

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ
อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง



สุภาณี จินาสวัสดิ์

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ
อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง



สุปानी จินาสวัสดิ์

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษาและคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ได้พิจารณาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยพะเยา


.....
(ดร.เทียนทอง ต๊ะแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

สิงหาคม 2559

The logo of the University of Phayao is a large, light purple watermark in the background. It features a central emblem with a crown and two lions, surrounded by a circular border containing the university's name in Thai and English: "มหาวิทยาลัยพะเยา" and "UNIVERSITY OF PHAYAO".

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง” สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากหลายท่าน ที่ได้อนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องอย่างดียิ่ง โดยเฉพาะอาจารย์ ดร.เทียนทอง ต๊ะแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ ซึ่งผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและเสียสละเวลาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นายอาคม มีเมล์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง นายนิสิต สงศรี ปลัดเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง และนายสดมภ์ คำภีระ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแก้ว อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังเหนือ คณะเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลวังเหนือที่ให้ความช่วยเหลือ ในการเก็บข้อมูล ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ปิตา มารดา ตลอดจนทุกท่าน ที่เกี่ยวข้องซึ่งมิได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

สุภาณี จินาสวัสดิ์

ชื่อเรื่อง: พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ผู้ศึกษาค้นคว้า: สุภาณี จินาสวัสดิ์ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2559

อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร.เทียนทอง ต๊ะแก้ว

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 379 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 999 บาทต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้รับจากสวัสดิการจากรัฐ มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 28.88, S.D. = 2.80) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.69 ด้านการออกกำลังกาย (Mean = 22.86, S.D. = 6.60) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.34 ด้านการจัดการความเครียด (Mean = 25.87, S.D. = 3.27) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.66 ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Mean = 25.83, S.D. = 3.33) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.36 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายได้ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Title: THE AGING HEALTH BEHAVIOR IN TAMBON WANGNUA, WANGNUA DISTRICT, LAMPANG PROVINCE

Author: Supanee Jinasawat, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2016

Advisor: Dr. Tientong Takeaw

Keywords: Health Behavior, Aging

ABSTRACT

The purposes of this study were to study personal data, health behavior and to compare the overall health behavior of the aging categorized by personal data among aging in Wangnua Municipality, Wangnua District, Lampang Province. The data were collected from the sample group consisting of 379 aging people. The data were collected by questionnaire and analyzed by computing descriptive and analytical statistics: Kruskal–Wallis Test, Mann–Whitney U.

The findings revealed that most of the aging were female respondents whose age ranged from 60 to 69 years. The respondents' marital status was married. They had primary school education. The respondents' monthly income was 999 baht. The source of most of their income was the government welfare. For those with congenital disease, high blood pressure was found the most. For the analysis of health behavior among aging in Wangnua Municipality, Wangnua District, Lampang Province, it was found that eating habit was at the moderate level (60.69%, Mean = 28.88, S.D. = 2.80). Exercise behavior was at the moderate level (68.34%, Mean= 22.86, S.D. = 6.60). Stress management was at the moderate level (69.66%, Mean = 25.87, S.D. = 3.27). The practice during illness was at the moderate level (78.36%, Mean = 25.83, S.D. = 3.33).When there was the comparison of health behavior of the aging categorized by their personal data, it was found that the aging with different age, marital status, level of education, income and the condition of congenital disease differed in food consumption behavior at the significance level of 0.05. The aging with different marital status, level of education and the condition of congenital disease differed in exercise behavior at the significance level of .05. The aging with different marital status and the condition of congenital disease differed in the practice during illness at the significance level of 0.05. The aging with the condition of congenital disease differed in stress management behavior at the significance level of 0.05.

สารบัญ

| บทที่ | หน้า |
|---|------|
| 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 4 |
| สมมติฐานของการวิจัย..... | 4 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 4 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 5 |
| ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย | 6 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 7 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ | 7 |
| แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ..... | 18 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 39 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย | 46 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 47 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 47 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 47 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 49 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 50 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|---|------|
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 51 |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร | 51 |
| ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ..... | 53 |
| ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ..... | 59 |
| 5 บทสรุป | 67 |
| สรุปผลการวิจัย | 67 |
| อภิปรายผล | 68 |
| ข้อเสนอแนะ | 72 |
| บรรณานุกรม..... | 73 |
| ภาคผนวก | 80 |
| ภาคผนวก ก แบบสอบถามผู้วิจัย | 81 |
| ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า | 87 |

สารบัญตาราง

| ตาราง | หน้า |
|--|------|
| 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร | 51 |
| 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตาม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มประชากร | 52 |
| 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตาม พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มประชากร | 55 |
| 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตาม พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มประชากร | 56 |
| 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตาม พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยของกลุ่มประชากร | 57 |
| 6 แสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพ | 58 |
| 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) กับพฤติกรรม สุขภาพ | 59 |
| 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ) กับพฤติกรรม สุขภาพ | 60 |
| 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส) กับพฤติกรรมสุขภาพ | 61 |
| 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา) กับพฤติกรรมสุขภาพ | 62 |
| 11 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (รายได้) กับพฤติกรรมสุขภาพ | 63 |
| 12 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (การมีโรคประจำตัว) กับพฤติกรรมสุขภาพ | 64 |

สารบัญภาพ

| ภาพ | หน้า |
|----------------------------------|------|
| 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย | 46 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2544–2643 (2001–2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่า ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้ จะมีฐานะยากจน เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2558)

สำหรับประเทศไทยสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ ในขณะนั้น ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้พยากรณ์โครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุว่า “ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551–2571 สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ ส่งผลให้ภาวะประชากรของประเทศไทย เข้าสู่ยุคที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น มิได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้านประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ เป็นเสมือนปฏิกิริยาลูกโซ่ที่ส่งผลกระทบไปยังระบบอื่น ๆ ได้แก่ผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านชีวิตความเป็นอยู่และการปรับตัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

ผลกระทบด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ เกิดจากสภาพที่เสื่อมถอยลง เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าเจริญเติบโต อวัยวะต่าง ๆ สูญเสียหายเป็นเหตุนำมา ซึ่งความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ สมอเสื่อมทำให้รัฐต้องจ่ายงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2557)

ส่วนผลกระทบด้านทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุต้องพึ่งพารายได้จากบุตรหลาน และด้วยความเสื่อมสังขารของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลายเป็นปัญหา ด้านสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาลูกหลานในเรื่องการดูแลปรนนิบัติ เมื่อยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุในบ้านป่วย 1 คน สมาชิกในบ้านหลายคนต้องช่วยกันดูแล การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็น เวลานาน สมาชิกในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อดูแล ผู้ดูแลต้องเสียวันและเวลาทำงานเท่ากับ วันและเวลาที่ผู้สูงอายุป่วย ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องสูญเสียรายได้ไป และจากการที่ ผู้สูงอายุเจ็บป่วยบ่อยทำให้ต้องสูญเสีย ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

สำหรับผลกระทบด้านความเป็นอยู่ นั้น พบว่า สังคมไทยปัจจุบันเปลี่ยนจากสังคม เกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการติดต่อกับต่างประเทศมากขึ้น ทำให้ลักษณะของ โครงสร้างครอบครัวไทย เปลี่ยนไปจากครอบครัวขยายที่มีความผูกพันระหว่างสมาชิกภายใน ครอบครัว มีการเคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุ ถือว่า ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาและเป็นศูนย์รวมภายใน บ้านกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกเฉพาะ พ่อ แม่ ลูก และจากการที่รับเอาวัฒนธรรม ตะวันตกเข้ามา ทำให้ความทันสมัยสู่สังคมไทย ส่งผลให้ประชาชนมีค่านิยมที่เน้นเรื่องวัตถุ มากกว่าจิตใจ มีการแข่งขันความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เพื่อซื้อความสะดวกสบายในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน มีการยกย่องความสามารถของบุคคลมากขึ้น ไม่เน้นความสำคัญของระบบอาวุโส เกิดความห่างเหินและมีช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่กับผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและ กันภายในครอบครัวลดน้อยลง ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้และต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น แรงบีบบังคับทาง เศรษฐกิจและความเจริญทางวัตถุนี้เองที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุถูก ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังไว้ที่หมู่บ้านหรือชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมที่ผ่านมารัฐได้ตระหนักถึงความสำคัญ โดยได้กำหนดแผนผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติและในทางปฏิบัติ ตามภาระงานของหน่วยงานภาครัฐ ได้แปลงนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการเพื่อการปฏิบัติที่มี พื้นฐานสอดคล้องกับแนวคิดสิทธิมนุษยชนและแนวนโยบายขององค์การสหประชาชาติ อาทิ การวางแผนนโยบายและจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2525-2544) การกำหนดนโยบายและ มาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2533-2554) การบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 การจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (พ.ศ. 2542)

การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นและการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 เพื่อใช้เป็นกฎหมายที่จะเอื้อให้เกิดโครงสร้างองค์กรและระบบบริหารจัดการที่รองรับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ แต่การปฏิบัติการตามนโยบายและแผนต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นยังไม่สามารถบรรลุผลอย่างชัดเจนในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดและเงื่อนไขของกลไกการขับเคลื่อนที่ไม่เอื้อต่อการกิจ รวมทั้งการขาดการบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการมา เพื่อชี้แนะทางปฏิบัติที่เหมาะสม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

เทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางมีเขตการปกครองจำนวน 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ 4 หมู่ 9 มีประชากรทั้งหมด 2190 คน จำนวนผู้สูงอายุ 379 คนคิดเป็นร้อยละ 17.31 ของประชากรทั้งหมด มีลักษณะเป็นชนบทกึ่งเมือง ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายและมีความผูกพันฉันเครือญาติกับเพื่อนบ้าน มีการเคารพเชื่อฟังคำสั่งสอนจากผู้ใหญ่ และผู้ที่อาวุโสกว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานและมีส่วนน้อยที่อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ประชาชนส่วนใหญ่ เมื่อได้รับความเจ็บป่วยจะมาทำการรักษาที่โรงพยาบาลวังเหนือ แต่เมื่อได้รับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยร้ายแรง ก็จะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง (เทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง, 2558)

ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนับเป็นสิ่งที่สำคัญ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ใช้ต้นทุนต่ำ แต่ได้คุณประโยชน์สูง เพราะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคมลงได้ การประเมินสภาพของผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นต้องประเมินแบบองค์รวม กล่าวคือ จะต้องประเมินทั้งเรื่องร่างกาย ทางสมองและจิตใจ ทางสังคมและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เพราะปัญหาของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวโยงกันทั้งจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของผู้สูงอายุ

จากการที่ผู้วิจัยได้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลวังเหนือ จึงมีความสนใจและให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากการปฏิบัติของตนเอง ศึกษาว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น นอกจากจะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุแล้ว ยังทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุและเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จึงได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ขอบเขตเนื้อหา

ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ 4 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย

2. ขอบเขตประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป เลือกทั้งหมดจำนวน 379 คน

3. ขอบเขตระยะเวลา

การวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการมีระยะการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2559 สถานที่ดำเนินการ คือ ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้นิยามความหมายของคำต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติด้วยตนเองจำเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ประกอบไปด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย

2. พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมในแต่ละวัน เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยที่อาหารนั้นต้องเป็นอาหารที่สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อนหรือเชื้อโรค เป็นอาหารที่เหมาะสมกับระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุ

3. พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมที่ได้ใช้พลังงาน หรือการบริหารกล้ามเนื้อ หรือการออกกำลังกายตั้งแต่ระดับเบาถึงปานกลาง เช่น การเดิน การถีบจักรยาน การบริหารร่างกาย การรำมวยจีน โดยใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 3-5 วันต่อสัปดาห์ หลังการออกกำลังกายมีอัตราการเต้นของชีพจร 100-120 ครั้งต่อนาที และขณะออกกำลังกายไม่เกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น เจ็บหน้าอก

4. พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น การไปรับการตรวจร่างกายกับบุคลากรทางสาธารณสุข การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การพักผ่อน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในยามที่เจ็บป่วย

5. พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากภาวะเศร้า โกรธ กลัว หรือกังวล อันเกิดจากวัยหรือจากความอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว หรือการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว โดยการพบปะ พูดคุยกับผู้อื่น หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ของชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ หรือการทำงานอดิเรกต่าง ๆ เพื่อให้รู้สึกสบายทั้งร่างกายและจิตใจ

6. การมีโรคประจำตัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีหรือไม่มีโรคประจำตัว โดยที่โรคประจำตัวนั้น ในที่นี้หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาได้ไม่หายขาด ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องนานมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน หรือตลอดชีวิต

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปในประเด็นต่าง ๆ ให้กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น เช่น ปัญหาและอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการปฏิบัติงานของผู้สูงอายุของโรงพยาบาลวังเหนือ เทศบาลตำบลวังเหนือตลอดจนครอบครัวและชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุยืนยาวขึ้น
3. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพ และกระตุ้นการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในชุมชนได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การศึกษาคนคว่าเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เป็นไปอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกรายละเอียดออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.2.1 การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.2.2 การรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.2.3 การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย
 - 2.2.4 การจัดการกับความเครียด
 - 2.2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (Nations, 2007)

องค์การอนามัยโลก หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัยหรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010)

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) กล่าวว่า วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ชาติความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียรลดลง ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก และนอกจากนี้ ยังต้องพบกับปัญหา การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

สุรกุล เจนอบรม (2534) ได้ให้ความหมายของคนสูงอายุว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพ จึงเกี่ยวข้องกับ ความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (2549) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ ประชุมตกลงกัน เป็นมาตรฐานสากล

เจมส์และเรนเนอร์ (1985) (อ้างอิงใน เพ็ญพกา กาญจนภาส, 2541) ได้ให้ความหมาย ของผู้สูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิต และโดแบ่งระดับของ ความสูงอายุออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทิน โดยนับ จากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทาง ด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์นปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะ ต่าง ๆ ของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญ ในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2536 อ้างอิงใน เพ็ญพกา กาญจนภาส, 2541) กล่าวว่า ความสูง อายุ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความประพัตติที่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความสามารถทางร่างกาย จะลดลงดังนั้น ความสูงอายุจึงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary aging) เป็นความสูงอายุที่ต้องเกิดขึ้นกับทุกคน เป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่ออวัยวะต่าง ๆ หรือเซลล์ต่าง ๆ

ในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานานก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการทำงาน ซึ่งการเสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายนี้ จะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวยุบ ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว สายตายาว พละกำลังเริ่มถดถอยลง เป็นต้น

2. ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary aging) เป็นความสูงอายุที่มนุษย์เราสามารถหลีกเลี่ยงได้ ความสูงอายุลักษณะนี้มักเกิดจากความปล่อยปละละเลย ไม่ห่วงกังวลหรือไม่รักษาสุขภาพร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป การรับประทานอาหารมากเกินไป การที่ร่างกายมีโรคภัยมาเบียดเบียน เป็นต้น

ในการกำหนดพิจารณาอายุเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปแล้วอาจใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านทางการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปี แล้วยังแข็งแรงและมีความสามารถในการทำงานได้ดี ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้

แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพการของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. คนชราที่มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. คนชรามาก มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า วัยผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ถ้านับตามสภาพเศรษฐกิจก็จะเป็นผู้ที่เกษียณอายุการทำงานแล้ว สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอยตามธรรมชาติที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ อันส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้าน เป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีกระบวนการสูงอายุในแต่ละด้านหรือรูปแบบแตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็น 3 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพ (Biological change) การเปลี่ยนแปลงด้านนี้ เกิดขึ้นทุกระบบหน้าที่ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ เพื่อรักษาและควบคุมระดับปกติของสารต่าง ๆ ได้น้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดอาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่

1.1 ระบบเซลล์และเนื้อเยื่อ เซลล์แต่ละเซลล์จะมีอายุขัยของมันแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด เมื่อเซลล์เก่าตายจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทน เพื่อซ่อมแซมหรือทดแทนอวัยวะ

