ นางนิรมล อินทฤทธิ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
โทร. 2564298, 2564346  
โทรสาร 2527592



ภาคผนวก ข.

แบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
**การวิจัยเรื่อง**  
**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ**  
**โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี**

**เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน**

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการส่งเสริมด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้วิจัยจะสอบถามท่านเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 47 ข้อ รวม 67 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า ทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ โดยตรง และการเข้าร่วมการศึกษานี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลหรือสวัสดิภาพของท่านที่จะได้รับจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางนิรมล อินทฤทธิ์ โทร. 02-2564298 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมเลขที่.....

## ใบยินยอมให้ทำวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2547

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ทั้งสิ้น และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางนิรมล อินทฤทธิ์)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง / ผู้ดูแล

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส

โสด  คู่  หย่าร้าง  หม้าย  
 แยกกันอยู่  อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมต้น  
 มัธยมปลาย  อนุปริญญา-อาชีวศึกษา  ปริญญาตรี  
 สูงกว่าปริญญาตรี  อื่น ๆ ระบุ.....

5. ท่านมีรายได้หลักจากแหล่งใด

เบี้ยหวัด/บำนาญ  การประกอบอาชีพ  
 บุตรหลาน  อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้.....บาท /เดือน

7. อาชีพ

ไม่มีอาชีพ  ค้าขาย  รับจ้าง  
 เกษตรกรรม  ข้าราชการบำนาญ  อื่น ๆ ระบุ.....

8. สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน

อยู่คนเดียว  อยู่กับคู่สมรส  
 อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน  อยู่กับบุตร หลาน

9. จำนวนสมาชิกที่มีอยู่ในครอบครัว.....(รวมผู้ตอบคำถาม)

10. ท่านมีโรคประจำตัว หรือมีความผิดปกติหรือไม่

ไม่มี  มี ระบุ.....

## ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ตอบความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อ และกรุณาตอบทุกข้อโดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น				
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ				
3. ท่านรู้สึกว่าท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4. ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆ ดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
5. ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน				
6. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7. โดยทั่วไปท่านพอใจในตนเอง				
8. ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น				
9. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์				
10. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

### ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะนี้ ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อ และกรุณาตอบทุกข้อ โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือบางวันเท่านั้น
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ นาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับ ที่	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้ง คราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	<b>ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b> ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อ ค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
2	ท่านสูบบุหรี่				
3	ท่านดื่มสุรา				
4	ท่านอ่านข่าวสารฟังวิทยุหรือดู โทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ				
5	ท่านเคยพูดคุยปรึกษากับผู้อื่นใน เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อ สุขภาพของท่าน				
6	ท่านไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมี อาการไม่สบาย				
7	ท่านมีความสนใจที่จะแสวงหา ความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ให้ เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของ ท่าน				
8	<b>การออกกำลังกาย</b> ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย หรือออกกำลังกายโดยการเดินเล่น รำมวยจีน การวิ่งเหยาะ การกาย บริหาร หรือออกกำลังกายอย่างอื่น ๆ อย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที				
9	ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 20-30 นาที				
10	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อ ออก				

ลำดับ ที่	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้ง คราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
11	นอกจากการออกกำลังกายท่านได้ ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน				
12	ท่านออกกำลังกาย ประเภทที่เป็น การแข่งขัน				
	<b>โภชนาการ</b>				
13	ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เค็มจัด หรือ เค็มจัด				
14	ท่านดื่มนมหรือเครื่องดื่มที่บำรุง ร่างกาย วันละ 1 แก้ว				
15	ท่านรับประทานผักและผลไม้ต่างๆ				
16	ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว				
17	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันหรือ อาหารที่มีไขมันเจือปน				
18	ท่านรับประทานขนมหวาน				
19	ท่านรับประทานอาหารประเภท ปลา หมู ไก่ เนื้อ นม ถั่ว ต่างๆ				
20	ท่านใช้น้ำมันพืชในการประกอบ อาหาร				
21	ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ใน 1 วัน				
22	ท่านรับประทานอาหารครบทั้งอาหาร ประเภท แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้				
	<b>การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b>				
23	ท่านไปร่วมงานสังคมต่างๆ เช่น งาน แต่งงาน งานบวช งานศพ				

ลำดับ ที่	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้ง คราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
24	ท่านไปร่วมทำบุญหรือกิจกรรมอื่นๆ ทางศาสนา				
25	ท่านยังคงติดต่อพูดคุยเยี่ยมเยียน ญาติและผู้อื่น				
26	ท่านมีโอกาสดูช่วยเหลืองานของ สมาชิกในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ดูแลต้นไม้				
27	ญาติ พี่น้องหรือเพื่อนที่ใกล้ชิดยังคง ให้ความสนใจ ยินดีให้ความ ช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ				
28	ท่านพูดคุย ปรึกษาหารือและร่วม รับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของ สมาชิกในครอบครัว				
29	ท่านมีความรู้สึกเหงาว่าเหว				
30	ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน <b>การพัฒนาจิตวิญญาณ</b>				
31	ท่านเคยตั้งเป้าหมายในการดำเนิน ชีวิตของท่าน				
32	ท่านมีโอกาสทำตามเป้าหมายที่ท่าน ตั้งไว้อย่างเต็มความสามารถ				
33	ท่านประสบความสำเร็จในเรื่องที่ท่าน ตั้งเป้าหมายไว้				
34	เมื่อท่านนึกถึงชีวิตที่ผ่านมาท่านรู้สึก พึงพอใจ				
35	ท่านเคยคิดว่าชีวิตของท่านขณะนี้ อยู่ ไปวัน ๆ เท่านั้น ไม่ต้องการที่จะทำ อะไรให้ดีขึ้นอีกแล้ว				

ลำดับ ที่	ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นครั้ง คราว	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
36	การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงตาม วัยของร่างกายท่านเคยคิดว่าเป็นสิ่ง ที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน				
37	ท่านรู้สึกไม่พอใจถ้าบุตรหลานหรือ บุคคลรอบข้างไม่เป็นอย่างที่ท่าน ต้องการ				
38	ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ ตามที่ ท่านมุ่งหวังไว้แล้ว				
39	ท่านสมหวังในสิ่งที่ท่านต้องการ				
40	ท่านรู้สึกว่าช่วงนี้เป็นเวลาที่น่าเบื่อ ที่สุดในชีวิตของ				
41	ท่านถ้ามีคนอื่นในวัยเดียวกันเจ็บป่วย หรือตาย ท่านรู้สึกหดหู่ หรือกลัวว่า ตนเองจะต้องตาย				
	<b>การจัดการกับความเครียด</b>				
42	เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านจะ พยายามค้นหาสาเหตุของความไม่ สบายใจ และแก้ไขที่สาเหตุ				
43	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านปรึกษาผู้ที่ ใกล้ชิด เพื่อระบายความรู้สึก				
44	ท่านคิดว่าตนเองมีความเครียด				
45	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านแก้ปัญหา โดยการไปนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้ พระ				
46	เมื่อมีเรื่องทุกข์ยากเดือนร้อนท่าน โทษว่าเป็นเวรกรรมของท่าน				
47	ท่านผ่านคลายความเครียดโดยการหา งานอดิเรกที่ชอบหรือออกกำลังกาย				

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนิรมล อินทฤทธิ์ เกิดวันที่ 13 มิถุนายน 2505 ที่อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี เมื่อปี พ.ศ. 2526 จากนั้นได้สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชเมื่อพ.ศ. 2530 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี ปี พ.ศ. 2532 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย