

๑๑๓.๑๐๓๓๖

๖๑๑๑๑

๖๒

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

ปริญญานิพนธ์

ของ

สุธีรา เทศวังษ์

๑๑๓.๑๐๓๓๖

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มกราคม ๒๕๔๓

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกศึกษศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกศึกษศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เลิริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

วันที่ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2543

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และการให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ
ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เป็นอย่างดี จากผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์
รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารท ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่ม
ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัย
ครั้งนี้ พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง หัวหน้า
หอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก
ความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง พี่ น้อง และเพื่อนพยาบาลผู้ใกล้ชิดและมี
ส่วนเกี่ยวข้องกับผู้วิจัยทุกท่าน ที่กรุณาให้โอกาสให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจอย่างดีตลอดมา
ทำให้นี้ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์ที่เกิดจากปริญญานิพนธ์นี้แก่ บิดา มารดา ครู อาจารย์
ที่กรุณาอบรมปลูกฝังสิ่งที่ดีงามและเป็นกำลังใจให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

สุธีรา เทศวงษ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	45
การวิจัยในต่างประเทศ.....	45
การวิจัยในประเทศไทย.....	46
สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	50
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	51
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
ประชากร.....	51
กลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
ลักษณะของเครื่องมือ.....	52
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	53
เกณฑ์การให้คะแนน.....	54
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	54
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	55
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	56
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	62
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	62
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	63
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	96
บทย่อ.....	96
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	96
วิธีดำเนินการวิจัย.....	96
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
สรุปผลการค้นคว้า.....	97
อภิปรายผล.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	113
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	113
บรรณานุกรม.....	114
ภาคผนวก.....	123
ประวัติของผู้วิจัย.....	146

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มงานและเพศ.....	52
2	จำนวนและคำร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว และเขตที่อยู่อาศัย.....	63
3	คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ การควบคุมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน.....	68
4	คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	69
5	คะแนนเฉลี่ย และความเป็ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ.....	70
6	คะแนนเฉลี่ย และความเป็ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ.....	71
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ.....	72
8	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ	73
9	คะแนนเฉลี่ย และความเป็ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	74
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	74
11	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	75
12	คะแนนเฉลี่ย และความเป็ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	76
13	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	77

14	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	78
15	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ.....	79
16	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ.....	79
17	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	80
18	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้.....	81
19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้.....	82
20	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	83
21	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว.....	84
22	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย.....	84
23	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย.....	85
24	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย	86
25	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน.....	87
26	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจ ภายในตน.....	87

27	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน	88
28	คะแนนเฉลี่ย และความแปรปรวนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น.....	89
29	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น.....	89
30	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่น.....	90
31	คะแนนเฉลี่ย และความแปรปรวนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา.....	91
32	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจทาง โชคชะตา.....	91
33	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา.....	92
34	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน.....	93

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์.....	21
2 แสดงกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	49

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

องค์การอนามัยโลก มีนโยบายให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศ จัดระบบสาธารณสุขภายในประเทศของตนเอง เพื่อช่วยให้ประชาชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2543 อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการที่ทุกคนมีชีวิตยืนยาว มีคุณค่าทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ เกิดและตาอย่างมีศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ และเป็นกลุ่มที่มีความน่าสนใจเป็นอย่างอื่นที่จะมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทย โดยส่วนรวมในอนาคต เนื่องจากในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ และเทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพ มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถลดอัตราการเกิดของประชากรได้อย่างรวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแรงเจ็บป่วยให้รอดตายได้ และยังช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ซึ่งส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยยืนนานขึ้น การที่ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนนานขึ้น ทำให้จำนวนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างเด่นชัด และจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังปี พ.ศ.2543 (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว. 2540 : 1) จากรายงานการคาดการณ์แนวโน้มประชากรไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ.2538 มีจำนวนผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) 4.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ของประชากรทั้งหมด คาดว่า ในปี พ.ศ.2543 มีจำนวน 5.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.10 และในปี พ.ศ.2553 จำนวนผู้สูงอายุไทย จะเพิ่มขึ้นเป็น 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.36 (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. 2540 : 38)

ในการประชุมสมัชชาโลกที่นครเวนิส พ.ศ.2525 มีมติว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นประชากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้แก่บุตรหลาน และเยาวชนรุ่นหลัง อีกทั้งยังเป็นผู้ที่และผู้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม หากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดี จะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่รุ่นลูกหลานได้เป็นอย่างดี (คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา ม.ป.ป. : 2) ดังปรากฏให้เห็นในสังคมว่า มีผู้สูงอายุสามารถมีบทบาทเป็นผู้นำของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้ที่ได้รับรางวัลโนเบล และเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหญ่ ๆ หรือกิจกรรมที่สำคัญ นั้นมิได้หมายความว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุ สมรรถภาพ สติปัญญาและความสามารถเชิงสร้างสรรค์เสื่อมลงไป

ด้วยก็หาไม่ หากแต่กลับมีความสามารถเท่าเดิมหรือยิ่งรอบคอบ สุขุมลึกซึ้งยิ่งกว่าเดิม ทั้งนี้เพราะมากไปด้วยประสบการณ์ ได้รู้ได้เห็นได้เปรียบเทียบกับพฤติกรรม และปัญหามากไปตามอายุชั้น (แจก ธนะสิริ. 2539 : 20) จันทรักษ์ ฉาสากุล (2538 : 2) ได้กล่าวไว้ว่า ความสูงอายุมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary aging) ความสูงอายุลักษณะนี้จะเกิดขึ้นกับทุก ๆ คน เป็นไปตามธรรมชาติ หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ ถูกใช้งานมานานเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุชั้นการใช้งาน การเสื่อมโทรมจะส่งผลให้เห็นเด่นชัดทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวห่อ่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว ฯลฯ แต่ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary aging) เกิดจากการปล่อยปละละเลย ไม่รักษาสุขภาพของร่างกาย เป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ผลกระทบจากภาวะโภชนาการ สภาพความเครียดของจิตใจ เป็นต้น ดังนั้น หักกำหนดทางสังคมที่ให้อายุ 60 ปี เป็นวัยของการสูงอายุนั้นจึงเป็นเพียงกฎเกณฑ์อันหนึ่งในสังคมเท่านั้น หาได้เป็นข้อกำหนดที่จะมาบ่งการชีวิตของผู้สูงอายุให้ต้องถดถอยลงไปไม่ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปบ้าง

ในสภาพที่เป็นจริง พบว่า ผู้สูงอายุกำลังประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถดถอย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การต้องพ้นจากตำแหน่งหรือภารกิจที่กระทำอยู่เดิม การสูญเสียคู่สมรส เพราะการตาย หรือแม้แต่การสูญเสียบุตร เพราะแยกไปประกอบอาชีพ หรือมีครอบครัวใหม่ สิ่งเหล่านี้ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่างเปล่า ว่าเหว่ เครียด สับสน เสียความเชื่อมั่น และความภูมิใจในตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ลูกหลาน และคนรุ่นใหม่มีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป โศกมองค่าผู้สูงอายุต่ำลง (พัชรี ดันศิริ และคณะ. 2539 : 66) ผู้สูงอายุถูกมองว่าล้าสมัย ทำให้มีความขัดแย้งระหว่างค่านิยม และพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนรุ่นใหม่ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้สร้างปัญหาให้กับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เป็นต้นว่า ภาวะทางเศรษฐกิจ การพึ่งพาตนเอง พฤติกรรมทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดน้อยลง พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ สภาพการเจ็บป่วย และปัญหาสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ สำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองซึ่งมีประชากรอยู่อย่างหนาแน่น จะพบกับปัญหาซับซ้อนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรุงเทพมหานคร ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ จะส่งผลกระทบให้เกิดความเสื่อมโทรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้โดยง่าย และรวดเร็วยิ่งขึ้น ผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 พบว่าโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคปวดเมื่อย ความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ/เสื่อม โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และต้อกระจก ตามลำดับ (จันทรักษ์ ฐประภาวรรณ และคณะ. 2540 : 22) จะเห็นว่าโรคเหล่านี้ เป็นโรคของความเสื่อม และเป็นโรคเรื้อรัง จากการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มักจะเป็นหลายโรคพร้อมกัน

(ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535 : 1 ; สุพสง พรหมโหมบล และ วันดี โกศกุล. 2538 : 418) อันก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความพิการที่จะต้องให้การดูแลซับซ้อนยิ่งขึ้นเพราะนอกจากจะเป็นปัญหากับตัวผู้สูงอายุเอง แล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และประเทศชาติ เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ มีความจำกัดในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงตกเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมากขึ้น สำหรับผลกระทบต่อประเทศ เถก ธนะสิริ (2539 : 2) กล่าวว่า ประเทศที่กำลังพัฒนา และที่พัฒนาไปมากแล้ว ต่างประสบกับปัญหาทางประชากรที่เพิ่มสูงมากขึ้น ในด้านการดูแลรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ จึงเป็นที่ตระหนักว่าหากจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นเท่าใด อัตราการพึ่งพิงสังคมก็จะมีความเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุดังได้กล่าวมาแล้ว ทำให้รัฐบาลตระหนักว่า ควรจะได้มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีต่าง ๆ โดยวางแผนทางการดำเนินงานในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 ได้แก่ ด้านสุขภาพ เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน (เช่น เดชมาหาชัย. 2540 : 98-99) จากนโยบายของรัฐบาลในชุดปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสม นับได้ว่าเป็นความรับผิดชอบที่บุคลากรทางสุขภาพจะพึงมีต่อผู้สูงอายุ และเป็นบทบาทอิสระสอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนนำไปสู่การพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง โดยไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเสมอไป อีกทั้งสามารถดำเนินการได้ทุกสถานที่ ไม่ว่าจะเป็นในโรงพยาบาล หรือในชุมชน เช่น ครอบครัว โรงเรียน สำนักงาน สถานประกอบการ วัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pender. 1987 : 4) ดังนั้น พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุขและตามอัธยาศัย ไม่เป็นภาระสังคม และยังเป็นประโยชน์ให้กับครอบครัว สังคมได้ต่อไป อาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำด้วยตนเอง เพื่อดูแลสุขภาพของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์และปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำจนเป็นกิจวัตรหรือเป็นแบบแผนชีวิต เกเซอร์ (Geyer. 1990 : 34) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีจะช่วยเหลือ หรือ

ป้องกันโรคในวัยสูงอายุ จะช่วยลดขอบเขตการสูงอายุ เพิ่มโอกาสในการพึ่งพาตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิต และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุ เช่น ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง หูเสื่อม โรคหัวใจ ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ถ้ามีการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตให้เป็นแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Gilbert. 1986 : 38)

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 60) กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ภายในตัวบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) เพนเดอร์ ได้เน้นถึงความสำคัญของ ความรู้ การรับรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา และการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายใน ในการเป็นสื่อกลางของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพราะ ความรู้ การรับรู้เป็นขั้นตอนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ นั้น การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) เป็นปัจจัยข้อตัวหนึ่งซึ่งแสดงถึงความเชื่อ หรือการรับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพว่า เป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลจากอำนาจของผู้อื่น และ/หรือเป็นผลของความบังเอิญ หรือโชคชะตา ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Pender et al. 1990 : 326 ; อ้างอิงมาจาก Wallston et al. 1976) สปีค โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93-100) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้มีผลต่อสุขภาพทางกายแล้ว การรับรู้ การควบคุมสุขภาพยังมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลอีกด้วย เรย์ (Ray) พบว่าผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดจะพยายามค้นหาข้อเท็จจริง และแก้ไขสถานการณ์นั้น ในขณะที่ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะยอมรับเหตุการณ์โดยไม่ได้คิดจะแก้ไข (กรณีการ กั้นชะรักษา. 2527 : 31)

นอกจากการรับรู้การควบคุมสุขภาพแล้ว ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยข้อตัวหนึ่งของปัจจัยส่งเสริมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย เป็นต้น ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ภายในตัวบุคคล (Pender. 1987 : 58)

โรงพยาบาลกลาง เป็นโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหนึ่งซึ่งรับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน มีนโยบายในการสนับสนุนประชาชนทุกวัยให้ได้รับบริการทางด้านสุขภาพให้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพให้มากที่สุด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่จำเป็นต้องใช้บริการทางสุขภาพ และทางสังคมมากที่สุด จึงได้มีการพัฒนาบริการผู้สูงอายุให้ครอบคลุม ทั้งด้านส่งเสริมป้องกันรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ จัดห้องตรวจโรคผู้สูงอายุ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2534 ให้ดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้พร้อมดำเนินการจากการดำเนินงานการพัฒนาบริการผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2539 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาของโรงพยาบาลกลาง จำนวนทั้งสิ้น 33,335 ราย และจากแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2540-2544) ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาที่สำคัญไว้อย่างหนึ่ง คือ การให้บริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขเชิงรุก โดยยึดแนวทางการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก (สำนักนโศบาสและแผน. 2540 : 106)

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการสอน และสนับสนุน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียดก็ตาม ซึ่งมักจะพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แม้จะรักษาโรคจนหายแล้ว ก็ยังไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน เพราะผู้สูงอายุไม่อยู่ในสภาพที่จะดูแลตนเองได้อย่างดี ต้องตกเป็นภาระของญาติ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง โดยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งมีแนวคิดที่เน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญา และการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายในมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ครอบครัว และชุมชนต่อไป

✓ ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้การควบคุมสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการวางแผนงาน การดำเนินงานสุขภาพ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่เหมาะสม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการจัดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้ในการป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุในโอกาสต่อไป
3. ใช้เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จำนวน 30,001 คน (สถิติ ปี พ.ศ.2539)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จำนวน 396 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 138-143) ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนการดำเนินชีวิตและสุขนิสัย 10 ด้าน คือความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติ

ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนัก และยอมรับในคุณค่าแห่งตน การมีจุดหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อมและการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุเป็นปีเต็ม สามารถพูดคุยกันรู้เรื่อง และสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ เป็นผู้ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

3. แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง แผนกที่ให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยมีได้พักค้างคืนในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

6 กลุ่มงาน ดังนี้

- 3.1 อายุรกรรม
- 3.2 ศัลยกรรม
- 3.3 ศัลยกรรมกระดูก
- 3.4 จักษุวิทยา
- 3.5 โสต ศอ นาสิก
- 3.6 กทันตกรรม

4. อายุ หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่เกิดของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ ตามการพัฒนากายของผู้สูงอายุ

- 4.1 อายุ 60-69 ปี
- 4.2 อายุ 70-79 ปี
- 4.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป

5. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาของผู้สูงอายุ มี 4 ระดับ ดังนี้

- 5.1 ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จประถมศึกษา
- 5.2 ระดับประถมศึกษา
- 5.3 ระดับมัธยมศึกษา
- 5.4 ระดับอุดมศึกษา

6. สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของสถานภาพการสมรสในปัจจุบันของผู้สูงอายุ แบ่งออกได้ ดังนี้

- 6.1 โสด
- 6.2 คู่

6.3 ห่อร่าง

6.4 หม้าย

6.5 แยกกันอยู่

7. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้สงฆ์ แบ่งออกได้ดังนี้

7.1 ไม่มีอาชีพ หมายถึง ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ

7.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว

ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

7.3 เกษตรกรรม ผู้ที่มีอาชีพ ทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

7.4 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด

7.5 ข้าราชการบำนาญ บำนาญ หมายถึง ผู้ที่เคยประกอบอาชีพรับราชการ

หรือรัฐวิสาหกิจ

8. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือนของผู้สงฆ์ แบ่งออกได้ ดังนี้

8.1 ไม่เกิน 1,000 บาท

8.2 1,001 - 5,000 บาท

8.3 5,001 - 10,000 บาท

8.4 มากกว่า 10,000 บาท

9. ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะของครอบครัวที่ผู้สงฆ์อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

9.1 ครอบครัวเดี่ยว เป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วย สามี และ/หรือภรรยา และ/หรือบุตรที่ยังไม่สมรส ญาติอื่น ๆ ที่ยังไม่สมรส อาศัยอยู่ด้วย รวมทั้งการที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์อันก้ำกึ่งญาติ

9.2 ครอบครัวขยาย เป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วย สามี และ/หรือภรรยา และ/หรือบุตรที่สมรส ญาติอื่น ๆ ที่สมรส และ/หรือ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หลานคนใดคนหนึ่ง หรือหลายคนอาศัยอยู่ด้วย

10. เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง บริเวณที่ผู้สงฆ์อยู่อาศัย แบ่งออกเป็น 3 เขตใหญ่ ๆ

คือ

10.1 เขตชั้นในกรุงเทพมหานคร หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยที่มีความเจริญในการตั้งถิ่นฐานมาก่อน ซึ่งได้แก่ เขตพระนคร ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ บางรัก ราชเทวี คลองสาน ปทุมวัน ดุสิต ดินแดง บางกอกใหญ่ บางกอกน้อย พระโขนง บางพลัด พญาไท จตุจักร บางซื่อ บางคอแหลม ยานนาวา ธนบุรี ห้วยขวาง สาทร คลองเตย ส่วนหลวง

10.2 เขตขึ้นนอกกรุงเทพมหานคร หมายถึง เขตที่มีการกระจายตัวในการตั้งถิ่นฐาน หรือมีความเจริญต่อมาจากเขตขึ้นใน เป็นเขตที่ยังมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในการปกครอง ได้แก่ เขตดอนเมือง บางเขน ลาดพร้าว บางกะปิ บึงกลุ่ม ลาดกระบัง หนองจอก ประเวศ จอมทอง หนองแขม บางขุนเทียน คลิ่งชัน ภาษีเจริญ ราษฎร์บูรณะ มีนบุรี

10.3 นอกเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยที่ไม่ได้อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตปริมณฑล เขตต่างจังหวัด

11. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิดหรือความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพของตนเองว่า มีผลมาจากการกระทำโดยตรงหรือผู้อื่น หรือโชคเคราะห์ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ภายนอกตนด้านสุขภาพของ กรรณิการ์ กันทรักษา. (2527 : 160-161) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

11.1 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าจะสุขภาพของตน เป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง

11.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าจะสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำ หรือครอบคลุมโดยบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล

11.3 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าจะสุขภาพของตนเป็นผลมาจากโชคชะตา ความบังเอิญ หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การรับรู้ การควบคุมสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งต่างประเทศ และในประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ (Aging, Elderly)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้าง ๆ ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า เมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่า สูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือวัยสูงอายุเริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต เมื่อนับตามชีววิทยา (WHO expert committee. 1989 : 7-8)

เมอร์เรย์ และเซนต์เนอร์ (Murray and Zentner. 1989 : 496) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุกับสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีอาการอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการด้วย

กลุซา ดันติผลาชีวะ (2523 : 24) กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกาย และจิตใจมีมากในระยะนี้ ชาติความคล่องแคล่ว ว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียร ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก และนอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

จากแนวความคิดที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย และยังถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน

ทฤษฎีการสูงอายุ

ปัจจุบันยังไม่มีคำตอบที่สมบูรณ์เกี่ยวกับว่า ทำไมคนถึงแก่ มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการสูงอายุไว้มากมาย แต่อาจสรุปได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ วรมนต์ ตริพรหม (2534 : 23-30) ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับยีน (Genomebased theories)

1.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต สร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่า เพื่อความลุ่มรอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้ามาในช่วงชีวิตของการเจริญและแพร่พันธุ์

1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory) กล่าวว่า กลไกความสูงอายุถูกกำหนดไว้แล้ว โดยมีรหัสอยู่ในยีน ซึ่งภายในกระบวนการความสูงอายุนี้ ประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนาและเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งมีการกำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว

1.3 ทฤษฎีกลายพันธุ์ (Somatic mutation theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากการที่เซลล์แบ่งตัวผิดปกติทำให้เกิดการสะสมของเซลล์ผิดปกติซึ่งชักนำให้มีการสังเคราะห์ชีวโปรตีนที่ผิดปกติมากขึ้น แสดงลักษณะใหม่ของเซลล์ปรากฏออกมา ทำให้ระบบที่ต่อสู้แล้วผันแปรไปโดยลดการทำงานของเซลล์และประสิทธิภาพของอวัยวะในที่สุด

1.4 ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Erroneous theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาด หรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ในร่างกาย เซลล์ และเนื้อเยื่อที่ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงหมุนเวียนสร้างใหม่ตลอดเวลา ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมี มีโอกาสเกิดความผิดพลาด ถ้าความผิดพลาดเหล่านี้สะสมจนกระทั่งถึงระดับหนึ่ง เซลล์หรือเนื้อเยื่อจะค่อย ๆ เสื่อมสภาพ

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic theory) กล่าวว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามพันธุกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนในร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในคนบางคนเท่านั้นแม้มีอายุเท่ากัน

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับอวัยวะ (Organ theories)

2.1 ทฤษฎีการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear theory) กล่าวว่า

โครงสร้างและการทำงานของร่างกายเสื่อมสภาพไปหลังการใช้งาน ถ้ามีการใช้งานมากยิ่งมีผลให้สูงอายุเร็วขึ้น ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากขึ้น โดยไม่เท่ากันในแต่ละคน แม้ว่าอายุจะเท่ากัน

2.2 ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (The neuroendocrine theory)

กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการทำงานลดลงของระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ

2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (The immunological theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติได้น้อยลงพร้อม ๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น

3. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับด้านสรีรวิทยา (Physiological theories)

3.1 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress adaptation theory)

กล่าวว่า ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์

3.2 ทฤษฎีการเชื่อมโยงของคอลลาเจน (The Cross-linkage theory of aging) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากส่วนประกอบของคอลลาเจน และโปรตีนจากเส้นใยมีการจับตัวกันมากขึ้น เส้นใยหดสั้นเข้า ยึดหยุ่นน้อยลง แข็งฉีกขาดง่าย

3.3 ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์ (Waste product accumulation theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นการแสดงถึงการคั่งค้างสะสมของเสียไว้ในเซลล์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนรูปร่างและหน้าที่ของเซลล์ จนกระทั่งความสามารถของเซลล์ลดลง หรือทำให้เซลล์ตาย

3.4 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (The free radical theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นภายในร่างกายจากการใช้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ จะมีความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมีมาก เป็นตัวทำให้เกิดความผิดปกติของอื่น

กลุ่มที่ 2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ (สมพันธ์ วิทยฐานะ. 2535 : 3)

1. ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้ตลอดเวลา

2. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มี

ความรักแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น มีความรู้จักผู้อื่น และทำงานร่วมกันกับผู้อื่นได้ มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่ค่อยได้ จิตใจคับแคบ รู้สึกว่าตนเองทำบุญกับใครไม่ค่อยขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุขนัก ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้า

กลุ่มที่ 3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ทฤษฎีแนวนี้พยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ (สมพันธ์ หิญชีระนันท์. 2535 : 4)

1. ทฤษฎีการไร้การผูกพัน (Disengagement theory) กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลจะต้องแยกจากกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ด้วยเวลา บุคคลจึงควรมีการเตรียมตัวที่จะยอมรับสภาวะที่ต้องเลิกเกี่ยวข้องกับสังคมได้ ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จในการปรับตัว คือ พยายามลดความรับผิดชอบและบทบาทในสังคม

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยา เหมือนบุคคลในวัยกลางคน บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จในการปรับตัวตามวัยนี้ควรเป็นคนที่กระฉับกระเฉง กระตือรือร้นอยู่เสมอ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น คือ ร่างกายของผู้สูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พิชรี ตันศิริ. 2536 : 62) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จะมีความสัมพันธ์กันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พิชรี ตันศิริ. 2536 : 65-83)

ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวย่นมากขึ้น การไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย ทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ภูมิคุ้มกันของผิวหนังลดลง เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณศีรษะลดลง และเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดตามวัย เล็บแห้งหนาขึ้นและเปราะ

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ความรู้สึก สติปัญญาเสื่อมลง ความคิดช้า ความจำเสื่อม จำเรื่องอดีตได้มากกว่าปัจจุบัน ความคิดเห็นคงที่ แต่ยังสามารถทำงานที่เคยมีประสบการณ์แล้วได้ดี แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

- ตาและการมองเห็น สายตาสาวขึ้น กลางคืนมองเห็นไม่ชัด แก้วตาเริ่มขุ่นมัว
บางรายเกิดต้อกระจก

- หูและการได้ยิน จะสูญเสียการได้ยิน จะได้ยินเสียงต่ำชัดเจนกว่าเสียงธรรมชาติ หรือเสียงสูง

- การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก และกระเปาะรับกลิ่น (Olfactory bulb) ในสมอง

- การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง

- การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเย็น ความรู้สึกเจ็บปวดทั้งภายในและภายนอก ร่างกายลดลง ทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุได้ง่าย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนกล้ามเนื้อจะลดลงมีการเหี่ยวผ่อ และมีพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้ความทนทานและความว่องไวในการหดตัวลดน้อยลง จึงเป็นสาเหตุให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง และเคลื่อนไหวลำบาก การทรงตัวไม่ค่อยดี กระดูกมักเสื่อมและแคลเซียมละลายออก ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนในวัยผู้สูงอายุ หมอนรองกระดูกสันหลังจะเหี่ยว เสียความยืดหยุ่น ทำให้เกิดหลังโก่งหรือค่อมได้ ความแข็งแรงของกระดูกลดน้อยลง กระดูกจึงเปราะและหักง่าย น้ำในข้อลดลงเป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการติดขัด ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย

ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง การบีบตัวของหัวใจลดน้อยลงเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ น้อยลง ทั้งนี้มักเป็นผลมาจากไขมันเกาะสะสมกันอยู่ตามผนังของหลอดเลือด แล้วทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงหรือตัน หรือมีการแตกของเส้นเลือด ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เมื่อสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอด้วยเหตุใดก็ตามจะทำให้หน้าที่การทำงานของสมองเสื่อมลง ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ หงุดหงิด พูดซ้ำซาก ในบางรายมีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น อัมพาต พูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง ลิ้นแข็ง เป็นต้น

ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรง และกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจเข้าออกลดลง กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลง ประกอบกับ จำนวนถุงลมลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปไม่ได้ดีและน้อยลง ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่พอหรือน้อย มี

คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ดังนั้น ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออก รีเฟล็กซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อ และเกิดโรคปอดบวมได้ง่ายขึ้น

ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงจะพบฟันไม่แข็งแรง เหงือกถอยร่น บางคนจำเป็นต้องถอนฟันและใส่ฟันปลอมทั้งชุดเหล่านี้เป็นผลกระทบต่อการเคี้ยวและบดอาหารประกอบกับ ปุ่มรับรสอ่อนลง จมูกดมกลิ่นเปลี่ยนไปจากเดิมจึงทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง ประสิทธิภาพการย่อย และการดูดซึมของสารอาหารลดต่ำลง อาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไต การทำงานของหน่วยไตลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง หูดของกระเพาะปัสสาวะไม่มีกำลังแรงเหมือนหนุ่มสาว จึงมีปัสสาวะตกค้าง ความผิดปกติที่อาจพบได้บ่อยได้แก่ ถ้าปัสสาวะบ่อยและออกน้อย การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ในระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายมักประสบปัญหาอวัยวะเพศแข็งตัวช้า ส่วนผู้สูงอายุหญิง การหลั่งนํ้าน้อยลงเมื่อมีเพศสัมพันธ์จะเกิดการระคายเคืองช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางเพศอยู่ เกิดความคับข้องใจและเกิดปัญหาทางจิตวิทยาตามมา

ระบบต่อมไร้ท่อ การลดการทำงานของต่อมไร้ท่อ มีผลมากต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีความเสื่อม และถดถอยตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้ และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเสื่อมเล็กลง กระดูกพรุนง่ายขึ้น อาจเป็นโรคเบาหวาน มีอารมณ์เครียด หงุดหงิดแต่ขณะเดียวกันก็เฉื่อยชา เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น อารมณ์ และจิตใจ ก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ รายได้ลดลง สูญเสียบทบาทหน้าที่ เคยเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นผู้อาศัย ที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ เสียความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดความเครียดได้

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ที่พบ สรุปได้ ดังนี้คือ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 11-12)

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่ เป็นไปได้ยาก

2. การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคงการกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

3. การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง จะแตกต่างกันไปตามเหตุผล และความพอใจของแต่ละคน บางคนมุ่งสร้างชีวิตที่ดี เข้าวัดถือศีล บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมต่าง ๆ เนื่องจากเป็นระยะของการลดบทบาทหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การเกษียณอายุ ขาดรายได้ และสภาพร่างกายที่เสื่อมลง เป็นข้อจำกัดให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคมนอกบ้าน แบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียบทบาทหน้าที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นผู้อาศัย ที่ปรึกษา ประกอบกับ มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง นอกจากนี้การตายของคู่ชีวิต หรือเพื่อนที่คบกันมานาน หรือญาติพี่น้อง จะนำมาซึ่งความเศร้าโศก การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่กับลูกหลานต่างวัย ต่างความรู้ ต่างประสบการณ์ และรสนิยมนั้น อาจจะไม่พบความสุข ความพึงพอใจเหมือนชีวิตในสมัยก่อน จนบางครั้งต้องแยกตนเองไปอยู่ต่างหากหรือสถานสงเคราะห์ ฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อลดปัญหาสุขภาพ และปัญหาทางด้านสังคมที่เปลี่ยนแปลง

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ

เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงในทุก ๆ ด้าน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย ถึงแม้จะดูภายนอกเหมือนหนึ่งว่าสุขภาพดี แต่ก็มีความเสื่อมของอวัยวะภายใน ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติที่ซ่อนเร้นอยู่ จึงมักจะพบข้อ ๆ ว่า ถ้าหากผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ หรือเป็นโอกาสให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ ดังนั้น ปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วย จากการศึกษาปัญหาสุขภาพในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 40.80 โรคส่วนใหญ่ที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิต (Life style diseases) เช่น มะเร็งปอด ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน หรือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Geyer, 1990 : 33) สำหรับประเทศไทย เห็นได้ชัดจากการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

เป็นจำนวนมาก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดจำแนกโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ จำนวน 10 โรค ซึ่งจำแนกได้ตามลำดับดังนี้ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง โรควัณโรคปอด โรคต่อกระຈก โรคทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร และกลุ่มอาการทั่วไป (สาลี พิภพทอง, 2539 : 64) อารมณ์ วุฒิพฤษ และคณะ (2532 : 45) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50.38 มีการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตา โรคหัวใจ ไอเรื้อรัง และหอบหืด ซึ่งสอดคล้องกับ สลี ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 30-31) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จะมีโรคประจำตัวร้อยละ 48 โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ยუნง พรหมโมบล และ วันดี โกตะกุล (2538 : 421) ได้ศึกษาผลการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มาตรวจสุขภาพมีความผิดปกติโดยไม่มีอาการของโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.70 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 39 เบาหวานร้อยละ 25

จากรายงานการวิจัยที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกว่าครึ่งหนึ่งคือ การมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง อันเนื่องมาจากมีความเสื่อมของการทำงานของระบบต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุบางคนอาจมีอาการหรือไม่มีอาการของโรค โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ, 2533 : 15-18)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ โรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงโดยมักเป็นในบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน ภาวะขาดการออกกำลังกาย กรรมพันธุ์ เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ผนังหลอดเลือดของสมอง เป็นผลทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น มีอัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ หรือ ชักหมดสติ เป็นต้น

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด ในผู้สูงอายุมักไม่แสดงอาการเจ็บหน้าอกอย่างชัดเจนเหมือนในวัยอื่น ๆ แต่มักมีอาการเพียงรู้สึกเพลียเวลาทำงาน และมีอาการหอบหายใจเร็วเท่านั้น ปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดในสมอง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ หลอดเลือดทั้งตัวมีแคลเซียม หรือไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2533 : 35) และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคนี้น่าขึ้น ได้แก่ อารมณ์ที่ตึงเครียด มี

ความวิตกกังวล ความอ้วน โรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น สูบบุหรี่ หรือดื่มเหล้าจัดภาวะไขมันในเลือดสูง

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ เนื้อเยื่อตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดลง และ/หรือร่างกายหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง ผู้สูงอายุอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการ ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมากและบ่อย พอมองหรืออาจมาด้วยอาการซีด ไม่รู้สึกตัว มีอาการชาที่ปลายมือปลายเท้า เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน และผู้ที่มีบิดามารดาเป็นโรคนี้

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) โรคปวดข้อเนื่องจากข้อเสื่อม พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาสร้างความเจ็บปวดให้ผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้สูงอายุมักปวดข้อที่ต้องรับน้ำหนักและใช้งานมาก ๆ เช่น ข้อหลัง ข้อคอ ข้อเท้า ข้อสะโพก ข้อปลายนิ้วมือ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่อ้วนขาดการออกกำลังกายมักจะมีโรคข้อเสื่อม ทำให้มีอาการปวดข้อต่าง ๆ ง่ายกว่าผู้ที่ผอม และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

โรคต้อกระจก (Senile cataract) เป็นโรคตาที่เป็นกันมากที่สุดและผู้สูงอายุกล่าวคือเมื่ออายุมากขึ้น แก้วตาจะเปลี่ยนจากใส ๆ เป็นสีน้ำตาลหรือสีขาวขุ่นมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้แสงผ่านเข้าไปในตาไม่ได้มีผลทำให้ตามัวลง สาเหตุโดยทั่วไปเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ จากพิษของยาบางอย่าง การขาดสารบางชนิด เช่น แคลเซียม อุบัติเหตุมีการกระแทก หรือเป็นโรคบางโรค เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

โรคมะเร็ง (Malignancy) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปอด เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุนั้น ไม่ใช่แสดงออกได้เฉพาะสภาวะทางกายเท่านั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและจะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด และต้องประสบกับปัญหาสุขภาพจิตไม่น้อย จากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรธรรม และคณะ (2532 : 29) พบว่าผู้สูงอายุไทยอย่างน้อย 1 ใน 10 คนมีปัญหาสุขภาพจิต ระดับของการมีปัญหาสุขภาพจิตนั้นจะเพิ่มตามอายุ ประมวญ คิดคินสัน (2534 : 91) กล่าวว่า การวัดปัญหาทางจิตอย่างหนึ่ง คือ การฆ่าตัวตาย ปรากฏว่าความถี่สูงสุดอยู่ที่วัย 20-24 ปี แล้วก็มากขึ้นสูงอีกเมื่ออายุเลข 70 ปี จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2527 พบการฆ่าตัวตาย ถึง 5.80 คนต่อประชากรแสนคน และเพิ่มเป็น 6.70 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2533 ในจำนวนนี้สามารถคาดเดาได้ว่ามีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 0.01 และ 0.07 ตามลำดับ ซึ่งอาจ

จะน้อย แต่ในความเป็นจริงแล้วอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงกว่าอัตราในสถิติของทางราชการ ถึง 3 เท่า ดังนั้น การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุไทยก็สูงมีใช้น้อย (พัศมณท์ คัมทวิพร. 2539 : 49)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่า ผู้สูงอายุจะต้องประสบกับปัญหาสุขภาพหลาย ๆ อย่าง ในคน ๆ เดียว และส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นโรคไม่ติดเชื้อ ซึ่งขึ้นกับ พฤติกรรม มนุษย์ ลักษณะนิสัย สภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่เป็นโรคซึ่งป้องกันได้ ดังที่ เวบสเตอร์ (Webster. 1985 : 714) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือความผาสุกของบุคคล ได้แก่ กรรมพันธุ์ หรือสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นมีอิทธิพลร้อยละ 16 สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน มีอิทธิพลร้อยละ 31 และปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ แบบแผนชีวิตพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและความผาสุกของบุคคลถึง ร้อยละ 85 ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีการปรับเปลี่ยนให้มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี จะสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะและชะลอความก้าวหน้าของโรคต่าง ๆ หรือการคุกคามของโรคประจำตัวที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้ดำรงภาวะสุขภาพอยู่ได้และมีความผาสุก (Well being) แม้ว่าจะอยู่ในวัยสูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behaviors) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี (Pender.1987 : 57)

พาแลงค์ (Palank.1991 : 816) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลในทุกกลุ่มอายุ เพื่อการคงไว้ หรือเพิ่มระดับความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมบูรณ์ของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวเช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner. 1989 : 589) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรม ซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรมแบบแผนชีวิต มีความหมายกว้าง แสดงถึงการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำ ทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น นิสัย

ในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้
(จินตนา ชูนิพันธ์. 2535 : 3)

จากความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ได้กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคลที่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่ง
ประกอบไปด้วยกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีโดยรวม ทั้งทาง
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพิ่มระดับความผาสุก และควมมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล
ครอบครัว และชุมชน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model)

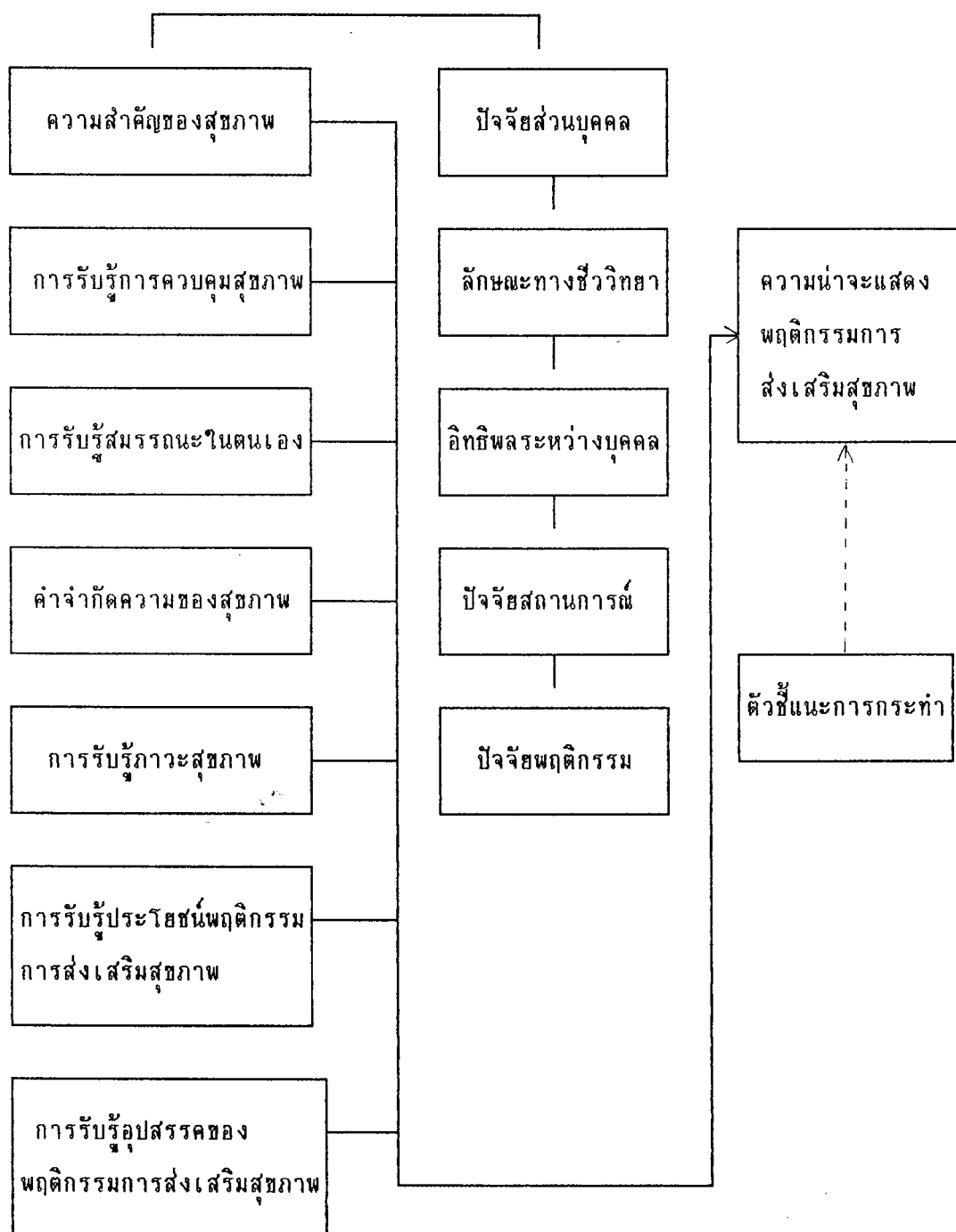
เพนเดอร์ (Pender 1987 : 60-69) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพซึ่งสามารถ
อธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้หรืออาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมีจุดมุ่งหมาย
ในการอธิบายการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิต
ของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับ
ความเครียด การพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเน้นความ
สำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายใน การจัดกลุ่มปัจจัยที่
เกี่ยวข้องคล้ายกับรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) คือจัดกลุ่มเป็นปัจจัย
ด้านความรู้ และการรับรู้ ปัจจัยส่งเสริม และตัวแปรที่ส่งผลต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะลงมือ
กระทำ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบที่น่าเสนอ
สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังแสดงใน
ภาพประกอบ 1

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้

ปัจจัยส่งเสริม

การแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

(Cognitive-perceptual factors) (Modifying factors) (Participation in health promotion behaviors)



ภาพประกอบ 1 แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model)

ที่มา: Pender. 1987 : 58

จากภาพประกอบ 1 สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) เป็นปัจจัยปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย ๆ 7 ปัจจัย ได้แก่

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health) การที่บุคคลรับรู้คุณค่าของสุขภาพของตนมากเท่าไร ก็จะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพมากเท่านั้น

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลจากผู้อื่น และ/หรือเป็นผลของ ความบังเอิญ โชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเอง เป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของตนเอง แสดงว่ามีความเชื่ออำนาจภายในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากการควบคุมโดย โชคชะตา ความบังเอิญ หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ และพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า ตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จหรือผลที่ตนเองต้องการ เมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตนและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนต่ำ

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) บุคคลแต่ละคนจะมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ผู้ที่ให้ความหมายสุขภาพแตกต่างกันจะมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ถ้าบุคคลให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง การปรับตัวหรือความสมดุลก็จะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยในขณะที่บุคคลซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึงการบรรลุเป้าหมายในชีวิต บุคคลนั้นจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ตนมีสุขภาพดีและเพิ่มความผาสุกในชีวิต

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความดีหรือความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองสุขภาพดีก็จะ

รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ แคลอรีต่ำ หรือมีโซเดียมต่ำ มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นได้น้อย ในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมเป็นประจำ บุคคลอาจ ต้องการจะแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behaviors factors) ประสบการณ์ในอดีตของ บุคคลที่เคยกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพอื่น ๆ อีก ความรู้ และทักษะบางอย่าง จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพที่ซับซ้อนได้ เช่น การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมจะทำให้บุคคล แสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา กล่าวคือ ความรู้ และทักษะจากประสบการณ์เดิมจะส่ง ผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก ที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้แนะการกระทำภายในเช่น การรับรู้สุขภาพ ของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการ และความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้ เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น เช่น ความรู้สึกสบายหลังจากออกกำลังกาย เป็นตัวชี้แนะของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนา กับบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น สื่อมวลชนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้แนะการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ

ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ จะมีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ ปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยพื้นฐาน จะมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้าน ความรู้-การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อยดังกล่าวมาแล้ว และตัวชี้แนะการกระทำจะส่งผลผลักดันหรือสนับสนุน ให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้น

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น ทั้ง จากบุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแล ตนเองและส่งเสริมการกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาหลาย ๆ อย่างอยู่ในคน ๆ เดียว โรคหรือภาวะบางอย่าง ไม่อาจจะรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้สูงอายุก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองหรือพึ่งพาคนอื่นให้น้อย

มีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า และจริงจังกว่าเขาบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health promoting behaviors) แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อทางสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเองส่งผลต่อระดับของการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to health-promoting behaviors) เป็นการรับรู้ต่ออุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเช่น ความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก ไม่มีเวลา ไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรม หรือความห่างไกลจากสถานที่ที่จะทำกิจกรรม จะส่งผลให้มีการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2. ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผ่านปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ซึ่งมีดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษาและรายได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางอ้อมซึ่งส่งผ่านกลไกด้านความรู้และการรับรู้ เช่น ส่งผลต่อการให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological characteristics) ได้แก่ สัดส่วนของร่างกาย และน้ำหนักตัว มีผลต่อการออกกำลังกายของบุคคลคนที่มีน้ำหนักมากมีความตั้งใจจะมีการออกกำลังกายน้อยกว่าคนที่น้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคลรวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จะมีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของบุคคล

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น ทางเลือกที่มีอยู่มากเท่าไร ยิ่งทำให้บุคคลได้มีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากเท่านั้น เช่น พฤติกรรมการ

รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ แคลอรีต่ำ หรือมีโซเดียมต่ำ มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นได้น้อย ในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมเป็นประจำ บุคคลอาจ ต้องการจะแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behaviors factors) ประสิทธิภาพในอดีตของ บุคคลที่เคยกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพอื่น ๆ อีก ความรู้ และทักษะบางอย่าง จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพที่ซับซ้อนได้ เช่น การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมจะทำให้บุคคล แสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา กล่าวคือ ความรู้ และทักษะจากประสบการณ์เดิมจะส่ง ผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก ที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้แนะการกระทำภายในเช่น การรับรู้ทัศนภาพ ของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการ และความรู้ลึกซึ้งสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้ เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น เช่น ความรู้ลึกซึ้งหลังจากออกกำลังกายกลางแจ้ง กลายเป็นตัวชี้แนะของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนา กับบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น สื่อมวลชนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้แนะการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ

ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ จะมีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ ปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยพื้นฐาน จะมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้าน ความรู้-การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อยดังกล่าวมาแล้ว และตัวชี้แนะการกระทำจะทวนผลักดันหรือสนับสนุน ให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้น

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น ทั้ง จากบุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแล ตนเองและส่งเสริมการกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาหลาย ๆ อย่างอยู่ในคน ๆ เดียว โรคหรือภาวะบางอย่าง ไม่อาจจะรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้สูงอายุก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองหรือพึ่งพาคนอื่นให้น้อย

ที่สุด และยังคงความสามารถต่าง ๆ ไว้ได้ ถ้าดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ด้วยการกระทำกิจกรรมด้วยตนเองหรือมีลักษณะนิสัยในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแบบวัดแบบแผนชีวิต และสุขนิสัย 10 ด้าน ของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 138-143)

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 การปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นกิจกรรมการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลเพราะความสะอาดจะทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า พร้อมทั้งจะต่อสู้กับสภาวะต่าง ๆ ความสะอาดทำให้ร่างกายเกิดความน่าดู สวยงามเป็นที่ยอมรับของสังคม และยังช่วยป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมาก พฤติกรรมในการดูแลรักษาความสะอาดแต่ละส่วนมีดังนี้ (เพ็ญศรี ลีวารินทร์พานิชย์. 2538 : 65)

การดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง ควรอาบน้ำทำความสะอาดผิวหนังทุกวัน วันละ 1 ครั้ง โดยใช้สบู่อ่อน และล้างสบู่ออกให้หมด เพื่อป้องกันมิให้ผิวหนังแห้งระคายเคือง และเกิดอาการคันได้ หลังอาบน้ำควรทาด้วยครีมทาผิว เพื่อให้ผิวชุ่มชื้นไม่แห้งแตก ไม่เกาหรือขีดข่วนบริเวณผิวหนังที่คัน เพราะอาจก่อให้เกิดการอักเสบได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

การดูแลรักษาความสะอาดผม ไม่ควรสระผมบ่อย ควรสระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ด้วยแชมพูสระผมที่อ่อน ๆ ควรตัดผมสั้น ไม่ควรไว้ผมยาวเพราะผมจะเปราะและร่วงง่าย ถ้าต้องสวมผมต้องระวังในการใช้ผมยืดผม เพราะอาจทำให้เกิดการแพ้ คัน และผมร่วงได้

การดูแลรักษาเล็บมือและเล็บเท้า ต้องได้รับการดูแลให้สะอาด และตัดให้สั้นอยู่เสมอ ก่อนตัดควรแช่น้ำอุ่นให้นุ่มเสียก่อนและควรตัดเล็บให้ตรง การตัดเล็บให้มนโค้งจะทำให้เล็บคุดง่าย เป็นหนองง่าย ถ้าตัดเล็บเองไม่ได้ควรให้ผู้ดูแลตัดให้

การดูแลรักษาความสะอาดเท้า ล้างทำความสะอาดเท้า และเช็ดซอกระหว่างนิ้วเท้าให้แห้งอยู่เสมอ ระมัดระวังอย่าให้เท้าต้องจุ่มอยู่ในน้ำนาน ๆ เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบจากเชื้อรา การนวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้า และสันเท้า รวมทั้งการแช่เท้าในน้ำอุ่น และน้ำเ็นสลับกันทุก ๆ วัน ๆ ละ 10-15 นาที จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดที่ปลายเท้า การสัลดหรือน้ำเท้าอยู่เสมอโดยการเหยียดเท้าและเดิน จะช่วยรักษาให้กล้ามเนื้อของเท้าแข็งแรงมากขึ้น

การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน ปัญหาในการถ่ายปัสสาวะบ่อยจะรบกวนการนอน เพราะทำให้ตื่นบ่อย ดังนั้น ผู้สูงอายุควรถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอน

และลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะช่วยให้ถ่ายปัสสาวะน้อยลง และนอนหลับได้มากขึ้น

การขับถ่ายอุจจาระ ปัญหาสำคัญในการขับถ่ายอุจจาระคือ ปัญหาท้องผูก ซึ่งจะพบได้ง่ายในผู้สูงอายุและเกือบจะถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้าหากขาดความสนใจและมักจะมีปัญหาตามมา การกระทำที่ส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นปกติ คือ

- (1) อาหาร ควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูงเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ ผักบุ้ง ผักคะน้า ผักขม ยอดแค ผักตำลึง ชีเหล็ก มะละกอสุก ถั่วลันเตา ส้ม สับปะรด เป็นต้น
- (2) น้ำ ควรดื่มน้ำให้มากเพียงพอประมาณวันละ 6-8 แก้ว น้ำช่วยในการขับถ่ายของเสีย โดยเฉพาะเวลาอากาศร้อน เหงื่อออกมาก ยิ่งควรดื่มน้ำมาก ๆ
- (3) ส้วม ตัวส้วมไม่ควรอยู่สูงจากพื้นมากเกินไป ทำให้ขึ้นลงลำบาก อาจใช้โถส้วม หรือที่สำหรับครอบบนตัวส้วม เพื่อให้นั่งได้สบาย
- (4) การฝึกหัดออกกำลังกาย สิ่งที่ต้องฝึกเป็นประจำคือการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อตะโพก และการขมิบบริเวณฝีเย็บ เพื่อสร้างความตึงตัว และการหดตัวได้ดีของกล้ามเนื้อทำให้มีกำลังในการขับถ่าย นอกจากนี้การเดินออกกำลังกายจะช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดี และบีบคั้นให้ขับถ่ายได้คล่องขึ้น
- (5) ยาถ่าย ไม่ควรใช้ยาถ่ายโดยไม่จำเป็น เพราะนอกจากจะทำให้ติดเป็นนิสัยแล้ว ยาถ่ายบางชนิด อาจทำให้ร่างกายเสียวิตามินบางชนิดออกมากับอุจจาระ ทำให้ร่างกายขาดวิตามินได้
- (6) มียาหลายชนิดที่อาจเป็นสาเหตุของอาการท้องผูกได้ เช่น ยารักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร ยาแก้ไอ ยาขับปัสสาวะ สากล่อมประสาท เป็นต้น หากพบว่าอาจมีสาเหตุจากยา ควรพบแพทย์เพื่อเปลี่ยนยา

ควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ กาแฟ สุรา และบุหรี่ เนื่องจากคาเฟอีนในกาแฟเป็นสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การดื่มสุรา พบว่า ถ้าดื่มติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง สถิติปัญหาเสื่อม สำหรับการสูบบุหรี่นั้น จะเกิดสารพิษหลายอย่างจากการเผาไหม้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดตีบ หลอดลมอักเสบ เกิดภาวะถุงลมโป่งพอง มะเร็งที่ปอด เป็นต้น ในเรื่องของ การใช้ยาเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก ผู้สูงอายุไม่ควรซื้อสารรับประทานเอง เพราะมีโอกาสเกิดอันตรายได้ง่ายจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ยาระงับปวดอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น ผู้สูงอายุควรรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนด และควรต้องสังเกตตนเองขณะได้รับยา

การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์เพียงพอ ระบบการหายใจของผู้สูงอายุเสื่อมสภาพลงทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรดูแลสุขภาพตนเอง โดยอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเทสะดวก ไม่อยู่ในที่แออัด อับชื้น หลีกเลี่ยงจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

1.2 การหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เบดเวอร์ธ และเบดเวอร์ธ (Bedworth and Bedworth. 1982 : 11) กล่าวว่า ความต้องการของบุคคลอีกประการหนึ่ง คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากแหล่งบริการสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพของชุมชนและสถาบันการศึกษา รู้จักแหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพ มีการเสาะแสวงหาความรู้โดยการสนใจ รับฟังวิทยุ หอกระจายข่าว หรือคู่มือโทรทัศน์ การอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพ การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้าน หรือค้นหาวิธีการปฏิบัติตัวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

1.3 การสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

ผู้สูงอายุต้องประเมินสุขภาพของตนเอง เมื่อสังเกตอาการของโรคประจำตัว และอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบอาการผิดปกติหรือรู้สึกไม่สบาย ต้องรีบรับการรักษาโดยเร็ว ไม่ปล่อยปละละเลยจนกลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น การมีตุ่มก้อน หรือแผลที่ผิวหนัง ช่องปาก มีลักษณะโตขึ้นผิดปกติ มีเลือดออกกระปริบกระปรายน หรือตกขาวทางช่องคลอด เลี้ยงแหบอยู่เสมอ ไอหอบเหนื่อยไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก ท้องอืด เบื่ออาหาร อุจจาระหรือปัสสาวะมีเลือดปน เป็นต้น อาการเหล่านี้แสดงว่าอาจเป็นโรคอะไรบางอย่างในระยะแรกได้

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ

อาหารนับว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมรวดเร็วเกินไป และลดภาวะความรุนแรงของโรคต่าง ๆ จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหาร ตามหลักโภชนาการอย่างเพียงพอ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2523 : 60-63 ; สัจจิรา ผลประไพ. 2538 : 49-52 ; วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. 2533 : 7-8)

2.1 พลังงาน ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมากหรือโรคอ้วน ควรลดการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ อาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมาก เช่น อาหารมันจัด ขนมหวาน และของเชื่อมต่าง ๆ เพราะพลังงานที่ได้รับเกินมานี้จะสะสมในรูปของไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคข้ออักเสบ เป็นต้น ในการลดอาหารก็ต้องคำนึงถึงคุณค่าอาหารด้วยหลักการ คือ พยายามลดเฉพาะไขมันและคาร์โบไฮเดรต แต่ให้คงปริมาณและคุณภาพของโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุไว้

2.2 โปรตีน ผู้สูงอายุกควรได้รับให้เพียงพอ เพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอที่เกิดขึ้นมากในวัยสูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุ ควรได้รับโปรตีนในปริมาณ 0.88 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ถั่วเหลือง ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น ผู้สูงอายุควรดื่มนม วันละ 2 แก้ว ไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องไขมันในเส้นเลือดสูง หรือน้ำหนักตัวมาก อาจดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมถั่วเหลืองแทนได้ และควรหลีกเลี่ยงการกินไข่แดง (สินี โชติบริบูรณ์. 2539 : 3) ควรเลือกกินเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น ถ้ารับประทานโปรตีนมากเกินไป ร่างกายจะสะสมทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ในทางตรงกันข้ามถ้ารับประทานโปรตีนไม่เพียงพอ จะทำให้ร่างกายสลายโปรตีนจากเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้สูญพอมและความต้านทานโรคต่ำ

2.3 ไขมัน ควรรับประทานอาหารไขมันที่ได้จากสัตว์ให้น้อยที่สุด (รวมทั้งไขมันจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม) ซึ่งเป็นอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ไขมันเหล่านี้ทำให้มีการเพิ่มของระดับคอเลสเตอรอลในเลือด จึงทำให้เกิดปัญหาหัวใจขาดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานน้ำมันพืชแทน เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น เพราะมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่สำคัญต่อกรดไลโนเลอิก ซึ่งมีฤทธิ์ลดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ตลอดจนการจับตัวของเกร็ดเลือด และลดความดันโลหิตด้วย

2.4 คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุกควรได้รับในปริมาณที่พอเหมาะ อาหารคาร์โบไฮเดรตที่ควรรับประทานจากข้าว ถั่วสาลี ธัญพืช หรือแป้งอื่น ๆ และน้ำตาลที่ควรรับประทานจากน้ำตาลธรรมชาติ เช่น ผลไม้ หรือนม ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทราย หรือน้ำตาลชนิดอื่นมากเกินไปร้อยละ 15 ของพลังงานทั้งหมด เพราะจะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง และฟันผุได้ง่าย สำหรับน้ำตาลที่ร่างกายของผู้สูงอายุไม่สามารถย่อยได้คือ น้ำตาลจากนมแลคโตส ซึ่งมีมากในนม อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการท้องเดิน ท้องอืด และเป็นตะคริว อาหารบางชนิด เช่น โยเกิร์ต หรือนมถั่วเหลือง อาจนำมาทดแทนนมผงครบส่วนหรือนมสดด้วย

2.5 วิตามินและเกลือแร่

วิตามินที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุคือ วิตามินบี เพราะมีส่วนช่วยในการทำงานของหัวใจและระบบประสาท ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร อวัยวะการย่อยทำงานดีขึ้น การที่ผู้สูงอายุกรับประทานอาหารอ่อน ๆ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟันอาจทำให้การได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผัก ผลไม้สด ดังนั้น ผู้สูงอายุกควรได้กินผักผลไม้ให้เพียงพอ ในแต่

ละวัน สำหรับวิตามินดีนั้น การขาดวิตามินดีจะทำให้เกิดปัญหาโรคกระดูกอ่อน วิตามินดีคือ ผู้สูงอายุควรได้รับแสงแดดอ่อน ๆ ในตอนเช้า และบริโภคอาหารที่มีวิตามินดีสูงได้แก่ ไข่ นม ตับ หรืออาจให้เสริมในรูปของเม็ดยา เช่น วิตามินรวม

เกลือแร่ เกลือแร่ที่ผู้สูงอายุต้องการในปริมาณมาก ได้แก่ แคลเซียม ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมทุกวัน เพื่อชดเชยส่วนที่ถูกทำลายหรือถูกใช้ไป อาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียม ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เป็นต้น สำหรับโซเดียม และโพแทสเซียม ควรได้รับปริมาณที่เหมาะสม ถ้าได้รับโซเดียมในปริมาณที่มาก จะมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าขาดโซเดียมจะมีอาการเป็นตะคริว ในผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำได้ เนื่องจากการเกิดภาวะท้องเสียเรื้อรัง โรคไต โรคเบาหวาน ถ้าผู้สูงอายุได้รับโพแทสเซียมไม่เพียงพอจะทำให้เกิดปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ นม เป็นต้น

2.6 เส้นใยอาหารเป็นสารอาหารที่ได้จากพืชและผักทุกชนิด ซึ่งน้ำย่อยไม่สามารถย่อยได้ ผู้สูงอายุควรได้รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง ทั้งนี้ เนื่องจากใยอาหารสามารถลดอัตราการดูดซึมของน้ำตาลจากลำไส้ ลดความต้องการอินซูลิน และทำให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น ลดปริมาณอาหารที่รับประทานยังใช้รักษาและป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พิชรี ต้นลิรี. 2536 : 424) ช่วยให้อุณหภูมิร่างกายไม่สูง และป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ เป็นต้น ในทางตรงกันข้าม หากรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อย จะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น ท้องผูก ริดสีดวงทวาร โรคอ้วน ไขมันในเส้นเลือดสูง เบาหวาน (สุจิตรา ผลประไพ. 2538 : 50)

2.7 น้ำ ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยประมาณ วันละ 6-8 แก้ว เพราะน้ำช่วยให้ระบบการขับถ่ายคล่องตัว ท้องไม่ผูกช่วยการทำงานของไต และช่วยให้สารอาหารต่าง ๆ กระจายไปยังเซลล์ทั่วร่างกายได้ และควรดื่มน้ำผลไม้ระหว่างมื้อ เช่น น้ำส้มคั้น น้ำมะนาว เป็นต้น ไม่ควรดื่มน้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม

หลักการจัดอาหาร อาหารควรมีลักษณะเคี้ยวได้ง่าย เช่น มีลักษณะนิ่ม ไม่เหนียว ไม่แข็ง ควรจัดอาหารที่มีน้ำอยู่ด้วยทำให้กลืนสะดวก และได้รับน้ำเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุควรจะได้รับประทานอาหาร วันละ 5-6 ครั้ง มีของน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ไม่ควรให้อิ่ม จัดอาหารมื้อสำคัญควรเป็นมื้อเช้าและเที่ยง อาหารเย็นไม่ควรเป็นอาหารที่หนัก อาหารประเภทข้าวต้มเหมาะสำหรับมื้อเย็นมาก จะย่อยง่ายท้องไม่อืดในตอนกลางคืน นอกจากนั้นควรมีอาหารว่างแทรก ระหว่างมื้อใหญ่ และมีผลไม้ก่อนนอนจะทำให้มีความสดชื่นแจ่มใสขึ้น รวมทั้งเป็นการป้องกันท้องผูกไปในตัว