นั้นยกเว้นการทำงานของเซลล์ประสาท อย่างไรก็ตามเมื่อจำนวนเซลล์ที่ตายมีมากและเกินไปอย่างรวดเร็วกว่าอัตราการสร้างเซลล์ใหม่ กระบวนการเจริญเติบโตหรือการดำรงรักษาเนื้อเยื่อต่าง ๆ ก็เปลี่ยนแปลงไป ด้วยเหตุนี้ จึงเชื่อว่า เมื่อเขาสู่วัยสูงอายุ เซลล์ต่าง ๆ จะเหี่ยวลงตามอายุของมันเองและการที่บุคคลอย่างเขาสู่วัยสูงอายุแตกต่างกันนั้นเกิดจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของบุคคลที่มีผลต่อการเร่งหรือชะลอความเสื่อมหรือการสิ้นสุดอายุขัยของเซลล์ เช่น อากาศ อาหาร ความเครียด เป็นต้น

1.2 ระบบประสาทสัมผัส ซึ่งได้แก่ ตา หู ประสาทรับรส กลิ่น และผิวหนัง มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ตา แก้วตา จะขุ่นมัวและขาดความยืดหยุ่น เมื่ออายุย่างเข้า 40 ปี การมองเห็นไม่ชัดเจน ไขมันรอบดวงตาจะลดลง ทำให้ตาคูสึกโป้ เปลือกตาบางและไม่ยืดหยุ่น การสูญเสียความตึงตัวของเปลือกตานั้นมักจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี และเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ม่านตามีสีจางลง ขนาดของรูม่านตาลีกลงขณะที่อยู่ในแสงสว่างและที่มืด ทั้งนี้ เนื่องจากปฏิกิริยาของรูม่านตาอ่อนกำลังลง ตาขาวลดความโปร่งใสและมัน เยื่อพังผืดของตาขาวจะหดมีความหนาที่บและการทำงานในการปรับแสงตาลง จอภาพมีการห่อเหี่ยว ทำให้ลดความสามารถในการแยกสีและความสว่าง โดยเฉพาะระดับสีระหว่างสีเขียวกับสีน้ำเงิน นอกจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ต้อกระจกและต้อหิน โดยสรุปจะพบว่า ผู้สูงอายุมีสายตาสีอมมองเห็นความชัดของภาพลดลงตามระดับความเสื่อมของจอภาพ ซึ่งจะพบได้ทั้งในที่ที่มีแสงสว่างและที่สลัว

หู การได้ยินจะเสื่อมลงในผู้สูงอายุ เนื่องจากผนังเส้นโลหิตแดงในหูจะแข็งตัวและปลายประสาทในหูจะเสื่อมลง ทำให้หูตึง ตองพูดเสียงดัง ๆ จึงจะได้ยิน ถ้าเสียงต่ำ ๆ จะได้ยินชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง เวลาพูดกระซิบจะได้ยินกว่าเสียงพูดธรรมดา

ประสาทรับรสและรับกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นจะลดน้อยลง ทำให้ความสามารถต่าง ๆ ในการจําแนกรสลดลง ประสิทธิภาพของการได้กลิ่นลดลงเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากอาหาร ผิดกับที่เคยเป็นมาในหนุ่มสาว

ผิวหนัง ผิวหนังจะเหี่ยวและแห้ง เนื่องจากการสูญเสียไขมันอิมิตัวโตผิวหนัง การเสียความยืดหยุ่นของผิวและการสูญเสียไอน้ำ ผิวหนังจะมีตุ่มแผลเกิดขึ้น เนื่องจากการมีปริมาณเมลานินซึ่งลดลงแสงแดด ลม ความรอนหนาวของอากาศ มีส่วนส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมากและเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผมจะร่วงทำให้ศีรษะล้านได้ สีของผมจะเปลี่ยนเป็นสีเทาและขาวบางที่ อาจพบความผิดปกติของเล็บเท้า และบ่อยครั้งที่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้นำให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุ

1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ กระดูก กล้ามเนื้อ ขอดตอ และเยื่อยึดข้อต่อ และฟัน มีเปลี่ยนแปลง ดังนี้

กระดูก ร่างกายจะเริ่มสูญเสียแคลเซียม โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยพบว่า เมื่ออายุย่างเข้า 45 ปีขึ้นไป ข้อตอกระดูกสันหลังจะเกิดความเสื่อมสลายทำให้ส่วนสูงเปลี่ยนไป คือ โครงร่างจะสั้นลง ไค้ง งุ่ม แคลเซียมละลายตัวจากกระดูกร่วมกับการขาดวิตามินดี เป็นผลให้เกิดรูพรุนตามแนวกระดูกยาว เกิดเป็นโรคกระดูกพรุนได้ง่าย แคลเซียมที่ละลายออกไป จะไปเกาะที่กระดูกอ่อนหรือเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อลดความยืดหยุ่น นอกจากนั้น ในรายที่แคลเซียมไปเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครง จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกลดลง อาจทำให้การหายใจเป็นไปได้ไม่เต็มที่ การหายใจจึงต้องใช้กล้ามเนื้อกระบังลมมากขึ้น

กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเรียบจะสามารถคงสภาพได้เหมือนปกติ ส่วนกล้ามเนื้อลายจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและสมรรถภาพ จะมีพังผืดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเริ่มลดลงเมื่อมีอายุ 30 ปีขึ้นไป ปริมาณโปรตีนและเซลล์กล้ามเนื้อลดลงหลังจากอายุย่าง 50 ปี ทำให้กล้ามเนื้อเหี่ยว

ขอดตอและเนื้อเยื่อยึดข้อตอ เนื้อเยื่อยึดข้อตอ ซึ่งเป็นพวกคอลลาเจนจะมีแคลเซียมมาเกาะทำให้ข้อแข็งเคลื่อนไหวลำบากได้ในคนชรา ถ้าเกิดบาดแผลจะหายช้า เนื่องจากเนื้อเยื่อคอลลาเจนมาอยู่ในบริเวณแผลช้าลง มีการเสื่อมสภาพและวิกลรูปของข้อตอ โดยเฉพาะข้อตอที่รองรับน้ำหนัก

ฟัน มักพบว่า มีการเปลี่ยนแปลง แต่ก็เป็นกรยากที่จะกล่าวว่ามีผลมาจากความชราโดยตรง ทั้งนี้ เพราะอาจเกิดร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น สุขภาพฟัน อุบัติสัยในการรับประทานอาหาร การซ่อมแซมรักษา เป็นต้น อย่างไรก็ตามเงื่อนไขจากฟันมักเป็นสิ่งสำคัญที่จะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ฟันของผู้สูงอายุมักจะมีแคลเซียมยึดเกาะได้ง่าย และมีการซึมผ่านของเคลือบฟัน ทำให้ฟันเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ฟันจะผุมากขึ้น เนื่องจากปริมาณน้ำลายลดน้อยลง ทำให้ไม่ได้ชะล้างไหลผ่านตามซอกฟัน เหงือกจะหดตัวเล็กลง ทำให้ลักษณะการพุทรวมทั้งเสียงผิดไปจากเดิม

1.4 ระบบประสาท ถึงแม้เซลล์ประสาทจะมีอายุได้นาน แต่เมื่อเกิดการเสื่อมสลายแล้วจะไม่มีที่ใหม่ อัตราการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทโดยเฉลี่ยมีประมาณ 0.8% ต่อปีหลังอายุเลย 30 ปีไปแล้ว การทำงานประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดมากในการเรียนรู้ทักษะใหม่ การเรียนรู้หรือทักษะที่มีมาแต่ดั้งเดิมจะยังคงไว้ได้ตลอด ยกเว้นในกรณีที่อัตราการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทสูงมาก นอกจากนั้น

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุมาก ได้แก่ มีความสับสน ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย และการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เป็นอาการแสดงของสมองเริ่มทรุดโทรมและความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้น จะเป้นหนทางนำไปสู่โรคเรื้อรังในสมอง ลดความเป็นตัวของตัวเองช่วยตัวเองได้น้อยลงหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น

1.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการเพิ่มคอลลาเจนและไขมัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หัวใจของผู้สูงอายุทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจก็เพียงพอสำหรับกิจวัตรประจำวันทั่วไป แต่ถาผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายหนักเกินไป มีความเครียดและการเจ็บป่วยก็อาจทำให้ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอผู้สูงอายุ จึงต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม

1.6 ระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหาร ความอยากอาหารลดลง เพราะประสาทรับกลิ่นและรับรสมีความสามารถรับสัมผัสน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฟันและเหงือกทำให้รับประทาอาหารได้ลำบาก ต้องเลือกลักษณะอาหารมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อในระบบทางเดินอาหาร มีการลดการกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติ การบีบตัวของทางเดินอาหารจะช้าลงตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ใหญ่ ทำให้มีอาหารตกค้างอยู่ในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน ทำให้ ผู้สูงอายุอิ่มอยู่นาน และกระเพาะอาหารเองก็มีการหลังกรด น้ำย่อยอาหารลดลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซับแคลเซียมและเหล็กลดลง ผู้สูงอายุมักเป็นโรคขาดอาหารและซีดได้ง่าย นอกจากนี้ ลักษณะอาหารที่เพิ่มแกสหรือกระตุ้นการทำงานของลำไส้มากเกินไป ตลอดจนอาหารที่มีกากมากเกินไป หรือไม่มีกากเลยมีผลทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก ท้องเสีย ได้ง่าย เพราะประสิทธิภาพในการทำงานระบบย่อยอาหารลดลง

1.7 ระบบการขับถ่ายของเสีย ผู้สูงอายุกระเพาะปัสสาวะจะมีลักษณะเป็นรูปกรวย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ ที่ช่วยยึดรวมทั้งความอ่อนแอของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ในลักษณะ เช่นนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะถูกกระทบกระเทือนได้ง่าย ทำให้ปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ ซึ่งเป็นผลรวมจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขยายตัวได้ นอกจากนี้มักพบว่า ต่อมลูกหมากโตหรือมดลูกหย่อน เนื่องจากมีแรงดันเพิ่มในกระเพาะปัสสาวะ ส่วนไตพบว่า ไตจะเกิดการเหี่ยวลีบและการเสื่อมของหลอดไต และส่วนของไตที่ทำหน้าที่กรองในคนสูงอายุ ลดลงถึง 30-50% เมื่อเทียบกับคนรุ่นหนุ่มสาวที่มีสุขภาพปกติ ทำให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียของไตลดลงและปริมาณยูเรียในเลือดเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนั้น ยังพบอาการท้องผูกที่มีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ

1.8 ระบบหายใจ พบว่า มีการเสื่อมของเซลล์ชนิดอีพิทิลีเยียม ซึ่งปกคลุมผนังของ ทางผ่านอากาศหายใจและมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด กล้ามเนื้อเยื่อของระบบการหายใจ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผนังกล้ามเนื้อทรวงอก มีความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้น เพราะกระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ความจุปอดลด น้อยลง มีความรู้สึกเหมือนหายใจไม่เต็มปอด ไม่เพียงพอที่จะถ่ายเทปริมาณอากาศในปอดให้ เต็มที่มีความรู้สึกเหมือนหายใจช้าลงทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอหรือน้อยมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ดังนั้น จึงมักพบว่าผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรง การป้องกัน การติดเชื้อระบบนี้เสื่อมสภาพลง นอกจากนี้ ภาวะหลังโกงทำให้เพิ่มข้อจำกัดในการหายใจ ซึ่งพบได้ถึง 86% ของคนชราที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ การเสื่อมของระบบต่อมไร้ท่อ มีผลอย่างมากต่อร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่อมไร้ท่อที่สำคัญ คือ ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมอัณฑะ ต่อมหมวกไต และต่อมเพศ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง คือ

ต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะมีการงอกเกินและมีคอลลอยด์เพิ่มขึ้น ทำให้มีการเสื่อม หน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว การผลิตฮอร์โมนจึงลดลง

ต่อมไทรอยด์ มีขนาดเล็กลงหลังมีอายุ 50 ปีไปแล้ว ส่งผลให้การผลิต ฮอร์โมนลดลง ซึ่งอาจจะเป็นผลให้เบื่ออาหาร ตาขุ่นมัวและผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะต่อม ไทรอยด์เป็นพิษ เนื่องจากส่วนประกอบของฮอร์โมนที่ผลิตจากต่อมไทรอยด์ลดลง

ต่อมอัณฑะ หลังอินซูลินน้อยลง การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อย ทำให้ ผู้สูงอายุอาจเป็นเบาหวานอย่างอ่อน ๆ ได้หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

ต่อมหมวกไต พบพังผืดและวัตุสุเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานการขับคอร์ติโคส เตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลงการหย่อนสภาพของต่อมหมวกไต เป็นภาวะแทรกซ้อนของต่อม ไทรอยด์หย่อนสมรรถภาพ

ต่อมเพศ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเพิ่มมากขึ้นในต่อมเพศและระบบการทำงานของ เนื้อต่อมแท้ ๆ ในเพศหญิง รังไข่จะหยุดผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน เมื่ออายุประมาณ 45-50 ปี ผลที่ตามมาก็คือ มีการหย่อนของกล้ามเนื้อตลก ช่องคลอดและทรวงอก หมดประจำเดือน และความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่วนใหญ่จะลดลง สำหรับเพศชาย เชื่อว่าการทำงานของ ต่อมเพศก็จะมีการเสื่อมสลายเช่นกัน แต่ไม่ถึงกับหยุดการทำงานไปเหมือนรังไข่ การหลัง ฮอร์โมนแอนโดรเจนลดลง อวัยวะเพศเหี่ยวและความรู้สึกทางเพศลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่มี

การยืนยันว่าการผลิตฮอร์โมนของเพศชายจะหมดเมื่อไร ดังนั้น จึงอาจพบความสนใจในเรื่องเพศของผู้สูงอายุชายได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ สถานะทางสังคมประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ ความจำ เสาวนปัญญา การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และความเสียหายเฉียดตาย ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ความจำ ความจำเสื่อมถอยลงเป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุ ความจำต่อสิ่งใหม่ ๆ มีน้อย กระบวนการจำมีเพียงระยะสั้น มักลืมเหตุการณ์ปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ง่าย แต่พบว่าจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยในผู้สูงอายุ

เสาวนปัญญา ความรวดเร็วของการใช้ความคิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่า ๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้นผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นหรือใช้วิจารณญาณได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยความสุข จากประสบการณ์และความรู้อันได้รับการสะสมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ส่วนความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ อาจลดลงแต่ความรู้สึกทั่วไปและที่เกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่กระทั่งในบั้นปลายของชีวิต

การเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำ ซึ่งมักจะลดน้อยลง ในวัยชรา การรับรู้และการเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ในบริบทของชีวิตที่มีความซับซ้อน จะเรียนรู้ได้ยาก เช่น เทคโนโลยีใหม่ ๆ ทางด้านสารสนเทศ และการขาดแรงจูงใจ จะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ในระยะนี้

บุคลิกภาพ ลักษณะและรูปแบบที่เป็นมาแต่ดั้งเดิมของคุณลักษณะทางบุคลิกภาพจะยังคงไว้ แต่ลักษณะเด่นเฉพาะและจะแสดงออกมาในวัยสูงอายุตามอิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจ

ภาวะเหงา เป็นภาวะที่แสดงถึงการขาดการสนองตอบโต้ทางอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ในวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 42 เป็นหม้าย ฉะนั้น วัยนี้จะต้องพบกับการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต คือ การสูญเสียคู่สมรส ซึ่งจะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ รวมทั้งเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันก็ได้ล้มหายตายจากไปบ้างแล้วที่เหลืออยู่ก็อาจจะขาดการติดต่อเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเดินทาง จึงต้องอยู่อย่าง

เหงาหงอย ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต มีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย สิ้นหวัง และอาจเป็นสาเหตุทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายยิ่งอ่อนแอลงได้อีก

ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพทางจิตใจ เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย สะเทือนใจง่าย ด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้กลายเป็นคนหุนหันุนใจ ใจน้อย ฉุนเฉียว โกรธง่าย และวุ่นวายในกิจการของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือดูแลได้

ความรู้สึกกลัวตาย ความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นจึงมักจะต้องพบแพทย์บ่อย ๆ เพราะความกลัวตายนี้ ทำให้ผู้สูงอายุหาโรคภัยไข้เจ็บใส่ตนเอง จนบางครั้งลูกหลานอาจชุ่นเคืองและรำคาญได้

ความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง (Helplessness and Hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์ซึ่งเป็นประโยชน์ให้แก่ลูกหลาน ให้แก่สังคม อาจกระทำตนให้เป็นประโยชน์ แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ ความรู้สึกหมดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธตนเอง อาจกลายเป็นภาวะเศร้าได้ในที่สุด

