



บทที่ 5

### สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกคุณค่าในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เพศ อายุ และภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษากลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และความสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวอย่างประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน คำนวณจาก 20 เท่าของตัวแปร ซึ่งได้เท่ากับ 200 คน สุ่มตัวอย่างประชากรแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบบั้งเกต มี 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 5 ตอน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความรู้สึกคุณค่าในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ส่วนแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกคุณค่าในตน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของเขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) และสำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ คิริวรรณ สินไชย (2532)

ชุดที่ 2 ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบบั้งเกตพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา กระทำโดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการแพทย์ พยาบาล และการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวม 10 ท่าน หลังจากนั้นจึงได้นำไปมาความเที่ยงของการวิจัย ด้วยวิธีการคำนวณ และได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ คือ

| <u>เครื่องมือ</u>                   | <u>วิธีการตรวจสอบ</u>       | <u>ค่าความเที่ยง</u> |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| <b>แบบสัมภาษณ์</b>                  |                             |                      |
| ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ     | สัมประสิทธิ์อัลฟา           | .85                  |
| ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ | สัมประสิทธิ์อัลฟา           | .84                  |
| ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ     | สัมประสิทธิ์อัลฟา           | .60                  |
| ความรู้สึกคุณค่าในตน                | สัมประสิทธิ์อัลฟา           | .78                  |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพ                 | สัมประสิทธิ์อัลฟา           | .83                  |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ              | สัมประสิทธิ์อัลฟา           | .87                  |
| <b>แบบทดสอบ</b>                     |                             |                      |
| ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย             | คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (K-R 20) | .57                  |
| <b>แบบสังเกต</b>                    |                             |                      |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ              | สกอต (Scott)                | .97                  |

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ได้ทำความเข้าใจและตกลงเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล และได้ทำการสุ่มตัวอย่างเขตพื้นที่ของตัวอย่างประชากร หลังจากนั้นได้เดินทางไปเขตพื้นที่ของตัวอย่างประชากร และได้สุ่มตัวอย่างประชากรในเขตพื้นที่นั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ ในบริเวณสถานที่พักอาศัยของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุแต่ละท่าน โดยวิธีการสัมภาษณ์ และสังเกตตามเครื่องมือการวิจัย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ และสังเกต ประมาณท่านละ 40 นาที จำนวน 200 ท่าน ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 สัปดาห์ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ มีความสมบูรณ์ทั้ง 200 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ เพื่อหาอัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS<sup>x</sup> ที่สถาบันบริการคอมพิวเตอร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะตัวอย่างประชากรในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 และเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 37.50 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่พักอาศัยของตนเองคิดเป็นร้อยละ 96.50 และพบว่าขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องใช้ทั่วไป และมีการรับรู้ต่อรายรับ-รายจ่ายว่าอยู่ในระดับพอกินพอใช้ มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 43.50 ตามลำดับ

นอกจากนั้น ด้านสถานภาพสมรส ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 59.00 มีสถานภาพคู่ครองลงมา มีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 39.50 มีสถานภาพเป็นโสดมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.50 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวระหว่าง 3-5 คน รองลงมา มีจำนวน 6-12 คน คิดเป็นร้อยละ 43.00 และ 40.00 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส และบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 50.50 รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 33.00 ส่วนด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย คือ มีระดับการศึกษาชั้นประถม 1-4 คิดเป็นร้อยละ 75.50 ไม่ได้เรียนคิดเป็นร้อยละ 13.00 สำหรับด้านการประกอบอาชีพพบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่ดูแลบ้านคิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่ได้รับรายได้หลักจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 48.50 และตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.50

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้น ด้านการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับดีมาก และด้านความใส่ใจในสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน มีข้อค้นพบดังนี้

2.1 ด้านอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.93 (คะแนนสูงสุด=44) อยู่ในระดับดี โดยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการงดเว้นการดื่มชา หรือกาแฟ การดื่มสุรา การรับประทาน อาหารประเภทไขมันมาก และการสูบบุหรี่ การดื่มน้ำในแต่ละวัน และการรับประทานของหวานใน ปริมาณที่เหมาะสม อยู่ในระดับดีมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานผักสีเขียวชนิด ต่างๆ จำนวนมื้อของอาหารในแต่ละวัน และการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน อยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานผลไม้ต่างๆ และการงดเว้นการเคี้ยวหมาก อยู่ใน ระดับปานกลาง