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน

การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่ง ที่ใช้เพิ่มความสามารถ และความสมบูรณ์ของร่างกายให้กับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้หัวใจ ปอด หลอดเลือด ชักต้อต่าง ๆ และอวัยวะต่าง ๆ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อแข็งแรง มีการทรงตัวดี ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงาน ระบบขับถ่ายทำงานดี ท้องไม่ผูก ชลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ นอนหลับได้ดี ช่วยให้อาการของโรคบางชนิดทุเลา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต เพิ่มกำลังใจ ลดอาการซึมเศร้า (ดำรง กิจกุลศ. 2531 : 13-18) วิธีการออกกำลังกาย ควรจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจอย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พิชรี ต้นศิริ (2536 : 504) ได้เสนอแนะวิธีการออกกำลังกายโดยทั่ว ๆ ไป สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริหารทั่ว ๆ ไป มวยจีน เดินเร็ว การเล่นเกมกีฬาบางประเภท เช่น เปตอง รำไทย แอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุให้เกิดการออกกำลังกายเป็นประจำวัน หรือทำงานอดิเรก เป็นต้น และควรออกกำลังกายทุกวัน เช่น การเดินเล่น เหยียดแขน (กัญวลัย ขาวสำอางค์. 2535 : 37) ควรออกกำลังกายกลางแจ้งวันละ 30-40 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง สิ่งที่ไม่ลืมทุกครั้งที่ออกกำลังกายคือ การเตรียมร่างกายด้วยการอบอุ่นร่างกาย ยืดกล้ามเนื้อประมาณ 15 นาที ก่อนออกกำลังกายและเมื่อจบการออกกำลังกายแล้วต้องทำการคลายกล้ามเนื้อ ประมาณ 15 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2539 : 9) หลังจากหยุดกิจกรรมออกกำลังกายใหม่ ๆ ไม่ควรนอนอาบน้ำ หรือดื่มน้ำเย็นทันที ควรนั่งพัก เพื่อให้ร่างกายได้ปรับอุณหภูมิ การหายใจ และความตึงเครียดให้เข้าสู่ภาวะปกติ

ผู้สูงอายุควรหยุดการออกกำลังกายเมื่อพบว่า มีชีพจรสูงสุด (Maximum pulse rate) ระหว่างออกกำลังกาย = $(220 - \text{อายุ}) \times 0.8$ (วรรณเพ็ญ อินทรแก้ว. 2540 : 6) หรือมีอาการดังต่อไปนี้ เหนื่อยมาก หายใจไม่เต็มอิ่ม ง่วงนอน เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้ ตามืด เหงื่อออกมาก ตัวเย็น รู้สึกหั่นไหวโดยหาสาเหตุไม่ได้ หยุดไม่ทันตะกุกตะกัก หัวใจเต้นแรง แม้ว่าจะหยุดพักแล้วประมาณ 10 นาทีก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติดังกล่าวต้องหยุดการออกกำลังกาย และปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายควรคำนึงในการดูแลแนะนำของแพทย์ด้วย

สำหรับกิจกรรมการพักผ่อนนั้น เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ และก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น การทำงานอดิเรก ปลูกต้นไม้ ทำสวน เลี้ยงสัตว์

การอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือ ชมรายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ เป็นต้น การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ จะทำให้มีสุขภาพดี

4. รูปแบบการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนร่างกายที่ดีที่สุด และเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อป้องกันอันตรายเนื่องจากความเหน็ดเหนื่อย รักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต ขณะเดียวกันก็เป็นการฟื้นฟูสะสมพลังกำลังร่างกายให้พร้อม สำหรับกิจกรรมในแต่ละวันต่อไป (เพ็ญศรี ลีวารินทร์พาณิชย์. 2538 : 61) เป็นการช่วยคลายความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ รูปแบบการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ กล่าวคือ ระยะชั่วโมงการนอนสั้นลงง่าย หลับยากและชอบจับตอนกลางวัน ตามความจริงแล้วผู้สูงอายุไม่ต้องการนอนมากนัก เพราะไม่ได้ใช้กำลังมาก ผู้สูงอายุต้องการนอน 6-7 ชั่วโมงก็เพียงพอ (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 45) และจะมีการพักในช่วงกลางวัน เพิ่มมากขึ้นตามอายุ การนอนพักกลางวันจะช่วยให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้พักผ่อน และยังเป็นการชดเชยที่นอนไม่หลับในเวลากลางคืนด้วย การนอนพักกลางวันแต่ละครั้งอาจใช้เวลา ประมาณ 15-60 นาที พฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลับได้ดี มีดังต่อไปนี้ (เพ็ญศรี ลีวารินทร์พาณิชย์. 2538 : 61)

(1) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม นอนในที่อากาศโปร่งถ่ายเทได้สะดวก ถ้าเป็นห้องปรับอากาศ ควรมีพัดลมดูดอากาศออก อุณหภูมิในห้องไม่ร้อน หรือเย็นเกินไป ลมเย็น อาจทำให้ระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เป็นเหตุให้อาเจียน และนอนไม่หลับสนิท ปราศจากเสียงรบกวน ที่นอนหมอน ผ้าห่ม แห้งและสะอาด

(2) ทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน

(3) ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนเข้านอน เช่น นมสด หรือน้ำผลไม้ ควรดื่มน้ำอุ่นก่อนเข้านอน จะทำให้หลับสบาย

(4) การออกกำลังกายหรือเปลี่ยนอิริยาบถอย่างพอเหมาะในตอนกลางวัน จะช่วยให้หลับสบาย หากจะงีบหลับในตอนกลางวันก็ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง

(5) ไม่ควรกินยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็น เพราะฤทธิ์ของยาจะไปขัดระยะของการหลับทำให้หลับได้ไม่เต็มที่ ควรใช้เมื่อจำเป็นและอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์

(6) รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้หลับสบาย

(7) ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์หรือทำสมาธิ จิตใจที่สงบปราศจากความกังวล จะทำให้หลับสบาย ไม่ฝันร้ายและนอนได้เต็มที่

(8) ทำนอนที่เหมาะสมจะทำให้หลับได้เร็วและสบาย ควรเป็นทำนอนที่ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายเต็มที่ ที่นอนและหมอนสามารถรองรับส่วนต่าง ๆ การนอนหลับที่นอนหน้าหงายหรือหมอนสูงเกินไปจะทำให้ไม่สบาย เส้นเลือดหักงอ การไหลเวียนโลหิตไม่ดี มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ดังนั้นจะเมื่อยขาได้ ทำนอนที่เหมาะสม คือ ทำนอนหงายใช้หมอนทั้งใบใหญ่หนุนใต้โคนขา จะช่วยให้กระดูกสันหลังแบนราบ หรือนอนตะแคงให้ขาล่างเหยียดตรง ขาบนงอ สะโพกและเข่ากอดหมอนข้างไว้ หรือให้โค้งเล็กน้อย

5. การจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคทางกายและจิต เมื่อเกิดความเครียดจิตใจของเราจะทำหน้าที่ปกป้องตนเอง และจะหาวิถีในการลดหรือจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น การจัดการความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายาม ระวัง แบ่งเบา หรือจัดสิ่งที่มาคุกคามที่อาจจะประกอบด้วย พฤติกรรมที่เปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ได้ (Garland and Bush. 1982 : 6) พฤติกรรมเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคล และเมื่อมีการคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือมีสิ่งกระทบจิตใจ ก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้น เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ (Clark. 1987 : 671) อาจสรุปได้ว่า การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ เป็นแบบแผนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในการที่จะระวัง แบ่งเบา หรือจัดสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางบวก เช่น เกิดความมุ่งมั่นที่เผชิญกับสภาพการณ์ การหาข้อมูลข่าวสารจากบุคคลอื่น การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น หรือเกิดพฤติกรรมทางลบ เช่น ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยเมย แยกตัวเองจากครอบครัว และสังคม เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อไป ดังจะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดในทางบวก มีประสิทธิภาพความเครียดที่เหมาะสมก็จะเป็นผู้ที่ไม่เกิดความยุ่งยากใด ๆ จากปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นปกติและเป็นสุข

หลักสำคัญในการช่วยจัดการความเครียด มีดังต่อไปนี้ คือ

(1) มีการวางแผนชีวิตของตนเอง ตั้งแต่หนุ่มสาว เช่น เรื่องการเงิน ที่อยู่อาศัยจะอยู่กับใคร การเตรียมรับสภาพหลังการปลดเกษียณ เป็นต้น

(2) การมีเจตคติ และภาพพจน์ของตัวเองในด้านบวก พอใจในความสุข และสิ่งที่ตนมีอยู่ การยอมรับว่าวัยหรืออายุที่ต่างกันจะมีบทบาท คุณภาพ ความสามารถ ความพึงพอใจที่ต่างกัน การคาดหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ หรือปราศจากเหตุผลอาจก่อให้เกิดความเครียดได้ ถ้าไม่เป็นไปตามที่หวัง

(3) การสร้างทัศนคติในทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต หรือการมองโลก และสังคมในแง่ดี

(4) แก้ปัญหาเมื่อสภาวะทางอารมณ์มีความเข้มแข็งขึ้น ค้นหาเป้าหมายในการแก้ปัญหา หรือการปฏิบัติต่าง ๆ

(5) วิเคราะห์อะไรเป็นสาเหตุของความเครียด และพยายามลดผลกระทบจากสิ่งเร้า อ้อ่าให้การแก้ไขความเครียดกลายเป็นความเครียดต่อไป

(6) รู้จักตนเอง ยอมรับพฤติกรรมการตอบสนองบางลักษณะของตน เช่น ความโกรธ ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ควรค้นหารูปแบบการจัดความเครียดที่เหมาะสมที่ทำให้ตนเองรู้สึกสบายที่สุด

(7) เก็บรักษาบางสิ่งบางอย่างที่ดีไว้ เช่น ความเชื่อทางศาสนา เพราะอาจให้เป็นศูนย์กลางของชีวิตที่สามารถค้นพบความสุขได้

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 34-36) และ สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2538 : 45-47) ได้เสนอแนะการจัดความเครียด ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

(1) การทำสมาธิ เป็นการกระทำเพื่อให้จิตใจและร่างกายปราศจากความทุกข์ หรือทำให้ระดับความเครียดลดลงต่ำ ในขณะที่ทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง รวมถึงการมีสมาธิในการแก้ปัญหา หรือการทำสมาธิด้านการเคลื่อนไหว โดยไม่มีความตึงทางอารมณ์ โดยมุ่งสนใจที่จะนำกิจกรรมนั้น ๆ ให้เสร็จ เช่น การล้างจาน การขับรถ การทำงานบ้านต่าง ๆ การทำโยคะ

(2) การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจัดความเครียดในชีวิตประจำวัน และส่งเสริมความผาสุก เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ การทัศนศึกษา เป็นต้น

(3) การผ่อนคลายแบบก้าวหน้า คือ เกร็งกล้ามเนื้อและปล่อยให้เกิดคลายตัวในบริเวณกล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อแขน ข้อต่อบริเวณไหล่และกล้ามเนื้อหน้า การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะแห่ง เพื่อกระตุ้นให้ประสาททำงานแรงขึ้นและคลายตัว โดยวิธีนี้สามารถจัดโรคนอนไม่หลับ ลดความดัน ลดขบวนการคิดและอารมณ์ และเพิ่มการปรับตัวภายใต้ ความเครียดที่ยังไม่แสดงอาการได้

(4) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น วางแผนว่าวันนี้จะทำอะไรบ้าง จัดเวลาสำหรับการพักผ่อน จัดเวลาแต่ละวันสำหรับทำเรื่องส่วนตัว

(5) การนอนหลับ เป็นวิธีธรรมดาที่ดีที่สุด ทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลงจึงเป็นการลดความเครียดด้วย

(6) หลีกเลียงจากการวิจารณ์ผู้อื่น เพราะการวิจารณ์นั้นไม่ว่าจริงหรือเท็จ ย่อมทำให้เกิดความเครียดขึ้นในตัว คนที่ถูกวิจารณ์จะไม่พอใจจึงอาจเกิดการทะเลาะวิวาทได้

(7) การระบายออกเมื่อมีปัญหา จงระบายความทุกข์ให้ผู้ที่เราไว้วางใจฟังจะช่วยเหลือ ...
เครียดลดลงอาจพบทางที่จะแก้ปัญหาได้ หรือหาทางระบายอารมณ์ ด้วยวิธีที่เหมาะสม และสังคม
ยอมรับ เช่น การออกกำลังกาย