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social change) สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกที่ตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม ในผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องการ การยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มในครอบครัวและในสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมช้าลง ความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีอย่างจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจ ที่จะสร้างสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้สูงวัยกว่าก็ขาดความมั่นใจในหลายด้าน เช่น ในเรื่องการสนทนา ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะสนทนากัน หรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกัน สภาพเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุถอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม นอกจากนี้ การที่มีค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ ๆ ขาดความเข้าใจระหว่างกันมากขึ้น ระบบการเคารพผู้อาวุโสก็มีน้อยลง

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทางด้านสรีรภาพพบว่า ร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบ ทั้งระบบประสาทและต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงและอาจเกิดโรคได้ง่าย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น เกิดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่และสถานภาพทางสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง ทำให้การร่วมกิจกรรมหรือการทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย จึงอาจสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม จะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลง และการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลง ในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต่างก็มีการเสื่อมถอยของร่างกาย อีกทั้งผู้สูงอายุมีสิ่งแวดล้อมทั้งมีชีวิตและไม่มีชีวิต และมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันไป ตลอดจนจนการมีพฤติกรรมที่จะดำรงและรักษาซึ่งภาวะสุขภาพมากน้อยแตกต่างกันด้วย

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยหนุ่มสาวมีสัดส่วนน้อยลง ทั้งที่ยังมีหน้าที่การงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวนอกจากกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมในภาพรวมที่ต้องให้การดูแลและให้สวัสดิการผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาล การให้สวัสดิการต่าง ๆ อีกมากมาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524, หน้า 5) โดเนนถึงความต้องการของผู้สูงอายุ โดยยึดแนวคิดของคลาร์ค (Clark) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในเรื่องต่อไปนี้

1. ต้องการให้ตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
2. ต้องการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชุมชน
3. ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. ต้องการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนตามปกติ
5. ต้องการการยอมรับนับถือ
6. ต้องการแสดงออกในผลสำเร็จของตน

ศรีทับทิม รัตน์โกศล (2527, หน้า 4) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวจะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจรวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลหรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัคร องค์กรการภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันสุขภาพ เมื่อเขาสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญสุขภาพ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัย ตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม จึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่ลดการพึ่งพาตนเองให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคม แล้วจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม

5.2 ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ จากบุคคลในครอบครัวและสังคม

5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่ม ของชุมชน และของสังคม

5.4 ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

5.5 ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย 4 ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวลและความหวาดกลัว ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการโอกาสก้าวหน้า โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายชีวิต

7. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลาน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้ เพื่อตนจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ ช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

จากแนวคิดสรุปได้ว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุ ก็คือการปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ ความต้องการและการปรับตัวของผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย ทั้งตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน และนโยบายต่าง ๆ ของรัฐ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พรรรณี ปัญชรหัตถกิจ (2540 อ้างอิงใน ศราวุธ ยงยุทธ, 2546, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกทางด้านสุขภาพ อาจสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ (2532, หน้า 13) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมทั่วไปแต่เน้นเกี่ยวกับสุขภาพ และจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค หรือภาวะไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม ตัวเชื้อโรค และปัจจัยอื่น ๆ

คาลส์และคอบ (Kals and Cobb, 1976) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำใด ๆ ของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ฮาร์ริสและกูเทน (Harris and Guten, 1975) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ กิจกรรมทุกชนิดของบุคคลที่ทำตามปกติและสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันโรคได้

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพได้ 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากการเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่สุกสะอาด และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค เปนพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ แบ่งเป็น

- 1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น
- 1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค
- 1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาด

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. สุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพ ดังนี้ สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งในแง่ของสุขภาพจิตก็คือ การทำให้ชีวิตมีความสุข มีความพอใจ ความสมหวังทั้งของตนเองและของผู้อื่น สุขภาพดี ไม่ได้มีความหมายเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มีรายละเอียด ดังนี้

- 1.1 สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย
- 1.2 สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง สภาวะความสมดุลในทุกด้านของชีวิต ทั้งทางร่างกายอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ
- 1.3 สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

สำหรับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายได้หลากหลาย ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Goodenough, 1957)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไป เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่

คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมพันธ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

อำนาจ ภูศรี (2547, หน้า 16) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรมหมายถึง การกระทำของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นได้ ทั้งในขณะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว พฤติกรรมนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความรู้ ทักษะ และความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ โดยที่อาจแสดงออกให้เห็นชัดเจน เช่น การออกกำลังกาย การป้องกันโรค การเดิน เป็นต้น

ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ (2546, หน้า 15) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนเจ็บป่วยบาดเจ็บหรือเสียชีวิต หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน มีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ

พรณี บัญชรหัตถกิจ (2540 อ้างอิงใน ศรารุช ยงยุทธ, 2546, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกทางด้านสุขภาพ อาจสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้

คาลส์และคอบบ์ (Kals and Cobb, 1976) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำใดใดของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและมีสุขภาพอนามัยที่ดี พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสีย (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไปจนความจำเป็น การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3. ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (Determinants of Health)

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมมนุษย์อาจถูกกำหนดโดยหลายปัจจัยด้วยกัน คือ

3.1.1 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

3.1.2 ปัจจัยทางชีววิทยา

3.1.3 ปัจจัยทางศาสนา

3.1.4 ปัจจัยทางมนุษยชาติในแง่ของความเป็นมนุษย์

3.2 ปัจจัยตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

3.2.1 วิธีการดำรงชีวิตหรือครองชีวิต

3.2.2 สภาพความเป็นอยู่

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (1991 อ้างอิงใน อมลวรรณ วีระธรรมโม, 2548, หน้า 17-18) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกตินั้น คนต้องได้รับ น้ำ อากาศ อาหารที่เพียงพอ มีการขยับถ่ายตามปกติมีกิจกรรม และการพักผ่อนที่สมดุล สามารถใช้เวลาเพื่ออยู่คนเดียวและอยู่กับผู้อื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีการป้องกันอันตรายของตนเอง จึงจะประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง จากแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon (1994 อ้างอิงใน อมลวรรณ วีระธรรมโม, 2548, หน้า 16-17) ได้เสนอแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ อาหาร การขยับถ่ายการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การปรับตัวต่อความเครียด เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของคน และจากแนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ได้เสนอแนวคิดการสร้างสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย 5 อ. คือ อาหารการออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยชุมชน และอโรคยา

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีผู้กล่าวไว้หลายท่าน ดังนี้เฮกฮิวเมอร์ (Heckhumer, 1989 อ้างอิงใน เพ็ญพกา กาญจนินภาส, 2541, หน้า 19) แนะนำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่
2. จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น

3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัด หรือเย็นจัด ป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน

4. มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง

5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิค ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

6. พักผ่อนเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ

7. หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ โยคะ เทคนิคไบโอฟีดแบค และการออกกำลังกาย เป็นต้น

8. มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเองและมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง

9. หลีกเลี่ยงการช้ำยาที่ผิดกฎหมาย หรือชื้อยาเกินเอง

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 อ้างอิงใน เพ็ญพกา กาญจนภาส 2541, หน้า 23) ได้กล่าวถึงหลัก 4 ประการ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกตองเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพการกิน ประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุและส่วนสูงของผู้สูงอายุ

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพกระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจ สิ่งแวดล้อม และท่านอนจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ ขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแต่ละคนไปว่า 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุต้องนอนกลางวันบาง จะช่วยให้กระปรี้กระเปร่าและร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น นอกจากจะหมายถึงการรู้จักรักษาสุขภาพชีวิตที่ดีแล้วยัง หมายถึง การรู้จักออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักลดความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสังคม มีการใช้เหตุผลเข้าใจการยอมรับทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับสังคมมากเกินไป ถ้าไม่เป็นไปตามที่หวังแล้วจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขเลย

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2532 อ้างอิงใน แพทย์พจนานุกรม, 2541, หน้า 23) ได้นำเสนอ ปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้ชีวิตยืนยาวและมีสมรรถภาพ ด้านหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ ประการที่สอง คือ พยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาว มีดังนี้

1. การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นเวลา 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2. อาหารโดยรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ รวมทั้งผลไม้และผักสด ข้าวที่อยู่ในสภาพธรรมชาติและเส้นใยต่าง ๆ พร้อมทั้งโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว
3. การนอน ควรมีการนอนอย่างเพียงพอ คือนละ 7-8 ชั่วโมง
4. มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต รื่นเริง สนุกสนาน หัวเราะบ่อย
5. ไม่อยู่เฉย ๆ ทำงานให้เป็นประโยชน์
6. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่าง ๆ
7. มีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นไปตามต้องการ
8. มีการเรียนรู้และหาประสบการณ์กับสิ่งใหม่ ๆ
9. ได้รับการดูแลสม่ำเสมอจากแพทย์
10. มีความภูมิใจในตนเอง ภูมิใจในความสำเร็จ เอาใจใส่ชีวิต มีอารมณ์ไม่ฉุนเฉียว มีความเชื่อและยึดมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ เช่น ศาสนา

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2539, หน้า 10) ได้เสนอหลัก 11 อ. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภทไขมัน (น้ำมันจากพืชและสัตว์ ไข่แดง เนย) และประเภทคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง และน้ำตาล) อาหารโปรตีนหรือกลุ่มเนื้อสัตว์ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายรับประทานผักและผลไม้มาก ๆ แต่ควรเลือกรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด

ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เพื่อให้อวัยวะมีความคล่องตัว แข็งแรง ซึ่งจะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย

อนามัย คือ การดูแลตนเองโดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งสังเกตการณ์ทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การขับถ่าย เป็นต้น และควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่อายุประมาณ 65 ปี เป็นต้นไป

อุจจาระ ปัสสาวะ คือ จะต้องให้ความสนใจในการขับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบากอีกส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกลิ่นการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องได้รับการดูแลแก้ไขตามสาเหตุ

อากาศและแสงอาทิตย์ เน้นให้อยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม

อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น เป็น 4 อ. ที่เน้นทางด้านความรู้สึกนึกคิดและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้การมีชีวิตอยู่ในแต่ละวันมีความสุข มีความรื่นรมย์กับการมีชีวิตอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่าง ๆ และปรับความรู้สึกนึกคิดไปตามนั้น ไม่ยึดติดลักษณะเก่า ๆ ดังเดิมที่เคยเป็นมา ควรมีงานอติเรกที่น่าสนใจ แต่ไม่ควรเป็นสิ่งที่เป็นการมาก พรอมนั้งการเข้าร่วมสังคมกลุ่มต่าง ๆ ตามสมควร การมีเพื่อนรุ่นเดียวกันหรือต่างรุ่นจะทำให้เกิดความอบอุ่นและรู้สึกถึงคุณค่าของตน

อุบัติเหตุ เกิดขึ้นได้ทุกขณะและอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บและความพิการต่าง ๆ ควรพยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะสม พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น

จากแนวคิดสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมที่นอกจากจะเป็นการปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ แล้ว ยังเป็นการปฏิบัติเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยหรือปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ ส่งเสริมให้ร่างกายกลับมาอยู่ในสภาวะที่สมดุลโดยเร็ว

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เข้ามามีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนเรา มากขึ้น อีกทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างมากมาย ทำให้เราใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงประกอบกับการทำงานที่ต้องเร่งรีบในแต่ละวัน ทำให้บุคคลมองข้ามการออกกำลังกาย อีกทั้งอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ การจราจรที่ติดขัด มลภาวะเป็นพิษ การไม่มีเวลา และสถานที่ในการออกกำลังกายหรือพักผ่อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา คือ การเสื่อมสภาพของร่างกาย ความเครียด ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต จากการศึกษาเกี่ยวกับสรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งที่ปกติและเจ็บป่วย เพื่อหาแนวทางที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งที่จะช่วยสร้างเสริมให้สุขภาพมีความคงทนกับการใช้ชีวิตประจำวัน มีความต้านทานโรค นอนหลับได้ง่าย ท้องไม่ผูก ไม่อ้วน ลดความเครียด ช่วยพัฒนาสุขภาพจิตให้ดีขึ้น

1. ขั้นตอนในการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อสามารถหดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การอบอุ่นร่างกายใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ได้แก่ การเหยียด การสลับแขน สะบัดขา แกว่งแขน การวิ่งเหยาะ ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายอย่างจริงจัง เป็นการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้ไขมันในร่างกาย โดยใช้ออกซิเจนในอากาศด้วยการหายใจเข้าไป เพื่อทำให้เกิดพลังงานระดับหนึ่ง ในขณะที่ออกกำลังกายการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงใดจึงจะเกิดประโยชน์แก่ร่างกาย ขึ้นอยู่กับอายุของบุคคลนั้น คำนวณจากสูตรของ American College of Sport Medicine คือ การใช้ 220 ลบด้วยอายุของบุคคลนั้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมคือ ประมาณร้อยละ 65

ขั้นตอนที่ 3 การผ่อนให้เย็นลง เมื่อได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมตามขั้นตอนที่ 2 แล้วควรจะทำอย่างค่อย ๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายโดยทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่ค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ

2. หลักการออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 ถ้าไม่เคยออกกำลังกายควรศึกษาหลักการให้ถูกต้องและค่อย ๆ ทำอย่าหักโหม ถ้ามีโรคประจำตัว ต้องปรึกษาแพทย์ก่อน

2.2 เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและอุปนิสัย

2.3 อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาแพ้ เอาชนะ แต่ควรออกกำลังกายของตนเอง

2.4 ระวังอุบัติเหตุ

2.5 ให้ทำโดยสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

2.6 เมื่อเกิดอาการผิดปกติอย่างใด ควรปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะถ้ามีอาการหน้ามืดหรือใจสั่นผิดปกติ ควรชะลอการออกกำลังกายลงและหยุด

2.7 ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย จะช่วยให้สนุกสนานยิ่งขึ้น

3. ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

3.1 การเดิน เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความพิการของเท้าและข้อ) ต้องเดินให้เร็วเพื่อให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ต้องเพิ่มเวลา

การเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม มีการแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกบ้างตามสมควรขณะเดิน ควรเดินในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และปลอดภัย ควรเดินในตอนเช้า และมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนานยิ่งขึ้น

3.2 การวิ่งช้า ๆ ผู้สูงอายุถ้าสามารถวิ่งได้ก็ไม่มีข้อห้ามที่จะให้วิ่ง แต่จะต้องมีข้อเท้าที่ดี เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อมากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้ และควรมีรองเท้าที่เหมาะสม ข้อต่าง ๆ เช่นเดียวกับการเดิน

3.3 การบริหารท่าต่าง ๆ มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ควรจะทำให้เกิดผลถึงระดับหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

3.4 การรำมวยจีน หลักการของการรำมวยจีน คือ การเคลื่อนไหวช้า ๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิด้วย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ต้องมีครูผู้ฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

3.5 โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานกับการควบคุมการหายใจให้เขาเป็นจังหวะ ต้องมีครูผู้ฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะได้ประโยชน์สูง

4. ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย พอสรุปได้ดังนี้

4.1 ช่วยชะลอความชรา ในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ดูเพรียวเป็นสาว กระจ่างกระฉับกระเฉง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายลดลงและประสิทธิภาพในการทำงานเกิดชากว่าที่ควรเป็น ช่วยยืดอายุให้ยืนนาน

4.2 การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ดี ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

4.3 ลดน้ำหนักควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างสมส่วน

4.4 ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส

4.5 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

การรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

อาหารนับว่า มีความสำคัญยิ่งในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายทำให้แข็งแรง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างถูกหลักโภชนาการ คือ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

สามารถรักษาน้ำหนักให้อยู่ได้ในเกณฑ์เฉลี่ย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควรมีเป้าหมาย และถูกต้องตามหลักโภชนาการ คือ อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่

หมู่ที่ 1 อาหารจำพวกนม ไข่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อวัว เป็ด ไก่ ถั่วต่าง ๆ ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วแดง อาหารหมู่นี้ ประกอบด้วยสารอาหารหลัก คือ โปรตีน ซึ่งเป็นส่วนของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ น้ำย่อย และเลือด ช่วยในการสร้างและรักษากล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อที่แข็งแรงสมบูรณ์และสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยในการเจริญเติบโตของเด็ก สำหรับผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานปลา เพราะปลาสส่วนใหญ่มีไขมันต่ำและย่อยง่าย เนื้อสัตว์อื่น ต้องเลือกที่ไม่ติดมัน สับละเอียดหรือต้มเปื่อย ไข่ รับประทานได้ 3-4 ฟองต่อสัปดาห์ ถ้ามีปัญหาไขมันในเลือดสูง ให้เลือกรับประทานเฉพาะไข่ขาว