2.2 ด้านกิจกรรม และการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.31 (คะแนน สูงสุด=32) อยู่ในระดับดี โดยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ใน ระดับดีมาก และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมประเภท ออกแรงเบาๆ การออกกำลังกายเบา ๆ และการปฏิบัติกิจกรรมประเภทออกแรงปานกลาง อยู่ใน ระดับดี

2.3 ด้านสุขนิสัยประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.19 (คะแนนสูงสุด = 36) อยู่ในระดับดี โดยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ยกเว้นพฤติกรรม การดูแล และทำความสะอาดเล็บมือเล็บเท้า อยู่ในระดับดีมาก และพฤติกรรมการพักผ่อนและการ นอนหลับในเวลากลางวัน การดูแลทำความสะอาดปากและฟัน อยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ด้านความใส่ใจในสุขภาพตน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.42 (คะแนนสูงสุด=20) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมต่างๆ ด้านนี้พบว่า พฤติกรรมการไปตรวจหรือปรึกษา เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกรณีไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติ และการฟังหรือดูข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการพูดคุยปรึกษากับผู้อื่น เพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย อยู่ใน ระดับไม่เหมาะสม

2.5 ด้านการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.02 (คะแนน สูงสุด = 20) อยู่ในระดับดีมาก โดยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การเข้า ร่วมงานพิธีต่างๆของเพื่อนบ้าน การทำบุญ และร่วมกิจกรรมทางศาสนา การพูดคุยปรึกษาร่วม รับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว การติดต่อ พูดคุย เยี่ยมเยียนญาติและผู้อื่น และ การเข้าร่วมบำเพ็ญตนเป็นประโยชน์ในสังคม อยู่ในระดับดีมาก



2.6 ด้านการจัดการกับภาวะเครียด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.68 (คะแนนสูงสุด = 28) อยู่ในระดับดี โดยพบว่าพฤติกรรมการผ่อนคลายภาวะเครียดโดยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกาย และ/หรือร่วมกิจกรรมนันทนาการ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ส่วนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในระดับดี ได้แก่ การผ่อนคลาย โดยระบายความรู้สึกให้คนใกล้ชิดได้ทราบ และ/หรือเล่าความสำเร็จในอดีต การมุ่งแก้ไขที่สาเหตุของปัญหาที่คุกคาม การหลีกเลี่ยงพฤติกรรม การปฏิเสธปัญหาที่คุกคาม และการรับรู้ว่ามีความสุข สำหรับพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การไม่มีอาการดังต่อไปนี้ คือ อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจไม่พบสาเหตุหรือการไม่มีอาการไม่สบายโดยตรวจไม่พบพยาธิสภาพทางร่างกาย และการรับรู้ที่มีความทุกข์

2.7 ด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.59 (คะแนนสูงสุด = 20) อยู่ในระดับดี โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการเรื่องอากาศ อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการในระดับดี ได้แก่ เรื่อง เติงหรือที่นอน น้ำและภาชนะที่บรรจุใช้ดื่ม แสงสว่าง และเสียง สำหรับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสะอาดภายในและบริเวณรอบๆ บ้าน การเก็บและกำจัดขยะและการจัดการเรื่องส้วม

3. คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยคัดสรรในด้านความเชื่ออำนาจภายใน ตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้สึกคุณค่าในตน และความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าด้านภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ข้อค้นพบตามสมมติฐาน ดังนี้

4.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลาง และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = .462$  และ  $-.365$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 ที่ว่า "ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ใน

ทางบวก และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ" และพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า "ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ"

4.2 ความรู้สึกคุณค่าในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = .676$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า "ความรู้สึกคุณค่าในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ"

4.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = .471$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า "การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ"

4.4 ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = .406$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า "ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ"

4.5 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า "อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ"

4.6 ภาวะเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = .386$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า "ภาวะเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ"

4.7 เพศ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = .383$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า "เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ"

4.8 จากผลการวิจัยตามที่เสนอในข้อ 4.1 - 4.7 มีผลโดยสรุป คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในต้นด้านสุขภาพ ความรู้สึกคุณค่าในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ภาวะเศรษฐกิจ เพศ และมีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ และพบว่าปัจจัยด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า กลุ่มตัวพยากรณ์ทั้งหมด ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ อายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ ความบังเอิญด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในต้นด้านสุขภาพ ความรู้สึกคุณค่าในตน และภาวะเศรษฐกิจ พบว่า ตัวพยากรณ์ดังกล่าวสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) .5777 และเมื่อพิจารณาตัวค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐานปรากฏว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ได้แก่ เพศชาย และความรู้สึกคุณค่าในตน และตัวพยากรณ์ ซึ่งได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในต้นด้านสุขภาพ สามารถพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

เมื่อใช้เทคนิค Stepwise Solution มีข้อค้นพบที่คล้ายกันคือ มีตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ตัวเหมือนกัน แต่มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) .5750 และเมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าตัวพยากรณ์ทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวก และตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด คือ ความรู้สึกคุณค่าในตน (Beta = .4503) รองลงมาคือเพศชาย (Beta = .2167) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .1486) ความเชื่ออำนาจภายในต้นด้านสุขภาพ (Beta = .1415) และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย (Beta = .1283) ตามลำดับ

ดังนั้น สมการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในรูปคะแนนมาตรฐานเขียน  
ได้ดังนี้

$$Z' = .4503 \text{ SE} + .2167 \text{ SEX} + .1486 \text{ PHS} + .1415 \text{ ILOC} + .1283 \text{ HK}$$

### อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงาน  
ของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีข้อค้นพบและอภิปรายผลดังนี้

1. ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพเท่ากับ 146.57 (คะแนนสูงสุด = 200) อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า  
คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ยกเว้นพฤติกรรมด้านการสร้างแรง  
สนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับดีมาก และด้านความใส่ใจในสุขภาพตน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน  
ระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายละเอียดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน  
และรายชื่อ (ตารางที่ 7-13) มีพฤติกรรมที่น่าสนใจและนำเสนออภิปราย ดังนี้

ด้านความใส่ใจในสุขภาพตนของผู้สูงอายุพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม  
รายด้านอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าพฤติกรรมรายด้านอื่นๆ ซึ่งอยู่ในระดับดีมากและดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรม  
ต่าง ๆ เป็นรายชื่อ มีข้อค้นพบ ดังนี้ ผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจรักษาสุขภาพในกรณีที่ไม่สบาย หรือ  
มีอาการผิดปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นครั้งคราว และไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีนาน ๆ  
ครั้ง ซึ่งจากการศึกษาของ บรรลุ คิริพานิช และคณะ (2530) พบว่า ผู้สูงอายุไม่เคยตรวจเช็ค  
ร่างกายของตนเองถึงร้อยละ 80.10 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอาจมีความคิดเห็นว่า อาการ  
ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นอาการธรรมดาของคนมีอายุ มีความเบื่อหน่ายต่อการไปสถานบริการ  
สุขภาพ เพราะว่าขาดทรัพยากร ต้องเดินทางซึ่งมีความยากลำบากต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องเสียเวลา  
และรอคอยในการรับบริการนาน ประกอบกับอาจมีความเข้าใจว่า สถานบริการของรัฐเป็นแหล่งที่  
ให้บริการสำหรับผู้เจ็บป่วยเท่านั้น

นอกจากนั้น โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุมีการฟัง หรือดูข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ประมาณเดือนละครั้ง แหล่งข่าวสารที่สำคัญในหมู่บ้าน คือ วิทยุ หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน และ โทรทัศน์ และพบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการอ่านข่าวสารด้านสุขภาพในระดับไม่เหมาะสม คือ มีการอ่านน้อยมากหรือไม่เคยเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า มีการเสื่อมถอยทางด้านการมองเห็น ทำให้มองตัวหนังสือไม่ชัดเจน ไม่ได้เรียนหรือมีระดับการศึกษาต่ำทำให้อ่านไม่ออก และไม่มีเอกสารหนังสือด้านสุขภาพอนามัยในหมู่บ้านให้อ่าน หรือมีน้อยมาก ดังนั้นในการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ควรเน้นการใช้สื่อที่เหมาะสมกับสภาพการรับรู้ของผู้สูงอายุ คือ การฟัง และการดูรูปมากกว่าการอ่าน และคำนึงถึงทรัพยากรที่สำคัญในหมู่บ้าน คือ หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน แหล่งสำคัญในหมู่บ้าน คือ วัดและศาลากลางบ้าน

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้สูงอายุในชนบทมีการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ ซึ่งมีข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำ คือ การดูแลและทำงานบ้าน การเลี้ยงหลาน การเลี้ยงสัตว์ การทำบุญที่วัด และการสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ส่วนการออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่ คือ การเดิน อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้สูงอายุในชนบทจะมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังเป็นไปตามวิถีชีวิตประจำวัน มากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี โดยจะเห็นได้จากข้อความและจากผลการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรม และคณะ (2530) พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะในชนบทส่วนใหญ่เป็นโรคข้อ กระดูก และกล้ามเนื้อ ดังนั้นจึงควรช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำนั้น ให้ถูกต้องตามหลักการปฏิบัติกิจกรรมและออกกำลังกายมากขึ้น

นอกจากนั้น มีข้อค้นพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านอาหารอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดของพฤติกรรมรายข้อในด้านอาหาร คือ พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก (ตารางที่ 7) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก เป็นประจำทุกวัน ประมาณ 1-2 ครั้ง ซึ่งข้อค้นพบนี้คล้ายกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุในชนบทภาคอีสาน ของศรีน้อย มาศเกษม และคณะ (2531) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโดยเฉพาะเพศหญิงส่วนใหญ่นิยมการเคี้ยวหมาก ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การเคี้ยวหมากเป็นพฤติกรรมที่สืบทอดทางสังคม สมาชิกในสังคมชนบท



จะเริ่มเรียนรู้ที่จะเคี้ยวมากแต่รุ่นวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ มีการเคี้ยวอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัย การถ่ายทอดไปยังผู้ที่อยู่รุ่นหลังอีกด้วย ซึ่งแม้ว่าการเคี้ยวมาก ไม่ได้ก่อให้เกิดอาการร้ายแรงหรือรุนแรงพอที่จะมองเห็นชัดเจนได้ทันทีในปัจจุบัน แต่การปฏิบัติอยู่เป็นประจำ นอกจากจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในช่องปากและไม่ให้คุณค่าทางอาหารแล้ว ยังอาจมีผลทำให้การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าอื่น ๆ ได้น้อยลง ประกอบกับในวัยสูงอายุ สภาพเสื่อมถอยต่าง ๆ ของร่างกาย อาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีแนวโน้มที่จะขาดอาหารได้ แม้ว่าจะรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ มีอาหารประเภทโปรตีนและผักเกือบเป็นประจำทุกวันก็ตาม ดังนั้น จึงควรให้ความสนใจกับการจัดหาอาหารระหว่างมื้อ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีปริมาณ และคุณค่าเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้พฤติกรรมการเคี้ยวมากลดลง หรือไม่ส่งผลอย่างเรื้อรังต่อสุขภาพ

โดยสรุปแล้ว ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นรายด้านและรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่ควรได้รับการส่งเสริมเป็นอันดับสำคัญ คือ พฤติกรรมด้านความใส่ใจในสุขภาพตน ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายและด้านอาหาร ซึ่งมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ จัดให้มีการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึง ถูกต้อง โดยคำนึงถึง ความสามารถในการรับข่าวสารได้ดีของผู้สูงอายุ ทรัพยากรและแหล่งสำคัญที่จะใช้ในการรับส่งข่าวสารได้ดีของผู้สูงอายุ ที่จะช่วยให้เผยแพร่ข่าวสารได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการ ปฏิบัติกิจกรรม และออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การให้คำแนะนำในเรื่องอาหาร และร่วมกันจัดหาอาหารโดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางอาหารเพียงพอ

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าอาจเกี่ยวข้องกับ การที่ตัวอย่างประชากรส่วนใหญ่มีบ้านเป็นของตนเองถึง ร้อยละ 96.50 และส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2530) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทส่วนใหญ่อยู่ในฐานะของหัวหน้าครัวเรือนและเป็นเจ้าของบ้าน ดังนั้นในฐานะของเจ้าของบ้าน และเป็นหัวหน้าครัวเรือน จึงถือได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอำนาจสูงสุดในการพิจารณาและตัดสินใจกับ

เหตุการณ์ต่าง ๆ ภายในครอบครัว เป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครัวเรือน ประกอบกับยังมีความสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง จึงเป็นข้อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูง

3. ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีข้อค้นพบว่า คະแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า จากการศึกษาความเชื่อวัฒนธรรม และพิธีกรรมของสังคมชนบทอีสาน โดย กาญจนา แก้วเทพ (2530) ได้เรียบเรียงความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องเจ็บป่วยของคนชนบทอีสานไว้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพนั้นจำแนกได้ 2 แบบ โรคที่เกิดจากพยาธิ (เชื้อโรค) ต้องรักษาทางการแพทย์ และโรคที่เกิดจากการผัดผั ต้องรักษาโดยการเข้าทรงผีฟ้า การสืบทอดความเชื่อนี้มี 2 วิธีการคือ คนเฒ่าคนแก่สอนเด็ก และสืบทอดโดยการเข้าร่วมพิธีกรรม โดยทั้งนี้ ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความเชื่อ วัฒนธรรม และพิธีกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้านต้องเป็นผู้มีความรู้และความเชื่อในเรื่องที่จะถ่ายทอดนั้นสูง จึงจะสามารถในการถ่ายทอดความเชื่อนั้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับและมีบทบาทสำคัญในงานพิธีต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ดังนั้น จากข้อค้นพบนี้ และเหตุผลที่กล่าวว่าเป็นข้อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพในระดับสูง ส่วนความเชื่ออำนาจผู้อื่นนั้น ค่านิยมโดยทั่วไปของคนในชนบทจะให้การยกย่องแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยมีความเชื่อว่า บุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในด้านสุขภาพจะช่วยให้ตนมีสุขภาพดี และเชื่อว่าบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวตน เป็นกลุ่มบุคคลที่ทำให้ตนมีความสุข มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี และกลุ่มผู้ที่ตนสามารถพึ่งพาได้เมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความเชื่อว่า กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุข และสมาชิกในครอบครัว หรือบุตรหลาน มีผลหรือสามารถควบคุมภาวะสุขภาพของตนได้ในระดับสูงเช่นกัน

4. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกรู้ค่าในตนอยู่ในระดับปานกลาง ข้อค้นพบนี้คล้ายกับผลการศึกษาของพีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2523) ว่าผู้สูงอายุไทย มีภาพพจน์ต่อตนเองในทางบวกและมีคุณค่า ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพและบทบาทสูงในสังคมชนบท ได้รับการเคารพ นับถือ และยอมรับจากสมาชิกทั้งในครอบครัวและสังคม โดยจะเห็นได้จากข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมอื่น ๆ ในสังคมในระดับดีมาก ประกอบกับว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงเป็นผู้มีความสามารถ

ในการประกอบอาชีพเลี้ยงตน จากเหตุผลดังกล่าวคือ เป็นผู้ที่มีสถานภาพและบทบาทสูงในสังคม และยังมีพึ่งพาตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าเป็นผู้มีคุณค่า แต่เนื่องจากว่าในวัยสูงอายุสภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย ความสามารถในการทำงานลดลง โดยเฉพาะการใช้กำลังแรงงาน ในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลานมากขึ้นกว่าอดีต จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกคุณค่าในตนลดลงอยู่ในระดับปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่ออำนาจในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ( $r = .462$  และ  $-.365$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสตรีคแลนด์ (Strickland, 1978) และเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่เสนอว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีความโน้มเอียงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และจากการศึกษาพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน (Duffy, 1988) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ (สมจิต ปทุมานนท์, 2532) พบว่า มีข้อค้นพบคล้ายกับผลการวิจัยนี้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับตนเอง จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก ในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความบังเอิญ โชคชะตา เคราะห์กรรม หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ ตนไม่สามารถควบคุมได้ จะยอมรับในภาวะสุขภาพของตนโดยไม่คิดจะแก้ไข หรือสนใจปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงถึงว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ อาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ในแบบแผนการดำรงชีวิตของตน มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนเกิดความเคยชินต่อพฤติกรรมนั้น ทำให้เปลี่ยนแปลงลำบาก หรืออาจเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้า ๆ ใช้ระยะเวลาอันยาวนาน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ หลายปัจจัยโดยตรงมากกว่าปัจจัยด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกคุณค่าในตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ( $r = .676$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาความรู้สึกคุณค่าในตนของกลุ่มผู้สูงอายุ (Parent, and Whall, 1984) กลุ่มวัยผู้ใหญ่ (Muhlenkamp, and Sayles, 1986) และกลุ่มสตรีวัยกลางคน (Duffy, 1988) ซึ่งพบว่า ความรู้สึกคุณค่าในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในกลุ่มดังกล่าว นอกจากนี้จากการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเขต อ.เมือง จ.สระบุรี มีข้อค้นพบคล้ายกันว่า ความรู้สึกคุณค่าในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.01$  ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า จะมีความนับถือ ความรู้สึกที่ตนมีคุณค่า มีความนับถือ และความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง จะเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี จึงพยายามที่จะมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของตนให้ดีตลอดไป ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ตนมีคุณค่าต่ำ จะมีความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ขาดความสนใจในสุขภาพตนเองเพียงพอ ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปในทางลดต่ำลงเช่นกัน