(8) ใช้กลไกทางจิต แต่พอดีและถูกต้องจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด ซึ่งจะช่วยให้
ผ่อนคลายความเครียดลงได้บ้าง เช่น การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscense)

(9) การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร เพื่อแก้ไข
ปัญหา การยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างตามสมควร หรือการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งจะ
ช่วยให้รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น

6. การตระหนักและยอมรับในความเป็นคุณค่าแห่งตน

เป็นความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และเป็นสิ่งที่แสดงถึงเป้าหมายสุดท้ายของ
พัฒนาการของบุคคลเกิดขึ้น พร้อมกับกระบวนการเจริญเติบโตที่ประหลาดกัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ
สติปัญญา และวัฒนธรรม ในบางคนการก้าวไปสู่ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงอาจถูกขัดขวางซึ่ง
เป็นผลจากการขัดขวางการเจริญเติบโต เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย บุคลิกภาพ และภาวะ
ไม่สมบูรณ์ (สุภารัตน์ ขวัญเงิน, 2537 : 26 ; อ้างอิงมาจาก Maslow, 1954)

นวลละอ อสุภผล (2537 : 271) กล่าวว่า ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงเป็นความต้องการ
ขั้นสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความต้องการในลำดับขั้นก่อน ๆ ได้ทำให้เกิดความ
พึงพอใจอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ที่ทำให้บุคคลมีความกระตือรือร้น
มองการณ์ไกล และมองโลกในแง่ดี มีความรับผิดชอบและมีวินัยในตนเองในการที่จะกำหนด
จุดมุ่งหมายของตนเอง และรู้สึกมีความสุขที่จะแสดงพฤติกรรมอันถูกต้องเหมาะสม

(Pender, 1987 : 141)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในการตระหนัก และยอมรับในความเป็น
คุณค่าแห่งตน มีได้ดังนี้คือ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2531 : 103-110 ; อ้างอิงมาจาก
Maslow ; รังสิต ธรรมะฤกษ์, 2533 : 313)

(1) รับรู้ความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเผชิญกับความไม่แน่นอนต่าง ๆ
เช่น บทบาท รายได้ และภาวะสุขภาพ รู้จักปรับตัวให้เข้ากับความเป็นจริง

(2) ยอมรับตนเอง ยอมรับบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมในสภาพที่เป็นอยู่ โดยการยอมรับ
ความเสื่อมโทรมของร่างกาย ความแตกต่างระหว่างบุคคล การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม รู้จัก
ช่วยเหลือตนเองในขอบข่ายที่เหมาะสม รู้จักรักผู้อื่นและให้ผู้อื่นรักตลอดจนแสวงหาความพอใจจาก
สภาพที่เป็นอยู่

(3) มีการแสดงความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา หรือแสดงความคิดเห็นโดยไม่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง มีการวางตัวได้เหมาะสมถูกต้องตามกาลเทศะ

(4) เอาใจใส่ต่อสวัสดิภาพของมนุษย์ และห่วงใยในอนาคตของมนุษยชาติ มีความห่วงใยในสังคมและประเทศชาติ ห่วงใยในสภาพแวดล้อม ฯลฯ ให้ความร่วมมือในการทำประโยชน์ต่อส่วนรวม และเป็นตัวอย่างที่ดี

(5) มีความประทับใจในประสบการณ์พื้นฐานอย่างลึกซึ้ง และนำประสบการณ์เหล่านั้นถ่ายทอดให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

(6) สร้างสัมพันธะระหว่างบุคคลด้วยความพอใจ และจริงใจในกลุ่มคน 2-3 คน มากกว่าคนส่วนใหญ่ในสังคม มีบุคคลใกล้ชิดที่จะปรึกษาหรือรับความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

(7) เข้าใจชีวิตจากโลกทัศน์ที่มีเป้าหมาย มีความคิดสร้างสรรค์ ต่อต้านการยึดรูปแบบพิธีที่ขัดต่อความก้าวหน้า

(8) ไม่ติดพันสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือบุคคลใดมากเกินไป ต้องการอยู่คนเดียวบ้าง

เจก ธนะสิริ (2540 : 117) ได้เสนอแนะการให้ชีวิตลี้ลับมีคุณค่าไว้ ดังนี้ ได้แก่ การถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับลูกหลาน การเข้ากลุ่มชมรมเพื่อไม่ให้เกิดความเหงา เข้าวัดพูดคุยกับพระไปเที่ยวนอกบ้านอาจเป็นต่างประเทศ หรือในประเทศตามฐานะ และทำหน้าที่ต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ เช่น ทำหน้าที่ของดาวยาน หน้าที่ของสามี ภรรยา เป็นต้น

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

จากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมถอยของผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาวะต่าง ๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัว ด้านสังคม และหน้าที่การงานไปจากเดิม ผู้สูงอายุควรตั้งจุดมุ่งหมายเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง และเป็นไปในทางบวก

สาธิต ภานุมาศมณฑล (2534 : 48) กล่าวว่า ถ้ารู้สึกว่าเป็นเป้าหมายสุดท้ายของเขา คือ ความตายจะทำให้เขามีพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่ความตายโดยไม่รู้สึกตัว จากความรู้สึกว่าชีวิตมีค่านึงก็จะไม่สามารถมองเห็นได้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร ดังนั้น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตจึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิตมี 2 ระยะ คือ จุดมุ่งหมายระยะสั้น และจุดมุ่งหมายระยะยาว

จุดมุ่งหมายระยะสั้นเป็นจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ภายใน 3-6 เดือน เช่น การเขียนบันทึกสมุดประจำวันทุก ๆ ด้าน การเขียนจดหมายถึงเพื่อน การอ่านหนังสือ การเดินทางใกล้ ๆ การ

โทรทัศน์คุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน การทำกิจกรรมทางศาสนาที่วัด เป็นต้น ซึ่งในบางครั้งเรื่องเหล่านี้ผู้สูงอายุจะไม่สนใจ เพราะสนใจแต่เฉพาะปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอยู่เท่านั้น

จุดมุ่งหมายระยะยาว เป็นแผนที่กำหนดเวลา 6 เดือน 1-5 ปี เช่น การเดินทางไกล การเขียนประวัติครอบครัวให้ลูกหลานอ่าน การเขียนหนังสืออย่างต่อเนื่อง การเข้าร่วม และช่วยเหลือกิจการกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การให้ความช่วยเหลืออุปการะผู้อื่น เป็นต้น

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและมีการแบ่งปัน เป็นความรู้สึกที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นปกติสุข (Beare and Myers. 1990 : 409) โดยบุคคลที่ถูกรอบตัวผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำหน้าที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนความช่วยเหลือ ความอบอุ่น ความสนใจ ความรัก และแม้แต่การพบปะสนทนากัน ดังนั้น เครือข่ายทั้งหมดของบุคคลจึงเป็นแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532 : 229) กล่าวว่า การขาดการสนับสนุนที่ดีจากสังคมจะทำให้มนุษย์เกิดโรคได้ง่าย และในทางตรงกันข้ามถ้ามนุษย์ได้รับการสนับสนุน เอาใจใส่จากสังคม จะทำให้มีสุขภาพดีและมีอายุยืน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งร่วมวัยและต่างวัยจนลบล้างความเหงาจากวงสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้อง แม้ว่าศูนย์กลางของสัมพันธภาพทางสังคมจะเน้นในครอบครัวก็ตาม การร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษ และงานอดิเรก เป็นหนทางสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลด้วย

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532 : 229) ได้เสนอแนะวิธีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดังนี้ คือ

(1) การติดต่อกับผู้อื่นเป็นการร่วมกิจกรรมกับบุคคลต่าง ๆ เช่น เพื่อนบ้าน หรือการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ชอบ และเห็นว่าจะทำประโยชน์แก่สังคมได้ตามความรู้ ความสามารถ ร่วมกิจกรรมของชุมชนตามแต่โอกาสจะเอื้ออำนวย

(2) ติดต่อกับผู้ใกล้ชิด ควรพยายามหาผู้ใกล้ชิด เพื่อจะได้ปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ ควรไปมาหาสู่ญาติ หรือมีการติดต่อกันเป็นประจำโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การเขียนจดหมาย การพูดคุยทางโทรศัพท์ เชิญญาติมาที่บ้านหรือไปเยี่ยมบ้านญาติ หรือชวนร่วมเดินทางไปพักผ่อนหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน

(3) ความเป็นเพื่อนควรคงความเป็นเพื่อน โดยการติดต่อกับเพื่อนเก่าด้วยการเขียนจดหมาย โทรศัพท์ ส่งของขวัญวันเกิด ในวัยสูงอายุเพื่อนรุ่นเดียวกันมักจะเสียชีวิตทำให้จำนวนบุคคลในกลุ่มเพื่อนลดจำนวนลง การสร้างเพื่อนใหม่จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อขยายวงสังคมให้กว้างขึ้น เพื่อนของผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อกันและกัน โดยเฉพาะความเป็น

เพื่อนกับผู้ที่วัยต่างกันในทุกๆปีด้วยกันนั้นมีความสำคัญมาก หลาน ๆ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขขึ้น ร่าเริง และยังทำให้ความเป็นครอบครัวมีความเชื่อมโยงกันด้วย

(4) การติดต่อกับสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ การใช้เวลาว่างในการทำสวน ปลูกผัก เลี้ยงสัตว์จะช่วยให้ชีวิตมีความสุขโดยที่มีเพื่อน ได้รับความสุขสดชื่น จากการได้เห็นการเจริญเติบโต งอกงามของพืช หรือสัตว์นั้น ๆ

(5) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ศาสนาเป็นเครื่องช่วยให้มนุษย์ได้ยึดเหนี่ยว เพื่อเปลี่ยนจากการที่เป็นเพียงแต่มนุษย์มีชีวิตอยู่ให้เป็นการมีชีวิตอยู่อย่างมีจุดหมาย และกลุ่มคนต่างมีความสำคัญ กิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคมได้ปกติสุข

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกาย การทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทไม่สมบูรณ์ การควบคุมกล้ามเนื้อ และการทำงานของระบบประสาทสัมผัสไม่สัมพันธ์กัน การรับรู้ทางประสาทสัมผัสช้า การทรงตัวไม่มั่นคง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสได้รับผลกระทบสุขภาพจากสภาพที่อยู่อาศัย อากาศ แสง เสียงและสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็สามารถที่จะเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และหลีกเลี่ยงผลกระทบจากสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวนั้นได้ เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตน

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ต้องจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ การจัดสถานที่อยู่อาศัยให้สะดวก เป็นระเบียบเรียบร้อย ซึ่งจะทำให้ผู้ที่อยู่อาศัยเกิดความรู้สึกสบาย ปลอดภัย และรู้สึกปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ในสถานที่พักอาศัย การทำกิจกรรมหรือพักผ่อนในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ภูมิทัศน์สวยงามและมีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดินและบันได สวิตช์ไฟต้องอยู่ข้างประตูห้องทุกห้อง และควรมีสวิตช์บริเวณหัวเตียง และควรเป็นแบบสะท้อนแสง พื้นห้องหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่ลื่น และไม่ควรใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นทำให้ลื่นได้ ห้องน้ำต้องวางพรมหรือวัสดุกันลื่นในอ่างน้ำ หรือบนพื้นที่อาบน้ำ มีม้านั่งสำหรับนั่งอาบน้ำ รวมทั้งมีราวจับข้างที่อาบน้ำและควรผูกสับติดกับเชือก เพื่อป้องกันลื่นหลุดจากมือ และต้องก้มลงเก็บทำให้มีโอกาสลื่นล้มได้ การสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับภูมิอากาศ เช่น การอยู่ในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ ไม่ควรอยู่อาศัยในที่ที่มีเสียงรบกวนจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เสียงที่มีความดังเป็นระยะติดต่อกันยาวนานหรือเสียงที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตน การขึ้นลงบันได ต้องจับราวบันไดให้แน่นค้อย ๆ เดินขึ้นไปสิ่งที่ห้ามทำเด็ดขาด คือ กระโดดขึ้นบันไดไปกับหลาน ๆ การใช้ยาเวชภัณฑ์ให้ปลอดภัย ควรแยกเก็บยา และเวชภัณฑ์ไว้ในตู้เฉพาะที่จัดไว้ และยาทุกชนิดต้องบอกสรรพคุณ ขนาดและวิธีใช้ไว้ให้