หมู่ที่ 2 อาหารจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล ได้แก่ ข้าวชนิดต่าง ๆ กวยเตี๋ยว ขนมจีน เผือก มัน ประกอบด้วยสารอาหารหลัก คือ คาร์โบไฮเดรต มีความสำคัญต่อร่างกาย คือ ให้พลังงาน ทำให้สามารถเดิน วิ่ง ทำงานต่าง ๆ ได้ ในเด็กจะช่วยให้การเจริญเติบโต ร่างกายสะสมอาหาร จำพวกนี้ได้เล็กน้อยมาก หากรับประทานเกินความต้องการ ก็จะเปลี่ยนไปสะสมในสภาพของไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ผู้สูงอายุควรลดปริมาณการรับประทานอาหารหมู่นี้ เพราะความต้องการ กำลังงานในผู้สูงอายุลดลง เช่น ข้าว เคยรับประทาน 3 ทัพพี ลดเหลือ 2 ทัพพีต่อมื้อ ถ้าไม่ลด ปริมาณลง จะทำให้เป็นโรคอ้วนและทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้

หมู่ที่ 3 อาหารจำพวกไขมัน ได้มาจากพืชหรือสัตว์ก็ได้ ที่มาจากพืช ได้แก่ น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หรืออยู่ในเมล็ดพืช ได้แก่ ถั่วลิสง งา หรืออยู่ในรูปกะทิ ที่ได้ จากสัตว์ ได้แก่ น้ำมันหมู หรือไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ อาหารหมู่นี้ประกอบด้วยสารอาหารหลัก คือ ไขมัน ความสำคัญต่อร่างกาย คือ ช่วยให้ร่างกายเกิดความอบอุ่น ให้พลังงานเช่นเดียวกับ คาร์โบไฮเดรต แต่เป็นพลังงานที่ร่างกายสะสมไว้ด้วย สามารถนำออกมาใช้ในเวลาจำเป็น เช่น เมื่อมีอาการอดอาหาร คนที่รับประทานไขมันมากเกินไปเกินความต้องการ ร่างกายจะเก็บสะสมไว้ ตามท้องสะโพก แขน ขา ทำให้เกิดความอ้วน เป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน และทำให้ท้องอืดเฟ้อ เพราะย่อยยาก ในเด็กไขมันช่วยในการ เจริญเติบโต สำหรับผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยงไขมัน จากสัตว์ น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว

หมู่ที่ 4 อาหารจำพวกผัก ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คื่นช่าย ถั่วฝักยาวและผักที่มีสีเหลืองและแดง ได้แก่ มะเขือเทศ ฟักทอง แครอท ซึ่งนอกจากจะทำให้ อาหารมีสีสวยชวนรับประทานแล้ว ยังประกอบด้วยเกลือแร่ วิตามิน ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีใยอาหารและน้ำช่วยทำให้ท้องไม่ผูกและไม่อ้วน

หมู่ที่ 5 อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่าง ๆ เช่น กัลยัม ส้ม ฝรั่ง มะละกอ ซึ่งให้สารอาหารที่สำคัญเช่นเดียวกับผัก คือ เกลือแร่ วิตามิน โยอาหารและน้ำ ผู้สูงอายุรับประทานได้ทุกชนิด ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน หน้อยหนา ผลไม้ ที่มีทุกฤดูกาล และเหมาะแก่การบริโภคสำหรับทุกวัย ได้แก่ กัลยัม ส้ม ฝรั่ง และมะละกอ

น้ำสะอาด ไม่ได้จัดเป็นอาหารแต่เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อร่างกายเช่นเดียวกัน น้ำช่วยให้ผิวพรรณผ่องใส ภาวะอาหารย่อยอาหารได้ดีขึ้น ท้องไม่ผูก จึงควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

เนื่องจากอาหารต่างหมู่กัน มีองค์ประกอบหลักไม่เหมือนกัน อาหารเพียงหมู่เดียวจึงไม่สามารถเป็นแหล่งของสารอาหารทุกชนิดในปริมาณที่ร่างกายต้องการได้ จึงต้องบริโภคอาหารทั้ง 5 หมู่ สะอาดด้วย ทุกมื้อ ทุกวัน

หลักสำคัญในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

หลักการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุ (อ้างอิงข้อมูลจากรายการคลินิก 101.5 F.M คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 6 มีนาคม 2547) ควรคำนึงถึงผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เพราะผู้สูงอายุแต่ละบุคคลอาจจะชอบอาหารไม่เหมือนกัน บางครั้งไม่จำเป็นว่าทุกมื้อจะต้องได้รับสารอาหารครบทุกประเภทอยู่ในมือเดียว

1. ในการจัดอาหารนี้ อาจจะต้องแบ่งอาหารให้เป็นอาหารมื้อย่อย 4-5 มื้อ เพื่อลดปัญหาการแน่นท้อง
2. อาหารที่จัดควรจะเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ถ้าเป็นผักก็ควรหั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ นึ่งหรือว่าต้มให้นิ่ม
3. พยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส หรือท้องอืดเช่น ถั่วบางประเภท
4. อาหารควรเป็นอาหารที่มีคุณภาพ เช่น คาร์โบไฮเดรตในรูปเชิงซ้อน คือ ไม่ได้ผ่านกระบวนการขัดสี และโปรตีนจากปลา
5. เน้นให้ใช้วิธีการนึ่งมากกว่าการทอด เพื่อลดปริมาณไขมันที่ร่างกายจะได้รับเกินเข้าไป
6. อาหารเสริมที่แนะนำควรเสริมผักและผลไม้ให้มากขึ้นพวกผักบุง ค่ะน้ำตาลสัง มะเขือเทศ ส้มเขียวหวาน กัลยัมสุก มะละกอสุก จะช่วยเพิ่มให้ผู้สูงอายุได้รับกากใย ช่วยให้ระบบขับถ่ายดี
7. พยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรม การได้ออกกำลังกาย จะทำให้ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น

8. การดูแลทางด้านจิตใจ การให้ความเอาใจใส่กับผู้สูงอายุสม่ำเสมอ ไม่ปล่อยให้ท่านรู้สึกถูกละเลยหรือทอดทิ้ง หรือท่านรู้สึกว่าคุณหมัดความสำคัญกับครอบครัว

9. การจัดอาหารให้มีสีสันน่ากิน โดยพยายามใช้สีที่เป็นธรรมชาติ ประยุกต์ให้อาหารมีหน้าตาที่น่ารับประทาน อาหารที่จัดให้ ควรจะอุ่นหรือร้อนพอสมควร เพื่อเพิ่มความอยากอาหารให้มาก

10. ไม่ควรให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด จะเกิดอาการปวดมวนท้อง หรือ ทานแล้วเกิดความรู้สึกไม่สบายตัว อาจจะทำให้เกิดผลเสียต่อทางเดินอาหารได้

วัยสูงอายุ เรื่องอาหารเป็นเรื่องจำเป็น เราถือว่าอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เพราะฉะนั้นลูกหลานหรือผู้ดูแล หรือแม้แต่ตัวผู้สูงอายุเอง ควรเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การบริโภคอาหารที่ดี เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เราควรจะต้องเตรียมตัวตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพราะว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะไม่ทัน

จากแนวคิดสรุปได้ว่า อาหารสำหรับวัยสูงอายุนั้น นอกจากจะต้องเหมาะสมทั้งชนิดของอาหารและปริมาณของอาหารที่ได้รับแล้ว ผู้จัดการต้องคำนึงถึงรสชาติของอาหารด้วย ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารน้อยกว่าวัยอื่น ดังนั้น ถ้ารสชาติไม่อร่อยถูกใจของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ปริมาณอาหารและจำนวนอาหารที่ผู้สูงอายุ ควรได้รับจะไม่เหมือนในวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีโรคประจำตัว อาหารของผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงอาหารเฉพาะโรคด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยและมีคุณค่าโภชนาการสูง จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและชะลอการเกิดพยาธิสภาพของร่างกายในผู้สูงอายุ

การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ เมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจึงเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยของมนุษย์ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังที่ ไคล์แมน (Kleiman, 1980) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองนั้น เป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามแนวคิดของนักสังคมวิทยาและมนุษย์วิทยา มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ

1. การดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care)
2. การดูแลสุขภาพของตนเองของครอบครัว (Family care)
3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น ตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติของตนเอง ตลอดจนจนการตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น ส่วนการกระทำสิ่งใด ๆ นั้น มีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นสามัญชนจากครอบครัวและเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคคลอาสาสมัคร สุข การดูแลสุขภาพที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยมีดังนี้ คือ

1. แสวงหาและการยึดมั่นในการช่วยเหลือด้านการแพทย์ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย
2. เรียนรู้จะป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดพยาธิสภาพ
3. ปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
4. รับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
5. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ (Self-concept) และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง (Self-image) ปรับบทบาทตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น
6. การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

โอเรียมและเทเลอร์ (อ้างอิงใน นาดยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2544, หน้า 24) กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนการป้องกันการควบคุม การกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ที่คิดว่าที่จะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง การดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนร่วมในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

เลวิน (Levin) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพและการวิเคราะห์

โรครวมทั้งการรักษาในชั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง รวมความถึงการให้การช่วยเหลือของกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพสาธารณสุขโดยตรง เช่น ให้การพยาบาล หรือการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรือสังคม

ตามแนวคิดของฟราย (Fry) การดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การรักษาสุขภาพ และการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง การเยียวยาตนเอง และการรักษาด้วยตนเอง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1980 อ้างอิงใน สุวิชา จันทรสฤษีกุล, 2536, หน้า 34) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการณั้ นั้น ๆ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่า สิ่งที่จะต้องกระทำนั้น จะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณั้ทั้งภายนอกและภายใน ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ การมองเห็นความสัมพันธ์ ของความหมายของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เปนระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนด การเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการกิจกรรมอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกว่าจะกระทำอะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์ เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การดูแลตนเองนั้นขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำ ได้ถูกต้องและถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

จากแนวคิดสรุปได้ว่า การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยเป็นการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง คือ การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึง กระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติหลังรับบริการ อาจเริ่มต้นด้วยการสังเกตอาการ โดยไม่ทำการรักษาเยียวยาใด ๆ หรือทำการรักษาพยาบาลตนเอง หรือไปรับบริการรักษาพยาบาลตาม แหล่งต่าง ๆ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ และอาจมีปัจจัยหลายประการเข้ามา

เกี่ยวข้องกับ อคติ ความเชื่อ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความสะดวกต่าง ๆ และการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยจะช่วยควบคุมความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้

การจัดการความเครียด

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากเกินไปเพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยากซับซ้อนของชีวิต เช่น การสอบไล่ การถูกสอบสวน การจากไปของคนรัก การแต่งงาน การเดินทางไปต่างประเทศ การแข่งขัน การเผชิญกับสภาวะการณ์อันยุ่งยาก หรือภาวะผืนใจต่าง ๆ สถานการณ์ดังกล่าวนั้นเป็นทั้งทางบวกและทางลบที่ทำให้คนเราเครียดได้

การจัดการความเครียด หรือบางคนใช้คำว่า การรับมือกับความเครียด เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ใช้ในการเรียนรู้ พุทธิภาวะ (Cognitive activity) ที่นำมาใช้จัดการกับความเครียด และไม่ว่าแต่ละคนจะรับมือกับความเครียด อย่างไรก็ล้วนแต่มีผลกระทบต่อพวกเขา ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม การจัดการความเครียดเป็นกลยุทธ์การปรับตัว ผู้คนจะใช้กลวิธีรับมือและจัดการกับความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่รุนแรงที่พวกเขาไม่สามารถอยู่เหนือพฤติกรรมหรือผลอันเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น

ลาซาลัสและโพลด์แมน (Lazarus and Folkman, 1984, p. 34) ให้คำนิยามของคำว่า กลวิธีในการรับมือกับความเครียดหรือการจัดการความเครียดว่า เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อจะจัดการกับความต้องการจากภายในหรือภายนอก ร่างกาย กลวิธีในการจัดการความเครียดเป็นกระบวนการที่ใช้จัดการกับปัญหาและปรับการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อปัญหานั้น

ฮาน (Hann, 1989 อ้างอิงใน สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536, หน้า 35) ให้ความหมายของคำว่า กลไกจัดการกับความเครียดว่า เป็นความพยายามในการจัดการกับความยากลำบากต่าง ๆ โดยการใช้ความสามารถภายในตัวและการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมจากคนรอบข้าง เพื่อเอาชนะอุปสรรคนั้น ทั้งนี้ไม่จำเป็นที่การเผชิญปัญหานั้นจะต้องประสบความสำเร็จ

กลวิธีจัดการความเครียด

1. การพัฒนาทักษะในการบริหารตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้ ต้องให้สอดคล้องกับความสามารถ เวลาที่มีอยู่
2. ปรับปรุงการบริหารอารมณ์ของตนเอง โดยการมีสติรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองเสมอ รู้จักสังเกต ทำความเข้าใจกับสถานการณ์และสาเหตุ ที่ทำให้เกิดอารมณ์ในทางที่เหมาะสมรู้จักระงับอารมณ์

3. การพัฒนาทักษะในการบริหารความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างจะช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ได้

4. ปรับปรุงวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

4.1 การแก้ปัญหาคณเดียว ทำได้โดย

4.1.1 ระบุปัญหาที่ชัดเจน

4.1.2 รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

4.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้

4.1.4 หาทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหานั้น ๆ

4.1.5 ประเมินทางเลือกและแก้ปัญหานั้น

4.1.6 วางแผนปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา

4.1.7 นำแผนไปปฏิบัติ

4.1.8 พิจารณาผลที่เกิดขึ้น

4.2 การแก้ปัญหากลุ่ม โดยการระดมกำลังสมองจากหลายฝ่าย

4.2.1 เริ่มด้วยการให้บุคคลบางคนแสดงความคิดเห็นออกมาก่อน จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งบันทึกความคิดเห็นของแต่ละคน เพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้รับ

4.2.2 เมื่อได้รับความคิดที่หลากหลาย ให้กลุ่มช่วยกันประเมินความคิดเห็นนั้น พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละชนิด

5. พัฒนาความอดทนของร่างกายด้วยการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ไม่เสี่ยงกับการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

6. การมองโลกในแง่ดี อันเป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนได้ด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดีกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม การรู้จักให้ต่อตนเองและผู้อื่น มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา

7. การฝึกทำสมาธิ เป็นการทำให้จิตใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทำให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย

ฟาเมอร์ (Famer, 1984, p. 18) กล่าวถึงกลวิธีรับมือกับความเครียดในขั้นแรก คือ การเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความเครียด โดยการประเมินปัญหาให้เป็นระบบ ได้แก่

1. การจำแนกที่มาของความเครียดโดยการเขียนรายละเอียดเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง การเปลี่ยนแปลง ความคับข้องใจ ความกดดัน และปัจจัยที่ทำให้เครียด

บันทึกผลของความเครียดทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม จะทำให้ทราบว่าความเครียดอันไหนที่รบกวนชีวิตเรามากกว่ากัน

2. กำหนดเป้าหมายของเราที่จะกระทำ เช่น จะขจัดที่มาของความเครียดหรือว่าจะเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของตัวเราที่มีต่อสิ่งที่ทำให้เครียด เป็นต้นว่า เปลี่ยนสาขาที่เรียน หากว่ามันทำให้เราเครียดเนื่องจากว่าเราไม่สนใจในวิชานั้น

3. การวางแผน เขียนขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้อย่างชัดเจน

4. การนำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

5. การเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำให้เครียดและการตอบสนอง ที่เกิดจากการนำเอาวิธีจัดการกับความเครียดไปใช้

6. ปรับเปลี่ยน ถ้าจำเป็นให้เปลี่ยนมาใช้วิธีใหม่เพื่อให้ได้ผลดีขึ้น

บวร สงค์ศิริ และคณะ (2540, หน้า 23-26) ได้แบ่งกลยุทธ์ในการเผชิญกับความเครียดออกเป็น 3 ด้าน

1. กลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้อย่างมีเหตุผล ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง การประเมินความสัมพันธ์ของสิ่งที่ทำให้เครียดนั้น จะช่วยให้คนมีความคิดที่สงบลง มีเหตุผล และเบนไปในเชิงสร้างสรรค์ ผลสำเร็จของการเรียนรู้อย่างมีเหตุผลนี้ ไม่ใช่การกำจัดสิ่งที่มาคุกคามออกไป แต่ความสามารถลดความคุกคามและการรบกวนจากสิ่งนั้นให้น้อยลง