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับปานกลาง ( $r = .441$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $.001$  ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่เสนอว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคล้ายกับข้อค้นพบของสแตนแบก และคณะ (Standback, and other, 1974) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมไปทางส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ดัฟฟี่ (Duffy, 1988) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวพยากรณ์สำคัญกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่ามีสุขภาพดี อยู่ในระดับสูง จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน มีความต้องการที่จะปฏิบัติและมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับต่ำกว่า

9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลาง ( $r = .406$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 4 ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ซึ่งเสนอว่า การมีความรู้ในเรื่องที่จะต้องปฏิบัติ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติเรื่องนั้นได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับข้อค้นพบของ ดวงฤดี ลาสุขะ (2528) ซึ่งพบว่า ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและสุขภาพอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัยจะเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เข้าใจในเหตุผลในการปฏิบัติและวิธีการปฏิบัติ ทำให้มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน

10. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าในสังคมชนบทสมาชิกในสังคมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม มีกิจกรรมการทำงาน ชนบทธรรมนิยมประเพณี และลักษณะความเป็นอยู่คล้ายคลึงกัน สมาชิกในครอบครัวและในสังคมมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิด จึงทำให้มีประสบการณ์ในชีวิตมีความคล้ายคลึงกันทุกขั้นตอนของอายุ ประกอบกับตัวอย่างประชากรอยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายของตัวอย่างประชากรในแต่ละช่วงอายุ อาจเกิดขึ้นไม่ชัดเจน ทำให้ไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 21 ในภาคผนวก ง) และจากการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) มีข้อค้นพบที่คล้ายกับผลการวิจัยนี้ว่า ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรีที่มีอายุแตกต่างกัน พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

11. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเศรษฐกิจกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ( $r = .386$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 6 ทั้งนี้จากผลการวิจัยอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากปัจจัยด้านภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ดีมีคุณค่า อาศัยอยู่ในที่ถูกละสุลักษณะ มีเวลาพักผ่อน ออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และมีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะเศรษฐกิจ



ในระดับสูงจึงมีโอกาสดูและได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเศรษฐกิจในระดับต่ำกว่า ซึ่งจากการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุไทยของนภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2530) และศรีเรือน แก้วกังวาล (2532) ได้รายงานผลการวิจัยว่าผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะเศรษฐกิจต่ำจะประสบกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้องมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะเศรษฐกิจสูง

12. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง ( $r = .383$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง พบว่าผู้สูงอายุชาย มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) พบว่าผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง

จากผลการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า สังคมไทยในอดีตมีการกำหนดบทบาทของเพศชายและเพศหญิงไว้ชัดเจน คือ เพศชายซึ่งเชื่อกันว่ามีร่างกายแข็งแรงกว่าเพศหญิงจะออกไปทำงานนอกบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากกว่า มีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ที่ถูกต้อง จากกลุ่มในสังคมมากกว่าเพศหญิงที่ส่วนใหญ่จะทำงานบ้าน และจากข้อค้นพบจากลักษณะทั่วไปของตัวอย่างประชากรพบว่า ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและมีรายได้จากการประกอบอาชีพมากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่ส่วนใหญ่อยู่ดูแลบ้าน และพึ่งพารายได้จากบุตรหลาน ดังนั้นจากการที่ผู้สูงอายุชายมีโอกาสดูเข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีโอกาสรับรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง เนื่องจากการทำงานนอกบ้าน และจากการเข้าร่วมในกิจกรรมสังคม สามารถรับรู้ข่าวสารได้มีประสิทธิภาพจากการได้มีโอกาสในการศึกษา มีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า และยังสามารถในการประกอบอาชีพได้ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ นี้เป็นเหตุผลที่สนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุชายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

13. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยคัดสรร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวพยากรณ์ทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 57.77 ( $R^2 = .5777$ ) และเมื่อพิจารณาตัวแปรที่ถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ความรู้สึกคุณค่าในตน ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

เมื่อใช้เทคนิค Stepwise Solution มีข้อค้นพบที่คล้ายกัน คือ มีตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ตัวเหมือนกัน แต่มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) .5750 และเมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวพยากรณ์ทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวก และตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุดคือ ความรู้สึกคุณค่าในตน รองลงมาคือ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ตามลำดับ

จากข้อค้นพบว่า ความรู้สึกคุณค่าในตน สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้เป็นอันดับแรก ซึ่งอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 45.69 ( $R^2$  change = .4569) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์ทางบวก เมื่อพิจารณาน้ำหนักทิศทาง (Beta = .2167) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกคุณค่าในตนสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีได้ถึง 45.69 เนื่องจาก การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลในการสนับสนุนการมีพฤติกรรมในแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ดังนั้น เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์เพศชายเข้าไปในขั้นตอนที่สอง จึงสามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้เป็นร้อยละ 51.30 ( $R^2$  = .5130) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = .2167) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า ผู้สูงอายุชายที่มีความรู้สึกคุณค่าในตนสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.61 ( $R^2$  change = .0561)

การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากตัวพยากรณ์ความรู้สึกคุณค่าในตนและเพศชายแล้ว ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง จะมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพเข้าไปเป็นขั้นตอนที่สาม จึงสามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้เป็นร้อยละ 54.18 ( $R^2$  = .5418) มีความสัมพันธ์ทางบวก เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = .1486) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.88 ( $R^2$  change = .0288) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดันฟี (Duffy, 1988) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญในการพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน และเมื่อพิจารณาเพิ่มตัวพยากรณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเข้าไป พบว่า สามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ได้เป็นร้อยละ 56.13 ( $R^2$  = .5613) มีความ

สัมพัทธ์ทางบวก เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ( $Beta = .1415$ ) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ได้เพิ่มอีกร้อยละ 1.95 ( $R^2 \text{ change} = .0195$ ) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าตนสามารถที่จะควบคุมภาวะสุขภาพของตนได้ จะเห็นประโยชน์ของการมีสุขภาพดี และจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวพยากรณ์ในขั้นตอนที่ 5 ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้เป็นร้อยละ 57.50 ( $R^2 = .5750$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ( $Beta$ ) เท่ากับ .1283 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีได้เพิ่มอีกร้อยละ 1.38 ( $R^2 \text{ change} = .0138$ ) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจะมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดจนวิธีปฏิบัติเพื่อให้ตนมีสุขภาพดี และตัวพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้ ร้อยละ 57.50 ( $R^2 = .5750$ )

จากที่กล่าวมาพบว่า ตัวพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้มากกว่าตัวพยากรณ์ตัวใดตัวหนึ่ง และจากผลการวิจัยนี้ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดียิ่งขึ้น และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของผู้สูงอายุ และมีการสืบทอดเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุรุ่นหลัง จึงควรจัดดำเนินการ โดยเน้นที่การเพิ่มความรู้สึกคุณค่าในตน การพิจารณาแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น พยาบาลต้องคำนึงถึงการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี มีความเชื่ออำนาจภายในตน และมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัย โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ให้ความรู้มีทัศนคติที่ดีต่อภาวะสุขภาพของตน ทราบถึงประโยชน์และวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพตน สนับสนุนให้มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง คำนึงถึงแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุชายและหญิง และคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล พยาบาล และนักการศึกษาพยาบาล นำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเผยแพร่ให้บุคคลทั่วไปทราบ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อเตรียมพยาบาล นักการศึกษาพยาบาล ให้มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านบริหาร การวางแผนงานการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลต้องวางแผนดำเนินงานทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ มีการติดต่อประสานงานทั้งในหน่วยงานของตนและหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ หน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ เพื่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การวางแผนดำเนินงานทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1 การวางแผนการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยงานต่าง ๆ คือ

3.1.1 การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ความสะดวกรวดเร็วและบริการด้านสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุสามารถจัดกลุ่มให้สุศึกษาที่มีความสนใจร่วมกันได้ ทำกิจกรรมด้านสันตนาการ เพื่อส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ และร่วมกันฝึกออกกำลังกายได้เหมาะสมกับวัยสูงอายุได้ถูกต้อง