2. กลยุทธ์การเผชิญความเครียดทางพฤติกรรม คือ การจัดการโลกส่วนตัวเสียใหม่ ให้เป็นไปในทิศทางที่ทำให้เกิดผลกระทบจากสิ่งที่มาคุกคามนั้นน้อยลง อาจเป็นการจัดการเรื่องเวลาซึ่งจะลดความเครียดให้น้อยลง โดยการใช้เวลาให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น

3. กลยุทธ์การเผชิญความเครียดโดยทางร่างกาย คนเรามักจะเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางร่างกายโดยตรง ทั้งในส่วนที่เกิดขึ้นก่อนเกิดระหว่างหรือเกิดหลังจากความเครียด ตัวอย่างเช่น การใช้ยา แต่การใช้ยาเป็นวิธีการแก้ปัญหาเพียงชั่วคราวเท่านั้น ซึ่งอาจจะดีในบางกรณี แต่การนำวิธีแก้ปัญหาระยะสั้น มาใช้กับปัญหาคุกคามระยะยาว เช่น การว่างงานหรือการไม่ลงรอยกันของชีวิตการแต่งงานจะทำให้เกิดการใช้ยาติดต่อกันจนเกิดติดยาร่างกายเจ็บป่วย มีหนี้สิน และปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ จากเหตุผลเหล่านี้ บางส่วนทำให้มีการสร้างโปรแกรมสำหรับลดปฏิบัติการความเครียดทางกายโดยไม่ใช้ยาขึ้น ลดการเร้าทางร่างกายลงไปได้ โดยธรรมชาติคนเราเมื่อเผชิญกับความเครียดที่รุนแรง ย่อมหาทางผ่อนคลายด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อปลดปล่อยระดับความเครียดให้ลดลง จนถึงระดับที่พอทนได้ หรือความเครียดหมดไปเลย และพร้อมจะเผชิญกับความเครียดที่จะแวะเวียนกลับมาใหม่ได้เสมอ

จากแนวคิดสรุปได้ว่า ความเครียดในผู้สูงอายุมักเกิดจากความอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว การถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดการมีลูกหลานล้อมหนาล้อมหลังอย่างแต่ก่อน ซึ่งเป็นผลมาจากการอพยพย้ายถิ่นและการเปลี่ยนแปลงลักษณะของครอบครัว จากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะโดยทางกาย ทางใจ และทางสังคม วัฒนธรรมตะวันตกที่ทำให้เด็กวัยรุ่นขาดกิริยามารยาทอ่อนน้อมต่อผู้ใหญ่ ก็เป็นเหตุผลทำให้ผู้ใหญ่รู้สึกน้อยใจ ด้อยคุณค่า และรู้สึกกระทบกระเทือนทางใจ ประกอบกับวัยที่ต้องเกษียณอายุจากงาน จึงทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์กับใคร ยิ่งในรายที่ขาดเงิน ขาดทุนสำรองในขณะที่สภาพร่างกายทรุดโทรม เจ็บปวด ๆ แอด ๆ ก็ยิ่งมีความเครียดสูงมากขึ้น ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุรู้จักใช้วิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. **เพศ** เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบทบาทหน้าที่และบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ โดยพบว่า บุคคลที่แตกต่างกันย่อมมีความรู้สึกนึกคิดที่แตกต่างกัน หากพิจารณาในแง่ที่ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาททางสังคมของเพศชายที่เคยมีเริ่มลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจากความเสื่อมของร่างกาย กลายเป็นผู้ไม่ประกอบอาชีพ มีรายได้ลดลง ขาดการติดต่อกับสังคม เนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม (Orem, 1980, p. 71 อ้างอิงใน นพรัตน์ หนูบ้านยาง, 2540, หน้า 64) ผู้สูงอายุชายจะเป็นผู้ทำงานนอกบ้าน ออกสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่ต้องดูแลบ้าน ดังนั้น พฤติกรรมบางอย่าง จึงมีผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเพศกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ ดังต่อไปนี้

โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551, หน้า 176) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. **อายุ** อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ และเป็นตัวกำหนดความต้องการ ในการดูแลตนเองทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแล

ของบุคคลนั้น ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย (Orem, 1985, pp. 255-256) ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล ในการแบ่งอายุตามเกณฑ์การสูงอายุกับภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม (บรรลู่ ศิริพานิช, 2544, หน้า 115) ดังนี้

2.1 กลุ่มสูงอายุระดับต้น คือ มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาไม่มาก ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง คือ มีอายุตั้งแต่ 75-90 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาบ้างแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เริ่มมีความต้องการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น

2.3 กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาอย่างเห็นได้ชัดเจน มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ต้องการการดูแลเอาใจใส่ จากบุตรหลานในส่วนที่บกพร่องไปผู้สูงอายุ จะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น (Hanlon and Pickett, 1984, pp. 433-434)

จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไว้ ดังต่อไปนี้

เด็อนใจ ทองคำ (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีเพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะการพักอาศัย และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และรายด้านประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

มาริสา ประทุมมา (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานด้านช่วงอายุ

กชชุกร หว่างนุ่น (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551, หน้า 189) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ระดับการศึกษา การศึกษาของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเอง และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจพิจารณาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สภาพจิตใจของตนเองได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ การศึกษายังทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี

ดวงจิตต์ นະนักรัตน์ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

กชชุกร ห่วงนุ่ม (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

4. สถานภาพสมรส แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคลและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง การมีคู่ชีวิต จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึก ซึ่งระหว่างคู่สมรสกับคู่สมรส เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่มที่ขาดคู่สมรสที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวที่ต้องช่วยเหลือตัวเองทั้งปกติและยามเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสนั้น จะทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ขาดที่ปรึกษา เหงา ว้าเหว่ ขาดคนให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรสจะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อสภาพจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การตายของคู่ครอง เมื่อคู่ครองตายจากไปทำให้ความรู้สึกเศร้าโศก (บรรลุ ศิริพานิช, 2544, หน้า 12)

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุของฉัตรทอง อินทร์นอก (2550 อ้างอิงใน อนุชา ขุนเมือง (2546, หน้า 37) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีสภาวะจิตใจที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกทางกันอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากการมีคู่สมรสจะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

5. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อการดำรงชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง สามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรง และตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่สนองความต้องการด้านต่าง ๆ แหล่งของรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเห็นคุณค่าในตนเองในเรื่องการมีอำนาจในการใช้จ่าย เพื่อสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987, pp. 161-162) กล่าวว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง เช่น ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถ จัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

ดวงจิตต์ นະนักรัตน์ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา พบว่า รายได้ครบครัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

6. แหล่งที่มาของรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเห็นคุณค่าในตนเองในเรื่องการมีอำนาจในการใช้จ่าย เพื่อสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ จากการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตัวเองจะเกิดความมั่นใจในคุณค่าของตัวเอง ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวและชุมชน และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สุชาติ ดวงอุปมา (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า แหล่งของรายได้ และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

7. ภาวะการมีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพหรือภาวะการมีโรคประจำตัว เป็นข้อมูลบอกถึงภาวะสุขภาพ หรือปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่กำลังประสบอยู่ บ่งบอกถึงประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาของแพทย์ หรือการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และบอกถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ในระดับใด ภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

โอเรม (Orem, 1985, pp. 14-20) กล่าวว่า การที่จะส่งเสริมและคงไว้ ซึ่งการมีภาวะสุขภาพดีนั้น เป็นผลต่อเนื่องมาจากการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย มีแบบแผน

มีลำดับขั้นตอน เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้น และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างสมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผลทำให้มีความผาสุกและมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลที่เกิดมาจากการดูแลตนเอง

จรุง วรบุตร (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ผู้ที่มีภาวะสุขภาพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ดวงจิตต์ ณะนักวัฒน์ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา พบว่าการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรชร โททวี (2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 387 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ (2550) ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุเริ่มเมื่อผู้สูงอายุรับรู้และตีความให้ความหมายว่า ตนมีความผิดปกติหรือเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการปรึกษาบุคคลในเครือข่ายชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพวิธีการรักษาผู้ป่วยสูงอายุสะท้อนระบบการแพทย์พหุลักษณะ นั่นคือ มีการเลือกใช้ระบบดูแล

สุขภาพอย่างน้อย 2 ระบบ ประกอบด้วย ระบบดูแลสุขภาพภาคสามัญชนหรือพื้นบ้าน ซึ่งเป็นระบบแรกที่สูงอายุเลือกใช้วิธีการรักษา เมื่อไม่ได้ผลจะเลือกใช้การรักษาในระบบดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ หรือภาคพื้นบ้าน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่าง 2 ระบบที่สำคัญระบบแพทย์ดั้งเดิมในระบบดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน ยังคงเป็นที่นิยมของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา คือ ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

ธราดล ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.327$) การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.725$) การจัดการความเครียด อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.822$) และการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.319$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปวีณา งามสิงห์ (2550) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ พบว่า พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจะมีทั้งการคงไว้ ซึ่งสุขภาพดี ระบบสามัญชน (Popular sector) เช่น การออกกำลังกาย นั่งสมาธิ และการดูแล เมื่อเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน อาจใช้ 2-3 ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ

อังชน จีงสกุลวัฒนา (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยทำงานในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังไทรทอง อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยทำงานที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังไทรทอง จำนวน 123 คน ผลการศึกษาสรุปผลได้ดังนี้

1. ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยทำงานเป็นเพศหญิง 65.04% มีอายุเฉลี่ย 79.9 ปี 66.67% ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีคู่สมรส ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยทำงาน (86.99%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 60.98% ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ 68.85% ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยทำงาน (97.56%) อยู่กับคู่สมรสและลูกหลานและ 51.22% เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วณีย์ ปรีชาอนันต์ (2550) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลพนสนิคม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว ความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน จำนวน 71 คน และครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 71 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย จากคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนสนิคม และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพนสนิคม จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจัดเป็นหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายด้วยการเดินรอบบ้านมีการจัดการความเครียด ด้วยการปรึกษาสมาชิกในครอบครัว ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการรับประทานยา และใช้สมุนไพร ร่วมด้วย มีการตรวจประเมินเท้าและบริหารเท้าเป็นประจำ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัวมีความเชื่อที่สอดคล้องกัน คือ เชื่อว่าการเป็นเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถควบคุมอาการป่วยได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่สอดคล้องกัน คือ ผู้สูงอายุเชื่อว่าเบาหวานมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ การเป็นเบาหวานมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ แต่ครอบครัวเชื่อว่าเบาหวานมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การเป็นเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ต้องการดูแลเรื่องการพักผ่อน ต้องการให้ครอบครัวพาไปตรวจรักษา และช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเบาหวาน และการออกกำลังกาย ส่วนครอบครัวต้องการให้ผู้สูงอายุเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร และต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวาน

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทรงศนีย์ โกศัยทิพย์ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ในอำเภอตำบลลานหอย จังหวัดสุโขทัย การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำบลลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 100 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพและแบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปหาความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.93 และแบบวัดภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีคะแนนในระดับต่ำและภาวะสุขภาพ

ของผู้สูงอายุมีคะแนนในระดับต่ำ พฤติกรรมด้านบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 386, P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย และเสนอแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การร่วมกิจกรรมทางสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และการชี้แนะตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้การดูแลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ซึ่งพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เมื่อจำแนกตามเพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สภาพการดูแลสุขภาพ และบทบาทในการชุมชนมีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การร่วมกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการศึกษาและพัฒนาสังคมและศาสนา ความเชื่อทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการดูแลรักษาบาดแผล และด้านการดูแลรักษาโรคติดเชื้อ ความรู้การดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการป้องกันโรคและการรับประทาน อาหารความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านป้องกันโรค และด้านการรับประทานอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว ด้านสิ่งของและบริการจากรัฐและด้านบริการจากครอบครัว ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการป้องกันโรค การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่ให้ข้อมูลสุขภาพและศาสนา และการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่ให้ข้อมูลการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนการชี้แนะตนเองมีองค์ประกอบเดียวแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลการวิจัย โดยปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การชี้แนะตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อประสิทธิภาพ

แห่งตน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลทางลบและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่นและความรู้การดูแลสุขภาพ

วรรณวิมล เมฆวิมล (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอำเภออัมพวา จังหวัด สมุทรสงคราม อยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สุขภาพ คือ แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพ การพักอาศัย ร่วมกับบุคคลต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยนำ ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับรู้ ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบไปด้วยทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 5) ปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบไปด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำ หรือการสนับสนุน ให้ปฏิบัติตน เรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

วรรณิ ศิริวิสัย และวิรดา อรรถเมธากุล (2553) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี พบว่า 1) ผู้สูงอายุในตำบลคูบัวมีเพศหญิง จำนวน 444 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.3 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.6 มีรายได้พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 39.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.1 และร้อยละ 33.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57 ของผู้สูงอายุมีความเห็นว่าตนเองมีสภาพร่างกายแข็งแรง มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.4 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด และ ร้อยละ 86.7 ไม่มีความพิการ 2) มีปัญหาด้านโภชนาการเกินและทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 75.4 และร้อยละ 34.7 ตามลำดับ ด้านสุขภาพ พบว่า มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 3) ตัวแปรพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ภาวะครอบครัวเป็นสุข (X4) และเพศ (X6) ซึ่งมีอำนาจการพยากรณ์ได้ ร้อยละ 8 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ 0.283 มีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ ± 7.987 และมีค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ 52.215 ซึ่งเขียนสมการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ดังนี้ $Y = 52.215 + 0.279 X 4 + 2.796 X 6$ การส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุควรเน้นการสนับสนุน

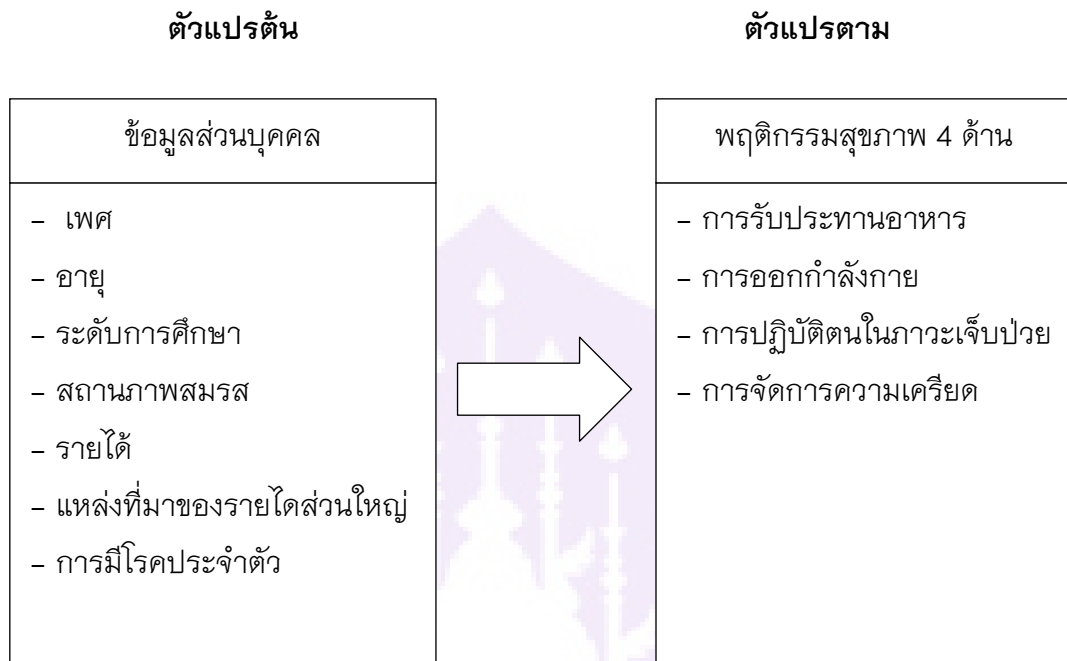
ที่มาจากครอบครัว สร้างภาวะครอบครัวเป็นสุข จัดกิจกรรมจรรโลงจิตใจ โดยมีครอบครัว เป็นแกนนำ เมื่อจิตเป็นสุขและเข้มแข็ง ก็จะสามารถนำสู่การดูแลสุขภาพที่ดีเกิดภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ย่อมนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 41.1) ออกกำลังกาย เป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.3 รับประทานผักสด และผลไม้สดเป็นประจำ และผู้สูงอายุดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอเป็นประจำคือดื่มวันละไม่ต่ำกว่า 8 แก้ว ร้อยละ 57 ผู้สูงอายุชายดื่มน้ำ สะอาดอย่างเพียงพอมากกว่าผู้สูงอายุหญิง หากแต่ ผู้สูงอายุหญิงได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ร้อยละ 50 และร้อยละ 45.8 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและเคี้ยวหมาก เป็นประจำ หากผู้สูงอายุสามารถลด ละ เลิก พฤติกรรมดังกล่าวได้ จะทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น ไม่เสี่ยง ต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในบั้นปลายชีวิต (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

อาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ ประกอบไปด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันสุขภาพหรือหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย รวมไปถึงการแสวงหาแนวทางการรักษาตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เทศบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้ดียิ่งขึ้นต่อไปและยั่งยืน โดยมีกรอบในการวิจัย ดังนี้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่าง มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 379 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล โดยสร้างแบบสอบถามขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check-List) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นไปทางด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 11 และ 12

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นไปทางด้านลบจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำหรือเกือบทุกครั้ง
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นเว้นบ้างเป็นบางวันหรือ
 บางครั้ง

ไม่ปฏิบัติเลยครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

กรณีข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ กรณีข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 3 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย
 (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับต่ำ คือ ได้คะแนนน้อยกว่า Mean - ½ S.D.

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง Mean ± ½ S.D.

ระดับสูง คือ ได้คะแนนมากกว่า Mean + ½ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร แบ่งเป็น 3 ระดับ มีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับต่ำ คือ ได้คะแนน 1-26.08

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนน 26.09-31.68

ระดับสูง คือ ได้คะแนน 31.69-39

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 3 ระดับ มีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับต่ำ คือ ได้คะแนน 1-16.25

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนน 16.26-29.46

ระดับสูง คือ ได้คะแนน 29.47-30

พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด แบ่งเป็น 3 ระดับ มีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับต่ำ คือ ได้คะแนน 1-22.60

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนน 22.61-29.13

ระดับสูง คือ ได้คะแนน 29.14-30

พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ มีระดับคะแนน

ดังนี้

ระดับต่ำ คือ ได้คะแนน 1-22.50

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนน 22.51-29.15

ระดับสูง

คือ ได้คะแนน 29.16-30

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความสมบูรณ์ของเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอให้ปรับปรุงในส่วนของเนื้อหาให้มีความครอบคลุมตามสัดส่วนองค์ประกอบของเนื้อหา ให้ตรงประเด็นที่ศึกษา และให้มีความละเอียดในการใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจง่าย ได้ค่า IOC = 0.62

2. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบขั้นต้น (Try Out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรในการศึกษาที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บข้อมูล โดย

1. จัดเตรียมแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย
2. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
3. นำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ถึงนายกเทศบาลตำบลวังเหนือ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุในการตอบแบบสอบถามแก่ผู้ร่วมวิจัย
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร โดยใช้แบบสอบถามในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านเองได้ ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามเอง และในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านเองได้ ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านที่ละข้อให้
6. การตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบดูความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและทำการแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก และนำออกไปเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้งหนึ่ง
7. นำแบบสอบถามที่ถูกต้องเรียบร้อยแล้วมาลงรหัส เพื่อประมวลผลข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การมีโรคประจำตัว ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว โดยใช้ค่าการทดสอบ Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรในพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (n= 379) คน | ร้อยละ |
|----------------|-------------------|--------|
| อายุ | | |
| น้อยกว่า 69 ปี | 215 | 56.73 |
| 70-79 ปี | 108 | 28.50 |
| 80 ปีขึ้นไป | 56 | 14.78 |
| เพศ | | |
| ชาย | 165 | 43.54 |
| หญิง | 214 | 56.46 |
| สถานภาพ | | |
| โสด | 23 | 6.07 |
| คู่ | 253 | 66.75 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 103 | 27.18 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (n= 379) คน | ร้อยละ |
|--|-------------------|--------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 83 | 21.90 |
| ประถมศึกษา | 230 | 60.69 |
| มัธยมศึกษา | 34 | 8.97 |
| ปวช./อนุปริญญา | 14 | 3.69 |
| ปริญญาตรี | 14 | 3.69 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 4 | 1.06 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | | |
| ไม่เกิน 1000 บาท/เดือน | 205 | 54.09 |
| 1001-2000 บาท/เดือน | 50 | 13.19 |
| 2001-3000 บาท/เดือน | 30 | 7.92 |
| มากกว่า 3001 บาท/เดือน | 94 | 24.80 |
| ที่มาของรายได้ | | |
| จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง | 115 | 23.14 |
| บุตร/ญาติ | 45 | 9.05 |
| เงินสงเคราะห์/การช่วยเหลือจากหน่วยงาน | 291 | 58.55 |
| บำนาญ | 33 | 6.64 |
| เงินเก็บสะสม/เงินออม | 13 | 2.62 |
| ภาวะสุขภาพ | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | 144 | 37.99 |
| มีโรคประจำตัว | 235 | 62.01 |
| โรคความดันโลหิตสูง | 132 | 56.20 |
| โรคเบาหวาน | 49 | 20.90 |
| โรคเกาต์ | 15 | 6.40 |
| โรคหัวใจ | 12 | 5.10 |
| โรคไต | 7 | 3.00 |
| โรคคอพอก | 7 | 3.00 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (n= 379) คน | ร้อยละ |
|----------------------------|-------------------|--------|
| ภาวะสุขภาพ | | |
| โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 6 | 2.60 |
| โรคเบาหวาน | 5 | 2.10 |

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.46 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 56.73 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.69 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.75 รายได้ไม่เกิน 1000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.09 แหล่งที่มาของรายได้จากสวัสดิการจากรัฐ ร้อยละ 58.55 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.01 เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเกาต์ คิดเป็นร้อยละ 56.20 20.09 และ 6.40 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มประชากร

| พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร | ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ) | | | Mean | S.D. |
|---|--------------------------------|------------------------|---------------------|------|------|
| | (n = 379) | | | | |
| | ไม่ปฏิบัติ เลย | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | | |
| 1. รับประทานอาหารจำพวกปลาทุกวัน | 12 (3.17) | 241 (63.59) | 126 (33.25) | 2.30 | 0.52 |
| 2. รับประทานอาหารไขมันดี 1-3 ฟอง | 11 (2.90) | 145 (38.26) | 223 (58.84) | 2.56 | 0.55 |
| 3. ดื่มน้ำเต้าหู้ หรือนมทุกวัน | 73 (19.26) | 142 (37.47) | 164 (43.27) | 2.24 | 0.75 |
| 4. รับประทานอาหารผัก ผลไม้ทุกวัน | 2 (0.53) | 32 (8.44) | 345 (91.03) | 2.91 | 0.31 |
| 5. รับประทานอาหารว่าง ถั่ว ธัญพืช ทุกวัน | 102 (26.91) | 148 (39.05) | 129 (34.04) | 2.07 | 0.78 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร | ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ) | | | Mean | S.D. |
|---|--------------------------------|------------------------|---------------------|------|------|
| | (n = 379) | | | | |
| | ไม่ปฏิบัติ เลย | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | | |
| 7. รับประทานอาหารประเภททอด ทุกวัน | 64 (16.89) | 237 (62.53) | 78 (20.58) | 2.04 | 0.61 |
| 8. รับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็ม เผ็ด | 266 (70.18) | 82 (21.64) | 31 (8.18) | 1.38 | 0.63 |
| 9. รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ | 0 (0) | 10 (2.64) | 369 (97.36) | 2.97 | 0.16 |
| 10. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว | 33 (8.71) | 41 (10.82) | 305 (80.47) | 2.72 | 0.61 |
| 11. ดื่มน้ำ หรือกาแฟทุกวัน | 208 (54.88) | 58 (15.30) | 113 (29.82) | 1.75 | 0.89 |
| 12. ดื่มน้ำสุรา หรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ทุกวัน | 275 (72.56) | 78 (20.58) | 26 (6.86) | 1.34 | 0.60 |
| 13. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน | 1 (0.26) | 19 (5.01) | 359 (94.72) | 2.94 | 0.24 |

จากตาราง 2 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่มีการปฏิบัติดีที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ (Mean = 2.97, S.D. = 0.16) รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (Mean = 1.67, S.D. = 0.39) และรับประทานอาหารผัก ผลไม้ทุกวัน (Mean = 2.94, S.D. = 0.24) ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรม สุขภาพ ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มประชากร

| พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย | ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ) | | | Mean | S.D. |
|---|--------------------------------|------------------------|---------------------|------|------|
| | (n = 379) | | | | |
| | ไม่ปฏิบัติ เลข | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | | |
| 1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน | 89 (23.48) | 84 (22.16) | 206 (54.35) | 2.31 | 0.83 |
| 2. ออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาที ทุกครั้ง | 91 (24.01) | 84 (22.16) | 204 (53.83) | 2.30 | 0.83 |
| 3. ในการออกกำลังกายเริ่มจากการทำท่า เป่า ๆ ก่อนทุกครั้ง | 99 (26.12) | 69 (18.21) | 211 (55.67) | 2.30 | 0.86 |
| 4. หลังออกกำลังกายมีการลดการทำงาน ของกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ เพื่อให้ร่างกาย กลับเข้าสู่ภาวะปกติทุกครั้ง | 78 (20.58) | 65 (17.15) | 236 (62.27) | 2.42 | 0.81 |
| 5. ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยและมี เหงื่อออกทุกครั้ง | 128 (33.77) | 78 (20.58) | 173 (45.65) | 2.12 | 0.88 |
| 6. หยุดการออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกเกิด ความผิดปกติของร่างกายทุกครั้ง | 91 (24.01) | 55 (14.51) | 233 (61.48) | 2.37 | 0.85 |
| 7. ศึกษาวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องก่อน ออกกำลังกาย | 92 (24.27) | 46 (12.14) | 241 (63.59) | 2.39 | 0.85 |
| 8. ออกกำลังกายหลายรูปแบบ เพื่อไม่ให้ เกิดความเบื่อหน่าย | 83 (21.90) | 79 (20.84) | 217 (57.26) | 2.35 | 0.82 |
| 9. ออกกำลังกายเฉพาะกีฬาที่ชอบ | 134 (35.36) | 100 (26.39) | 145 (38.26) | 2.03 | 0.86 |
| 10. เลือกใส่รองเท้าที่กระชับและสวมเสื้อผ้า ที่พอดีและสามารถซับเหงื่อได้ | 111 (29.29) | 53 (13.98) | 215 (56.73) | 2.27 | 0.89 |

จากตาราง 3 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายสูงสุด 3 อันดับแรก หลังออกกำลังกายมีการลดการทำงานของกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติทุกครั้ง (Mean = 2.42, S.D. = 0.81) ศึกษาวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

ก่อนออกกำลังกาย (Mean = 2.39, S.D. = 8.85) หยุดการออกกำลังกายทันที เมื่อรู้สึกเกิดความผิดปกติของร่างกายทุกครั้ง (Mean = 2.37, S.D. = 0.85) ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรม สุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มประชากร

| พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด | ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ) | | | Mean | S.D. |
|---|--------------------------------|------------------------|---------------------|------|------|
| | (n = 379) | | | | |
| | ไม่ปฏิบัติ เลย | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | | |
| 1. มักจะไปพูดคุยกับบุคคลในบ้านหรือเพื่อนบ้าน เพื่อคลายเหงา | 42 (11.08) | 61 (16.09) | 276 (72.82) | 2.62 | 0.68 |
| 2. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ท่องเที่ยว | 23 (6.07) | 64 (16.89) | 292 (77.04) | 2.71 | 0.57 |
| 3. ไปทำบุญที่วัด สวดมนต์ ไหว้พระ ทุกวันพระ | 86 (22.69) | 83 (21.90) | 210 (55.41) | 2.33 | 0.82 |
| 4. มีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ | 137 (36.15) | 75 (19.79) | 167 (44.06) | 2.08 | 0.89 |
| 5. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ | 121 (31.93) | 74 (19.53) | 184 (48.55) | 2.17 | 0.88 |
| 6. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านหากิจกรรมที่เพลิดเพลินทำ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ | 39 (10.29) | 61 (16.09) | 279 (73.61) | 2.63 | 0.66 |
| 7. เมื่อรู้สึกโกรธท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เช่น ตั้งสติ นั่งสมาธิ เดินหนีเหตุการณ์นั้นก่อน | 10 (2.64) | 59 (15.57) | 310 (81.79) | 2.79 | 0.47 |
| 8. พูดคุยและปรับทุกข์สุข กับเพื่อนในวัยเดียวกันที่ไว้วางใจ | 18 (4.75) | 64 (16.89) | 297 (78.36) | 2.74 | 0.54 |
| 9. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือได้ | 12 (3.17) | 28 (7.39) | 339 (89.45) | 2.86 | 0.43 |
| 10. บอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ | 2 (0.53) | 16 (4.22) | 361 (95.25) | 2.95 | 0.25 |

จากตาราง 4 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ (Mean = 2.95, S.D. = 0.25) เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือได้ (Mean = 2.86, S.D. = 0.43) และเมื่อรู้สึกโกรธสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เช่น ตั้งสติ นั่งสมาธิ เดินหนีเหตุการณ์นั้นก่อน (Mean = 2.79, S.D. = 0.47) ตามลำดับ

ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยของกลุ่มประชากร

| พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ) | | | Mean | S.D. |
|--|--------------------------------|----------------|----------------|------|------|
| | ไม่ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | | |
| | เลย | นาน ๆ ครั้ง | สม่ำเสมอ | | |
| 1. เมื่อเจ็บป่วยท่านชื่อยามารับประทานเอง | 43 (11.35) | 105 (27.70) | 231 (60.95) | 1.50 | 0.69 |
| 2. รับประทานเฉพาะยาที่ได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น | 59 (15.57) | 49 (12.93) | 271 (71.50) | 2.56 | 0.75 |
| 3. เมื่อมีปัญหาการรับประทานยา ปรีกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | 63 (16.62) | 30 (7.92) | 286 (75.46) | 2.59 | 0.76 |
| 4. เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี | 59 (15.75) | 47 (12.40) | 273 (72.03) | 2.56 | 0.75 |
| 5. หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย | 8 (2.11) | 52 (13.72) | 319 (84.17) | 2.82 | 0.44 |
| 6. ไปรับการตรวจทุกครั้งที่แพทย์นัด | 12 (3.17) | 14 (3.69) | 353 (93.14) | 2.90 | 0.39 |
| 7. เมื่อเจ็บป่วย จะหาความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ รายการวิทยุ โทรทัศน์ สอบถามเพื่อน เป็นต้น | 30 (7.92) | 97 (25.59) | 252 (66.49) | 2.59 | 0.63 |
| 8. เตรียมยารับประทานเอง | 30 (7.92) | 16 (4.22) | 333 (87.86) | 2.80 | 0.57 |
| 9. เมื่อเจ็บป่วยปรึกษาหรือขอคำแนะนำ จากญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน | 43 (11.35) | 74 (19.53) | 262 (69.13) | 2.58 | 0.69 |
| 10. เมื่อเจ็บป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของ บุคลากรทางการแพทย์ | 5 (1.32) | 17 (4.49) | 357 (94.20) | 2.93 | 0.30 |

จากตาราง 5 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Mean = 2.93, S.D. = 0.30) ไปรับการตรวจทุกครั้งตามแพทย์นัด (Mean = 2.90, S.D. = 0.39) และการหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย (Mean = 2.82, S.D. = 0.44) ตามลำดับ