3.1.2 งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจัดในรูปแบบการใช้สื่อต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ง่ายคือ การใช้วีดีโอ รายการเสียงตามสายในวันที่มีการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ จัดทำรูปภาพขนาดใหญ่สวยงาม จัดนิมฟ์เอกสารเผยแพร่แก่ผู้สูงอายุและผู้มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และผู้มารับบริการสุขภาพวัยอื่น ๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ถูกต้อง และสามารถให้การสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3.2 การวางแผนการดำเนินงานนอกสถานบริการ ประกอบด้วยงานต่าง ๆ คือ

3.2.1 จัดอบรมให้กับผู้สื่อข่าวสารสาธิตในหมู่บ้าน (ผลส.) อาสาสมัครสาธิตในหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติและถ่ายทอดได้ถูกต้อง

3.2.2 จัดตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่ผู้สูงอายุ จัดหน่วยเคลื่อนที่เฉพาะการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยจัดให้มีการตรวจสุขภาพและตรวจรักษา ทุก 6 เดือน

3.2.3 งานโภชนาการผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยอาจจัดร่วมเข้ากับงานโภชนาการแม่และเด็กในหมู่บ้าน จัดตั้งกลุ่มแม่บ้าน ซึ่งมีผู้สูงอายุร่วมด้วย แนะนำให้ความรู้และสาธิตการทำอาหารจากโปรตีนที่หาได้ง่ายในหมู่บ้าน เช่น นมถั่วเหลือง การทำอาหารเกี่ยวกับปลาในรูปแบบต่าง ๆ

3.2.4 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โดยให้ ผลส. อสม. และผู้สูงอายุที่เข้าอบรม เป็นผู้ดำเนินการออกกำลังกาย หัวหน้าทีม การปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกายควรเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นที่เคารพและเกรงใจของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น อดีตกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือข้าราชการบำนาญในหมู่บ้านนั้น

3.2.5 ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และเพิ่มพูนรายได้ ดำเนินการโดยจัดตั้งกลุ่มทำงานอาชีพ เช่น งานประเภทจักสาน ทอผ้า โดยให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความชำนาญ เป็นผู้ถ่ายทอดฝึกสอนให้ในกลุ่ม เมื่อมีผลิตภัณฑ์ที่ต้องการจำหน่าย อาจวางจำหน่ายในร้านค้าสวัสดิการ ในโรงพยาบาล หรืออื่น ๆ ตามเหมาะสม

3.2.6 งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้สุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ โดยพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสนับสนุนในการจัดหาสื่อและเสนอแนะแหล่งและทรัพยากรที่เหมาะสมในหมู่บ้าน ลักษณะของสื่อ แหล่ง และทรัพยากรในหมู่บ้าน ได้แก่

สื่อ ควรมีลักษณะ ดังนี้ ด้านการฟัง ใช้เทปบันทึกเสียงเป็นสื่อ ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจบันทึกในลักษณะการพูดคุย การใช้เพลงพื้นบ้าน เช่น หมอลำ เป็นต้น เทปที่บันทึกต้องมีเสียงชัดเจน พุดชัด ไม่เร็ว หรือช้าเกินไป ด้านการดูและอ่าน สื่อที่ใช้ควรจัดเป็นรูปภาพแผ่นใหญ่ ตัวอักษรตัวใหญ่ มองเห็นชัดเจน และมีจำนวนไม่มาก นำอ่าน

ทรัพยากรในหมู่บ้าน ที่สำคัญคือ ผลส. และ อสม. ในหมู่บ้าน เป็นผู้ดำเนินงานให้สุขศึกษาทุกเช้า โดยใช้เทปผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน

แหล่งสำคัญในหมู่บ้าน เป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในหมู่บ้าน สามารถรับทราบข่าวสารได้ทั่วถึง คือ วัด ศาลากลางบ้าน ทางเข้าหมู่บ้าน และร้านค้าในหมู่บ้าน



3.2.7 งานสุขภาพในหมู่บ้าน ประกอบด้วยงานการจัดหาน้ำสะอาดไว้  
ดื่มและใช้ส้วม และการกำจัดขยะมูลฝอยในหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง  
และเขตชนบทภาคต่าง ๆ
2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกรณีเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในเขตเมือง  
และในเขตชนบท ภาคต่าง ๆ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
3. ควรมีการศึกษา เพื่อหารูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