ตาราง 6 แสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพ

| พฤติกรรมสุขภาพ | จำนวน (n = 379) | ร้อยละ | Mean | S.D. |
|---|--------------------|--------|--------|-------|
| พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทาน | | | 28.88 | 2.80 |
| อาหาร | 75 | 19.79 | | |
| ระดับต่ำ (1-26.08) | 230 | 60.69 | | |
| ระดับปานกลาง (26.09-31.68) | 74 | 19.52 | | |
| ระดับสูง (31.69-39) | | | | |
| พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย | | | 22.86 | 6.60 |
| ระดับต่ำ (1-16.25) | 71 | 18.73 | | |
| ระดับปานกลาง (16.26-29.46) | 259 | 68.34 | | |
| ระดับสูง (29.47-30) | 49 | 12.93 | | |
| พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการ | | | 25.87 | 3.27 |
| ความเครียด | 58 | 15.30 | | |
| ระดับต่ำ (1-22.60) | 264 | 69.66 | | |
| ระดับปานกลาง (22.61-29.13) | 57 | 15.04 | | |
| ระดับสูง (29.14-30) | | | | |
| พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตน | | | 25.83 | 3.33 |
| ในภาวะเจ็บป่วย | 69 | 18.21 | | |
| ระดับต่ำ (1-22.50) | 297 | 78.36 | | |
| ระดับปานกลาง (22.51-29.15) | 13 | 3.43 | | |
| ระดับสูง (29.16-30) | | | | |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | | | 103.44 | 11.23 |
| ระดับต่ำ (1-92.20) | 65 | 17.15 | | |
| ระดับปานกลาง (92.21-114.66) | 260 | 68.60 | | |
| ระดับสูง (114.67-129) | 54 | 14.25 | | |

จากตาราง 6 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 28.88, S.D. = 2.80) อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.7 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด (Mean = 25.87, S.D. = 3.27) อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.7 พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (Mean = 25.83, S.D. = 3.27) อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการออกกำลังกาย (Mean = 22.86, S.D. = 6.60) อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 63.83 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (Mean = 103.44, S.D. = 11.23) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.6

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) กับพฤติกรรมสุขภาพ

| เพศ | จำนวน (n = 379) | Mean rank | Z | P Value |
|---------------------------------------|--------------------|-----------|--------|---------|
| เพศกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | | |
| ด้านการรับประทานอาหาร | | | | |
| ชาย | 165 | 210.92 | -3.285 | 0.001 |
| หญิง | 214 | 172.87 | | |
| เพศกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | | |
| ด้านการออกกำลังกาย | | | | |
| ชาย | 165 | 200.58 | -1.657 | 0.098 |
| หญิง | 214 | 181.85 | | |
| เพศกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | | |
| ด้านการจัดการความเครียด | | | | |
| ชาย | 165 | 178.80 | -1.760 | 0.078 |
| หญิง | 214 | 198.64 | | |
| เพศกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | | |
| ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | | | | |
| ชาย | 165 | 190.15 | -0.024 | 0.981 |
| หญิง | 214 | 189.88 | | |
| เพศกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | | | | |
| ชาย | 165 | 202.17 | -1.901 | 0.057 |
| หญิง | 214 | 180.61 | | |

จากตาราง 7 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.001)

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ) กับพฤติกรรมสุขภาพ

| อายุ | จำนวน (n = 379) | Mean rank | Z | P Value |
|--------------------------------|--------------------|-----------|--------|------------|
| อายุกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -2.283 | 0.022 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 215 | 201.15 | | |
| 60-69 ปี | 164 | 175.38 | | |
| 70 ปีขึ้นไป | | | | |
| อายุกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -0.483 | 0.629 |
| ด้านการออกกำลังกาย | 215 | 192.37 | | |
| 60-69 ปี | 164 | 186.90 | | |
| 70 ปีขึ้นไป | | | | |
| อายุกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -1.262 | 0.207 |
| ด้านการจัดการความเครียด | 215 | 182.87 | | |
| 60-69 ปี | 164 | 198.07 | | |
| 70 ปีขึ้นไป | | | | |
| อายุกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -0.600 | 0.548 |
| ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | 215 | 187.10 | | |
| 60-69 ปี | 164 | 193.80 | | |
| 70 ปีขึ้นไป | | | | |
| อายุกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | | | -0.025 | 0.980 |
| 60-69 ปี | 215 | 190.12 | | |
| 70 ปีขึ้นไป | 164 | 189.84 | | |

จากตาราง 8 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P value = 0.022)

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส) กับพฤติกรรมสุขภาพ

| สถานภาพสมรส | จำนวน (n = 379) | Mean rank | Z | P Value |
|--------------------------------|--------------------|--------------|--------|---------|
| สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -3.195 | 0.001 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | | | | |
| คู่ | 253 | 202.61 | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยก | 126 | 164.69 | | |
| สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -2.561 | 0.010 |
| ด้านการออกกำลังกาย | | | | |
| คู่ | 253 | 200.13 | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยก | 126 | 169.66 | | |
| สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -1.675 | 0.094 |
| ด้านการจัดการความเครียด | | | | |
| คู่ | 253 | 196.61 | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยก | 126 | 176.73 | | |
| สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -2.403 | 0.016 |
| ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | | | | |
| คู่ | 253 | 199.37 | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยก | 126 | 171.18 | | |
| สถานภาพสมรส | | | -3.100 | 0.002 |
| กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | | | | |
| คู่ | 253 | 202.30 | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยก | 126 | 165.30 | | |

จากตาราง 9 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส) กับพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส) ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.001, 0.010, 0.0169 ตามลำดับ)

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา)
กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

| ระดับการศึกษา | จำนวน (n = 379) | Mean rank | df | P Value |
|---------------------------------------|--------------------|--------------|----|---------|
| ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | | | | |
| ด้านการรับประทานอาหาร | | | | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 83 | 157.38 | | |
| ประถมศึกษา | 230 | 181.13 | | |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 66 | 261.95 | | |
| ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | | | | |
| ด้านการออกกำลังกาย | | | | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 83 | 158.60 | | |
| ประถมศึกษา | 230 | 188.58 | | |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 66 | 234.42 | | |
| ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | | | | |
| ด้านการจัดการความเครียด | | | | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 83 | 168.98 | | |
| ประถมศึกษา | 230 | 197.40 | | |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 66 | 191.47 | | |
| ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | | | | |
| ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | | | | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 230 | 197.40 | | |
| ประถมศึกษา | 66 | 203.02 | | |
| สูงกว่าประถมศึกษา | | | | |
| ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | | | | |
| โดยรวม | 83 | 151.48 | | |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 230 | 187.87 | | |
| ประถมศึกษา | 66 | 245.89 | | |
| สูงกว่าประถมศึกษา | | | | |

จากตาราง 10 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา) กับพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา) ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.000, 0.000 ตามลำดับ)

ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (รายได้) กับพฤติกรรมสุขภาพ

| รายได้ | จำนวน (n = 379) | Mean rank | Z | P Value |
|--------------------------------|--------------------|-----------|--------|---------|
| รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -3.357 | 0.001 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 190 | 171.28 | | |
| 1-999 บาท | 189 | 208.82 | | |
| 1000 บาทขึ้นไป | | | | |
| รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -0.844 | 0.399 |
| ด้านการออกกำลังกาย | 190 | 194.72 | | |
| 1-999 บาท | 189 | 185.26 | | |
| 1000 บาทขึ้นไป | | | | |
| รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -1.722 | 0.085 |
| ด้านการจัดการความเครียด | 190 | 199.5 | | |
| 1-999 บาท | 189 | 180.35 | | |
| 1000 บาทขึ้นไป | | | | |
| รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -1.993 | 0.051 |
| ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | 190 | 200.99 | | |
| 1-999 บาท | 189 | 178.96 | | |
| 1000 บาทขึ้นไป | | | | |
| รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | | | -0.490 | 0.624 |
| 1-999 บาท | 190 | 192.75 | | |
| 1000 บาทขึ้นไป | 189 | 187.24 | | |

จากตาราง 11 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (รายได้) กับพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (รายได้) แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.001)

ตาราง 12 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล (การมีโรคประจำตัว) กับพฤติกรรมสุขภาพ

| การมีโรคประจำตัว | จำนวน (n = 379) | Mean rank | Z | P Value |
|-----------------------------------|--------------------|--------------|--------|---------|
| การมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -0.940 | 0.347 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 144 | 196.71 | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 235 | 185.89 | | |
| มีโรคประจำตัว | | | | |
| การมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -0.082 | 0.935 |
| ด้านการออกกำลังกาย | 144 | 190.5 | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 235 | 189.64 | | |
| มีโรคประจำตัว | | | | |
| การมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -1.359 | 0.174 |
| ด้านการจัดการความเครียด | 144 | 180.30 | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 235 | 195.94 | | |
| มีโรคประจำตัว | | | | |
| การมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -1.714 | 0.087 |
| ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | 144 | 177.90 | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 235 | 197.41 | | |
| มีโรคประจำตัว | | | | |
| การมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพ | | | -0.790 | 0.429 |
| โดยรวม | 144 | 184.32 | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 235 | 193.48 | | |
| มีโรคประจำตัว | | | | |

จากตาราง 12 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (การมีโรคประจำตัว) ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตัวในภาวะเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.347, 0.935, 0.174, 0.087 ตามลำดับ)



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 379 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจะใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ สำหรับการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน จะใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าการทดสอบสถิติ Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษานำเสนอตามลำดับดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผล
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.46 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 56.73 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.69 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.75 รายได้ไม่เกิน 1000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.09 แหล่งที่มาของรายได้จากสวัสดิการจากรัฐ ร้อยละ 58.55 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.01 เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเกาต์ คิดเป็น ร้อยละ 56.20, 20.09 และ 6.40 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน

1. พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ที่มีการปฏิบัติดีที่สุดที่ 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ (Mean = 2.97, S.D. = 0.16) เนื่องจากต้องประกอบ

อาหารเอง จึงทำให้มีอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ รับประทาน การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (Mean = 1.67, S.D. = 0.39) และการรับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน (Mean = 2.94, S.D. = 0.24) ตามลำดับ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสังคมชนบท ซึ่งมีวิถีการรับประทานอาหารที่ไม่ค่อยมีกะทิหรือมัน ส่วนใหญ่จะเป็นปลา ผัก ผลไม้ สอดคล้องกับการศึกษาของปิติ ทั้งไพศาล และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กินผัก/ผลไม้บ่อยครั้ง อาหารที่ผู้สูงอายุไม่นิยมบริโภค คือ อาหารไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน แกงกะทิ และอาหารทอดต่าง ๆ และการศึกษาของเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นานนท์ (2542 อ้างอิงใน สุรชัย อยู่สาโก, 2550) และบางคนควบคุมการรับประทานอาหาร ให้สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเอง เช่น การเจ็บป่วยด้วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า การปฏิบัติด้านการออกกำลังกายสูงสุด 3 อันดับแรก หลังออกกำลังกายมีการลดการทำงานของกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติทุกครั้ง ($\bar{x} = 2.42$, S.D. = 0.81) ท่านศึกษาวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องก่อนออกกำลังกาย (Mean = 2.39, S.D. = 8.85) ท่านหยุดออกกำลังกายทันที เมื่อรู้สึกเกิดความผิดปกติของร่างกายทุกครั้ง (Mean = 2.37, S.D. = 0.85) ตามลำดับ จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นอธิบายได้ว่า ร่างกายมนุษย์ถูกสร้างขึ้นมาให้มีการเคลื่อนไหว เพื่อความเจริญเติบโต และรักษาสภาพการทำงานที่ดีเอาไว้การเคลื่อนไหวน้อยหรือไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสมรรถภาพทางกายหรือสุขภาพ แต่ยังเป็นสาเหตุของความผิดปกติของร่างกายและโรคภัยหลายชนิดที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่พบมากในปัจจุบัน ในทางการแพทย์การออกกำลังกายอาจเปรียบได้กับยาสารพัดประโยชน์ เพราะใช้เป็นยาบำรุงก็ได้ เป็นยาป้องกันก็ได้ และเป็นยาบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายก็ได้ แต่ขึ้นชื่อว่ายาแล้วไม่ว่าจะวิเศษเพียงไร ก็จะต้องใช้ด้วยขนาดหรือปริมาณที่เหมาะสมกับคนแต่ละคน การใช้โดยไม่คำนึงถึงขนาดหรือปริมาณที่เหมาะสม นอกจากอาจไม่ได้ผลแล้วยังอาจเกิดโทษจากยาได้ด้วย ดังนั้น ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ควรใช้ การออกกำลังกายให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพ คือ การจัดชนิดของความหนัก ความนาน และความบ่อยของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศวัย สภาพร่างกาย สภาพแวดล้อม และจุดประสงค์ของแต่ละคน เปรียบได้กับการใช้ยา ซึ่งถ้าหากสามารถจัดได้เหมาะสมก็จะให้คุณประโยชน์ต่อร่างกาย จิตใจ ได้เช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, 2553)

3. พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พบว่า การปฏิบัติด้านการจัดการความเครียดสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การบอกกับตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ (Mean = 2.95, S.D. = 0.25) เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือได้ (Mean = 2.86, S.D. = 0.43)

และเมื่อรู้สึกโกรธท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เช่น ตั้งสติ นั่งสมาธิ เดินหนีเหตุการณ์นั้นก่อน (Mean = 2.79, S.D. = 0.47) ตามลำดับ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต ซึ่งผ่านการเผชิญปัญหาามาก จึงทำให้รู้สึกว่าทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิติ ทั้งไพศาล และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุจะปรึกษาหรือระบายความทุกข์ความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้วางใจได้จะผ่อนคลายความเครียด โดยการทำงานอดิเรก ทำสมาธิหรือสวดมนต์ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียด หรือการจัดการกับความเครียดของตัวเองด้วยวิธีที่หลากหลาย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุตามสังคมชนบทที่ว่างเว้นจากการทำงานจะเข้าวัดฟังธรรม รักษาศีล จึงได้ฝึกการสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิเรื่อย ๆ จนติดเป็นนิสัย เมื่อมีความเครียด จึงเลือกใช้วิธีที่ตัวเองปฏิบัติเป็นประจำ

4. พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พบว่า สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Mean = 2.93, S.D. = 0.30) ไปรับการตรวจทุกครั้งตามแพทย์นัด (Mean = 2.90, S.D. = 0.39) และการหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย (Mean = 2.82, S.D. = 0.44) ตามลำดับเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สุขภาพร่างกายจะเริ่มเสื่อมโทรม ดังนั้น การแสวงหาการรักษา จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอสำหรับวัยสูงอายุ ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุแสวงหาการรักษาโดยเมื่อเจ็บป่วย ขอคำแนะนำหรือเข้ารับการรักษาที่สถานอนามัย โรงพยาบาล หรือคลินิก เป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของปิติ ทั้งไพศาล และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อไม่สบาย หรือรู้สึกว่าร่างกายผิดปกติ จะนิยมไปตรวจหรือปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์หรืออ่านหนังสือ ฟังวิทยุและการดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ

5. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม พบว่า จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 28.88, S.D. = 2.80) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (Mean = 25.87, S.D. = 3.27) พฤติกรรมการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยเมื่อเจ็บป่วย (Mean = 25.83, S.D. = 3.33) ตามลำดับ เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อยู่ใกล้สถานบริการสาธารณสุขมีเทศบาลและแกนนำสุขภาพในชุมชนที่เข้มแข็ง จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพและแนวทางการปฏิบัติตัวต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ

อภิปรายผล

เพศ พบว่า กลุ่มประชากรที่มีข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) ที่ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.001)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง เนื่องจากโดยธรรมชาติผู้ชายมักมีรูปร่างสูงใหญ่กว่าผู้หญิง และผู้ชายมักทำงานหนักมากกว่าผู้หญิง ซึ่งผู้หญิงมักได้ทำงานที่เบาหรือใช้พลังงานน้อยกว่า ผู้หญิงจึงมีพฤติกรรมการบริโภคแตกต่างจากเพศชาย เช่น เพศชาย รับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยไม่รับประทานจุบจิบ ส่วนเพศหญิงมักรับประทานจุบจิบ และบางครั้ง รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และจากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเพศ พบว่า บุคคลที่มีเพศต่างกันจะมีสนใจในการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายและสรีระ ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น พฤติกรรมบางอย่างจึงมีผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญดาว กลั่นรัตน์ (2554, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน

อายุ พบว่า กลุ่มประชากรที่มีข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ) ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.022) อาจเนื่องจากอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และความรู้สึกรู้สึกคิดอายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจจะลดลงในวัยสูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะมีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล ผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพา ขัดแย้งกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส) ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.001, 0.010, 0.0169 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสถานภาพสมรสจะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล และการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว การมีคู่ชีวิต จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้งระหว่าง คู่สมรสกับคู่สมรส เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่ม สถานภาพสมรสอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว ที่ต้องช่วยเหลือตัวเองทั้งปกติและยามเจ็บป่วย จึงทำให้ ผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยกกัน ต้องใส่ใจตนเองใฝ่หาความรู้ที่ถูกต้องและพยายามดูแล ตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงเพราะไม่มีผู้ดูแล หากเจ็บป่วยจะเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามได้ เช่น ค่าใช้จ่ายไม่พอ ไม่มีคนเฝ้ายามเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรม สุขภาพที่แตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญดาว กลั่นรัตน์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุ ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และอังชัน จึงสกุลวัฒนา (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโดนด อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรที่มีข้อมูลส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.000, 0.000 ตามลำดับ) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาขึ้นไป มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาประถมศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา เพราะการศึกษาคือปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข่าวสารต่าง ๆ จากแหล่งที่เป็นประโยชน์และแหล่งนันทนาการต่าง ๆ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ตลอดจนการทำกิจกรรมในกลุ่มของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถเข้าใจการกระทำต่าง ๆ ได้ดีกว่าและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้มากกว่าผู้สูงอายุ ก้าวที่จะซักถามปัญหาที่สงสัยหรือไม่เข้าใจมากกว่าการศึกษา จึงมีส่วนช่วยให้บุคคลได้รับทราบ และเข้าใจข้อมูลความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยง ที่มีผลต่อสุขภาพช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธรรพร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และขวัญดาว กลิ่นรัตน์ (2554, บทความย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

รายได้ พบว่า กลุ่มประชากรที่มีข้อมูลส่วนบุคคล (รายได้) แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.001) โดยพบว่า ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 1000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 999 บาท อาจเนื่องจากรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อการดำรงชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง สามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรง และตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน ที่สนองความต้องการด้านต่าง ๆ รายได้นับเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน รายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาส ที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งเป็นแหล่งปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความพึงพอใจในครอบครัวสอดคล้อง สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

การมีโรคประจำตัว พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล (การมีโรคประจำตัว) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตัวในภาวะเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P Value = 0.347, 0.935, 0.174, 0.0879 ตามลำดับ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากชุมชนในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย จึงมีบุตรหลานคอยดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ กอปรกับมีสถานพยาบาลของรัฐ คือ โรงพยาบาลวังเหนือ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะไปใช้บริการ นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การให้ความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลและรายกลุ่ม เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลวังเหนือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลวังเหนือ และปัจจุบันมีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ แนะนำวิธีการรักษาร่างกายที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธรรตวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ภาวการณ์มีโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลวังเหนือ เทศบาลตำบลวังเหนือ ในการกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป
2. ในการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดแทรกผลการวิจัยนี้ โดยการให้พยาบาลทราบถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองเป็นอย่างไร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้สุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ ของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น การป้องกันอุบัติเหตุการหกล้มเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **เมืองไทยสุขภาพดี**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. (2553). **คู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญกิจ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กชชุกร ห่วงนุ่ม. (2550). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). **ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ ปริญญา ศษ.ด. (การศึกษาด้านจิตวิทยาและพัฒนามนุษย์), มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- จรุง วรบุตร. (2550). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคนอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- ชวพรพรรณ จันทระประสิทธิ์ และคณะ. (2550). **พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา**. ม.ป.ท.: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ณรงค์ สหเมตทาพัฒน์. (2557). **ข้อเท็จจริงระบบสุขภาพไทย**. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2558, จาก <http://thaipublica.org/2014/07/narong-sahametapat-health-care-system-in-thailand/>
- ดวงจิตต์ นะนั้ววัฒน์. 2550. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย**. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- เดือนใจ ทองคำ. (2549). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- ทรรคนีย์ โกศัยทิพย์. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง (2558). **ข้อมูลทั่วไปเทศบาลตำบลวังเหนือ**. ม..ป.ท.: ม.ป.พ.
- ชนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2546). **พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). **พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลโพงมะเตือ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- นาตยา เวียงชัยพุกภัย. (2544). **ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ ตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการคลายความเครียดของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล พระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี**. ปรินญาณิพนธ์ ศษ.ม. (สุขศึกษา), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). **การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ**. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 18)**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). **ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- บวร สงค์ศิริ และคณะ. (2540). **ภาวะความเครียดและพฤติกรรมเผชิญ ความเครียดของข้าราชการตำรวจในจังหวัดเชียงใหม่**. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปวีณา งามสิงห์. (2550). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชี่ไทยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2532). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์
- ปิติ ทั้งไพศาล และคณะ. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. **วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข**. 1(3-4).
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ**. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2558). **สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ**. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2558, จาก <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.htm>
- มารีสา ประทุมมา. (2549). **การศึกษาพฤติกรรมการส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัว**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ), มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555**. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- วณีย์ ปรีชาอนันต์. (2550). **ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บและความต้องการของผู้สูงอายุ ที่เป็น เบาหวานและครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลพนัสนิคม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วรรณิ ศรีวิไล และวิรดา อรรถเมธากุล. (2553). **การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง กายวิภาคศาสตร์ของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบไหลเวียนน้ำเหลือง**. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนীরาชบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ศราวุธ ยงยุทธ. (2546). **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศษ.ม. (พลศึกษา), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศรีทับทิม รัตนโกศล. (2527). **“สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว.”** ประมวลบทความวิทยุ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2552). **คู่มือดูแลพ่อแม่ (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุชาดา ดวงอุปมา. (2548). **พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูง อายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ ศ.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุรัชย์ อยู่ลาโก. (2550). **พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมือง ท่าเรือ-พระแท่นอำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (พัฒนศึกษา), มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิชา จันทร์สุริยกุล. (2536). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุวิมล พนาวัดมนกุล. (2534). **อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอมะนัง จังหวัดหนองคาย**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- โสภิต ทิพย์รัตน์. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังชน จิงสกุลวัฒนา. (2550). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยทำงานในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโดนด อําเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี**. การศึกษาอิสระ ร.ม. (การปกครองท้องถิ่น), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อนุชา ขุนเมือง. (2546). **พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสระแก้ว**. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมลวรรณ วีระธรรมโม. (2548). “บริบทของวัฒนธรรมองค์การต่อการประยุกต์สู่องค์การแห่งการเรียนรู้”. **วารสารพัฒนาชุมชน**, 46 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2548), 16-18.
- อรชร โวทวี. (2548). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. (จิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- อำนาจ ภูศรี. (2547). **พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัยจังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (จิตวิทยาชุมชน), มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- Famer, E.R. (1984). **Stress management for human service**. San Francisco : Sage publication.
- Goodenough. (1957). **Developmental Psychology: an introduction to the study of human behavior (by) Florence I Goodenough. (and) Leong F. Tylek** New York: Appleten-Centrury- Crofts.
- Hanlon, G., and J. Pickett. (1984). **Public Health Administration and Practice**. Times Mirror/Mosby: n..
- Harris, D. M. and Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. **Journal of Health and Social Behavior**, 20(1), 17-29.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kals and Cobb, S. (1976). **“Social Support and health through the life course.”**
In Aging from Birth to Death, 300. New York: Westriss press.
- Kleienman, A. (1980). **Patient and Healer in the Context of Culture.** Berkeley:
University of California Press.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). **Stress Appraisal and Coping.** New York:
Springer Publishing Company.
- Nations, U. (2007). **Urban Population, Development and the Environment.**
New York: United Nation publication.
- Orem, D. E. (1985). **Nursing Concept of Practice** (3th ed.). New York: mc Graw–Hill
book.
- Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice** (2nd ed.). Connecticut:
Appleton and Lange.
- World Health Organization. (2010). **World Health Report Bridging the Gap’s.: s.n.**
N.P.:n.p.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถามผู้วิจัย

แบบสำรวจ/แบบสอบถาม

แผนงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

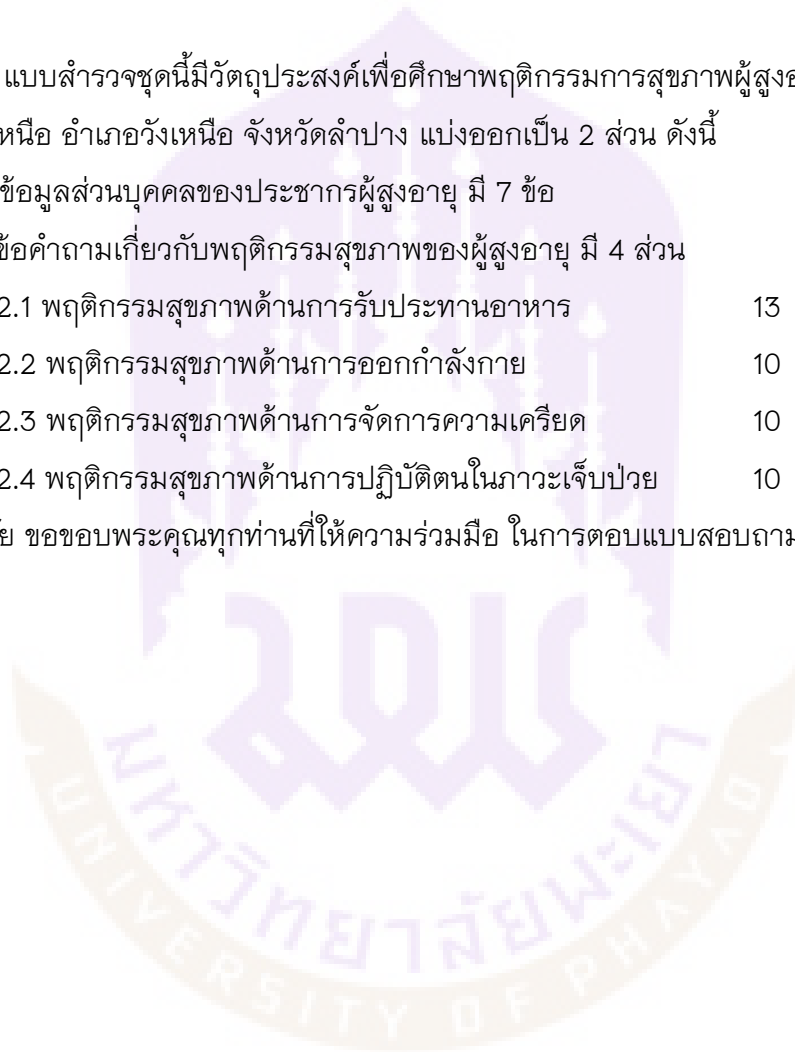
คำชี้แจง แบบสำรวจชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรผู้สูงอายุ มี 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 4 ส่วน

| | | |
|--|----|-----|
| 2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร | 13 | ข้อ |
| 2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย | 10 | ข้อ |
| 2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด | 10 | ข้อ |
| 2.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | 10 | ข้อ |

คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถาม



แบบสอบถาม
เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุ

1. อายุ..... ปี
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/
อนุปริญญา
 5.ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท
6. ที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 1. จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง
 2. บุตร/ญาติ
 3. เงินสงเคราะห์/การช่วยเหลือ
จากหน่วยงาน
 4. บำนาญ
 5. เงินเก็บสะสม/เงินออม
7. ภาวะสุขภาพ 1. ไม่มีโรคประจำตัว
 2. มีโรคประจำตัว (โรคที่รักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน)
ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องระดับพฤติกรรมที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด
เพียงข้อละ 1 คำตอบโดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก ดังนี้
ท่านได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่อไปนี้มาน้อยเพียงใด
ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำหรือเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเว้นบ้างเป็นบางวันหรือบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติเลย หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

| พฤติกรรมการรับประทานอาหาร | การปฏิบัติ | | |
|--|-------------------|------------------------|---------------------|
| | ไม่ปฏิบัติ เลย | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ |
| 1. ท่านรับประทานอาหารจำพวกปลาทุกวัน | | | |
| 2. ท่านรับประทานไข่อาทิตย์ละ 3-4 ฟอง | | | |
| 3. ท่านดื่มน้ำเต้าหู้หรือนมทุกวัน | | | |
| 4. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน | | | |
| 5. ท่านรับประทานข้าวกล้อง ถั่ว ธัญพืชทุกวัน | | | |
| 6. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ทุกสัปดาห์ | | | |
| 7. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด ทุกสัปดาห์ | | | |
| 8. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็ม เผ็ด | | | |
| 9. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ | | | |
| 10. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว | | | |
| 11. ท่านดื่มชา หรือกาแฟทุกวัน | | | |
| 12. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทุกวัน | | | |
| 13. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน | | | |

2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

| พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย | การปฏิบัติ | | |
|---|-------------------|------------------------|---------------------|
| | ไม่ปฏิบัติ เลย | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ |
| 1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน | | | |
| 2. ท่านออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาทีทุกครั้ง | | | |
| 3. ในการออกกำลังกายท่านเริ่มจากการทำท่าเบา ๆ ก่อนทุกครั้ง | | | |
| 4. หลังการออกกำลังกายท่านมีการลดการทำงาน ของกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติทุกครั้ง | | | |
| 5. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออกทุกครั้ง | | | |
| 6. ท่านหยุดออกกำลังกายทันที เมื่อรู้สึกเกิดความผิดปกติของร่างกายทุกครั้ง | | | |
| 7. ท่านศึกษาวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ก่อนออกกำลังกาย | | | |
| 8. ท่านออกกำลังกายหลายรูปแบบ เพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย | | | |
| 9. ท่านออกกำลังกายเฉพาะกีฬาที่ท่านชื่นชอบ | | | |
| 10. ท่านเลือกใส่รองเท้าที่กระชับและสวมเสื้อผ้าที่พอดีและสามารถซับเหงื่อได้ | | | |

2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

| พฤติกรรมจัดการความเครียด | การปฏิบัติ | | |
|--|-------------------|------------------------|---------------------|
| | ไม่ปฏิบัติ เลย | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ |
| 1. ท่านมักจะไปพูดคุยกับบุคคลในบ้านหรือเพื่อน บ้าน เพื่อคลายเหงา | | | |
| 2. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ท่องเที่ยว | | | |
| 3. ท่านไปทำบุญที่วัด สวดมนต์ ไหว้พระทุกวันพระ | | | |
| 4. ท่านมีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ | | | |
| 5. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ | | | |
| 6. เมื่อรู้สึกเครียดท่านหากิจกรรมที่เพลิดเพลินทำ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ | | | |
| 7. เมื่อรู้สึกโกรธท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เช่น ตั้งสติ นั่งสมาธิ เดินหนีเหตุการณ์นั้นก่อน | | | |
| 8. ท่านพูดคุยและปรับทุกข์สุขกับเพื่อนในวัย เดียวกันที่ท่านไว้วางใจ | | | |
| 9. เมื่อท่านมีปัญหาไม่สบายใจบุคคลในครอบครัว ช่วยเหลือท่านได้ | | | |
| 10. ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ | | | |

2.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย

| การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย | การปฏิบัติ | | |
|--|-------------------|------------------------|---------------------|
| | ไม่ปฏิบัติ เลย | ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ |
| 1. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านซื้อยามารับประทานเอง | | | |
| 2. ท่านรับประทานเฉพาะยาที่ได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น | | | |
| 3. เมื่อมีปัญหาการรับประทานยา ท่านปรึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | | | |
| 4. ท่านรับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี | | | |
| 5. ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย | | | |
| 6. ท่านไปรับการตรวจทุกครั้งที่แพทย์นัด | | | |
| 7. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะหาความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ รายการวิทยุ โทรทัศน์ สอบถามเพื่อน เป็นต้น | | | |
| 8. ท่านเตรียมยาารับประทานเอง | | | |
| 9. เมื่อเจ็บป่วยท่านปรึกษาหรือขอคำแนะนำ จากญาติพี่น้อง / เพื่อนบ้าน | | | |
| 10. เมื่อเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ของของบุคลากรทางการแพทย์ | | | |



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล สุปาณี จินาสวัสดิ์
วัน เดือน ปี เกิด 08 มิถุนายน 2505
ที่อยู่ปัจจุบัน 190/1 หมู่ 6 ตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง
ที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 2532-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลวังเหนือ
อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง
พ.ศ. 2526 พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ
จังหวัดลำปาง

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2542 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง,
จังหวัดลำปาง
พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง,
วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก, จังหวัดพิษณุโลก
พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นต้น,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, จังหวัดลำปาง

ผลงานตีพิมพ์

ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

สุปาณี จินาสวัสดิ์ (ผู้บรรยาย). (11 มิถุนายน 2559). พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง.

ใน รายงานสืบเนื่องจากการประชุมทางวิชาการบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 2
(หน้า 211-223). เพาะ: กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา
มหาวิทยาลัยพะเยา.

ผลงานตีพิมพ์อื่น ๆ -