เรียบร้อย การใช้เตาแก๊ส เมื่อปิดเตาแก๊สแล้วต้องตรวจตราอีกครั้งหนึ่ง เพื่อความมั่นใจว่าปิดเรียบร้อย หรือยังการป้องกันภัยจากสัตว์อื่น ๆ คือ การจัดบ้านเรือน และบริเวณบ้านให้สะอาด เพื่อไม่ให้เป็นที่อาศัยของงู ตะขาบ แมงป่อง และแมลงอื่น ๆ ดูแลสัตว์เลี้ยงใกล้ชิดและมีกรงขัง ควรสวมรองเท้า หรือสิ่งป้องกันภัยจากสัตว์ต่าง ๆ และคำเตือน สำหรับอุบัติเหตุนอกบ้าน ผู้สูงอายุ ควรป้องกันโดยควรสวมรองเท้าหุ้มส้น ควรต้องมองพื้นตลอดเวลาที่ก้าวเดินถ้าให้ไม้เท้าต้องมีความยาวพอเหมาะ และมีพนักลื่นที่ปลายไม้เท้า ถ้าขับรถควรขับรถให้ช้าลงควรขับรถในเวลากลางวัน ดีกว่ากลางคืน และไม่ควรขับรถเป็นระยะทางไกล ๆ

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีจะต้องยอมรับ และมีการใช้บริการสุขภาพทางการแพทย์ โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการป้องกันการเจ็บป่วยระดับต้น เป็นการช่วยค้นหาสมมติฐานของโรค ทำให้สามารถทำการรักษาและบำบัดได้ทันทั่วทั้งที่และยังเป็นการช่วยให้สามารถตรวจพบภาวะโรคแทรกซ้อน และความผิดปกติต่าง ๆ ที่จะเป็นสาเหตุให้สุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมลงได้เร็วขึ้น สิ่งสำคัญ คือ เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และทำให้ได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และสิ่งที่ควรตรวจ คือ (เกษม ต้นติผลาชีวะ และ กลุยา ต้นติผลาชีวะ. 2528 : 70-73)

(1) การตรวจความดันโลหิต เป็นการตรวจความดันโลหิตเบื้องต้น หรือภาวะลูกกลามของโรคความดันโลหิตสูง

(2) การตรวจปัสสาวะและเลือดเป็นการตรวจเพื่อสืบค้นการเป็นโรค เช่น เบาหวาน โรคไต ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยเอง

(3) การตรวจสอความผิดปกติของ ตา หู และฟัน ควรพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน อย่างน้อยเพื่ออุดหินปูน และตรวจสุขภาพทั่วไปของฟัน

(4) การเอ็กซเรย์ เพื่อดูสภาพปอด และหลอดลม เฉพาะในรายที่สูบบุหรี่ หรือมีอาชีพต้องสัมผัสกับฝุ่นละอองหรือสารพิษ เพื่อตรวจหารอยโรคที่ปอด มะเร็ง และวัณโรค

(5) การตรวจหัวใจด้วยการฟัง หรือตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ เพื่อดูสภาพการทำงานของหัวใจ การตรวจนี้ขึ้นกับการวินิจฉัยของแพทย์

(6) การตรวจเฉพาะ เช่น ในผู้ชาย ควรตรวจความผิดปกติของต่อมลูกหมาก ส่วนผู้หญิงควรตรวจหาความผิดปกติทางนรีเวช เช่น มะเร็ง มดลูกเคลื่อน หรือความผิดปกติอื่น ๆ

(7) ตรวจประเมินสุขภาพจิต กรณีที่มีความเครียดหรือเมื่อมีปัญหาทางจิตใจ

นอกจากการตรวจสอบสภาพอย่างสม่ำเสมอแล้ว ผู้สูงอายุควรมีพฤติกรรมในการเสาะแสวงหาความรู้ และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อการสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดี เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องสุขภาพ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การเข้าร่วมโปรแกรมต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลในระบบบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

การรับรู้การควบคุมสุขภาพ

การรับรู้การควบคุมสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองหรือได้รับอิทธิพลจากผู้อื่น และ/หรือเป็นผลของความบังเอิญ โชคชะตา ซึ่ง รอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 1) เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตน (Locus of control) ความเชื่อเป็นความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจที่ฝังแน่นที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต. 2526 : 814) เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น ๆ จึงไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง (Rokeach. 1970 : 214)

ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน (Locus of control) มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning) ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมอันหนึ่งจะเกิดความคาดหวังว่า จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม และถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้ จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าเป็นไปในทางตรงข้ามก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง ความคาดหวังนี้เกิดขึ้นกับพฤติกรรมหนึ่งก่อนแล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมอื่น ๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าพฤติกรรมของบุคคลได้รับการเสริมแรงบอัส ๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากทักษะ หรือความสามารถของตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมไม่ได้รับการเสริมแรงจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ได้รับนั้น ไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชคชะตา ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น (Rotter. 1966 : 2)

ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน จะเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่ บุคคลอยู่ในวัยเด็ก และมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัย ความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีสูงสุดในวัยกลางคน หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงในวัยชรา และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมจึงน้อยลงและเริ่มเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น จากการศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดส ลินน์ และฮันเตอร์ (Linn and Hunter. 1979 : 46) พบว่า ตัวแปรที่แยกให้เห็นความแตกต่างชัดเจนระหว่างกลุ่มการรับรู้ความชรา คือ ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตน กล่าวคือ

ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตจะมีความเชื่ออำนาจภายใน และผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตจะมีความเชื่ออำนาจภายนอก นอกจากนั้นความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอก จะเปลี่ยนแปลงหรือคงที่นั้น จะขึ้นกับสภาพแวดล้อม ฐานะเศรษฐกิจ และประสบการณ์ โรบินสัน และเชฟเวอร์ (Robinson and Shaver. 1980 : 171-173) กล่าวว่า ประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอก แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ประสบการณ์ที่สำคัญในอดีต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ในระยะเวลาที่จำกัด เช่น การตายจากบุคคลผู้เป็นที่รัก อุบัติเหตุ เป็นต้น และประสบการณ์สิ่งสมในอดีตเป็นประสบการณ์ที่เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในภายนอก

วอลสตัน และคณะ (Wallston et al. 1978 : 160-170) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกด้านสุขภาพขึ้นใหม่ เรียกว่า เครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimensional health locus of control) แบ่งความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอก ออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ (Internal health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้ โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful others health locus of control) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้บุคคลสุขภาพดี หรือเป็นผู้ควบคุมสุขภาพตนและเชื่อว่า การพบเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นวิธีที่ดีที่สุด ในการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาสุขภาพ (Change health locus of control) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่า สุขภาพ หรือความเจ็บป่วย เกิดจากโชค เคราะห์ ความบังเอิญ ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้

การรับรู้การควบคุมสุขภาพ หรือความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอก ด้านสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender. 1987 : 611) ในปี 1981 วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1981 : 227-234) ได้รายงานถึงความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกด้านสุขภาพว่า สามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทั่วไปทั้งในยามปกติ และเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่อนี้มาทำนาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตาม นัดไปพบแพทย์ หรือทันตแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพเป็นระยะ การควบคุมอาหารได้เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน และออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

และการใช้เข็มขัดนิรภัย และพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ นอกจากนั้นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นผู้ที่สนใจต่อสุขภาพ สามารถจะปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่แข็งแรง สมบูรณ์ อ่อนนุ่ม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งแตกต่างไปจากผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน มักจะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับโชคเคราะห์กรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น ไม่สนใจใฝ่หาความรู้ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค (Strickland. 1978 : 1192-1205) ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตน นอกจากจะมีผลต่อสุขภาพทางร่างกายแล้วยังมีความสัมพันธ์กับความเครียด (Stress) และการเผชิญต่อความเครียด (Coping) ซึ่งเป็นผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลอีกด้วย เรย์ (Ray) พบว่าผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตน เมื่อพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดแล้ว จะพยายามค้นหาข้อเท็จจริง และแก้ไขสถานการณ์นั้น ในขณะที่ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตนจะยอมรับเหตุการณ์ โดยไม่คิดจะแก้ไข (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 31) โทมัส และฮูเปอร์ (Thomas and Hooper. 1983 : 12) ได้กล่าวว่าการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า คนที่เชื่ออำนาจภายในตน จะมีความสามารถเฉพาะตัวที่จะเข้าสังคม มีเพื่อนฝูงได้ดีกว่าผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ทำให้เผชิญภาวะเครียดได้ดีกว่าสามารถควบคุมสุขภาพของตนได้จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่น และความรู้สึกที่จะรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง และ เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 61) ได้เสนอแนวคิดที่สอดคล้องกันว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หรือรับรู้ว่าคุณค่าการควบคุมสุขภาพอยู่ในตน จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ในผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าคุณค่าการควบคุมสุขภาพอยู่ในตน จะเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวได้ดี สามารถควบคุมสุขภาพต่าง ๆ ได้ โดยมีพฤติกรรมของตนเองอย่างมีเหตุผลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งเชื่อว่าปัญหาสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากเป็นความบังเอิญ หรือโชคเคราะห์ ทำให้ผู้สูงอายุปล่อยปละละเลยต่อปัญหาสุขภาพ ไม่พยายามแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาของตน สปีค (Speak. 1987 : 25-30) พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สปีค โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93-100) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกลักษณะในครอบครัว ชุมชนและ

สังคม (Orem. 1980 : 71) ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ทำงานนอกบ้าน ออกสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ที่ต้องดูแลบ้าน ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพในบางประเด็นจึงมีผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จากการศึกษาของ มุห์เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman. 1988 : 637-646) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ จอห์นสัน (Johnson. 1991 : 15-19) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศชายแต่จากการศึกษาของ จันทนา กาญจนพำ (2529 : 53) พบว่า เพศชายมีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าเพศหญิง และจากการศึกษา ของ ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534 : 122) ดวงพร รัตนอมรทัย (2535 : 123) ที่พบว่า ผู้สูงอายุชาย มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพราะอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถ ในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ และเป็นข้อกำหนดความต้องการ ในการดูแลตนเองทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแลของบุคคลนั้น ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติ หรือภาวะเจ็บป่วย (Orem. 1985 : 255-256) ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล ผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Hanlon and Pickett. 1984 : 433-434) จากการศึกษาของทิพวัลย์ ชาวสำอางค์ (2535 : 160) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน และดวงพร รัตนอมรทัย (2535 : 114) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต หรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับ ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534 : 122) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นรากฐานที่จำเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ถ้าขาดความรู้บุคคลก็ไม่สามารถจะตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ไม่สามารถทำงานเพื่อเพิ่มพูนรายได้ และไม่สามารถจะแก้ปัญหาสุขภาพได้ (นิรนาท วิกษิตคณิศร. 2534 : 22 อ้างอิงมาจาก ณรงค์ เทียนส่ง. 2519) การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตมีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ เป็นผลทำให้บุคคลมีการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก นอกจากนี้การศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Muhlenkamp and Sayles. 1986 : 336) ดังนั้น บุคคลที่มีการศึกษาสูงจึงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) จากผลการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับของ ดวงพร รัตนอมรทัย (2535 : 116)

วันดี แฮมจันทร์ฉาย (2538 : 46) และ จอห์นสัน (Johnson. 1991 : 15-19) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พรทิพย์ ลินประสงค์ (2532 : 15) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตและการดำรงชีวิตของคนโสด และคนสมรสแตกต่างกันโดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส จึงมีโอกาสที่จะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ตลอดจนการช่วยเหลือจากสามี หรือภรรยาที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิด ตลอดจนบุคคลในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และลดความเครียดสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Cohen and Wills. 1985 : 310-317) จากการศึกษาของ จันทนา กาญจนพินิจ (2529 : 53) พบว่า สถานภาพสมรสคู่มีการร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย และการศึกษา ของ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 162) และ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 115) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีแบบแผนชีวิตหรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก

อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมนุษย์ สำหรับผู้สูงอายุการมีงานทำ ทำให้ส่งผลถึงการมีเศรษฐกิจของครอบครัวดีขึ้น ระดับโภชนาการดีขึ้น การรักษาพยาบาลดีขึ้น (พรทิพย์ ลินประสงค์, 2532 : 15) วรנית ศุภระแพทย์ (2539 : 44) กล่าวว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มักมีอาชีพทางเกษตรกรรมหรือรับจ้างที่รายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ ขาดหลักประกันหลังจากหยุดงาน และ บุษกร โกมลภมร (2528 : 58) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพอนามัย และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างกับสามล้อ หรือผู้ที่เปิดร้านขายของชำ ไม่ค่อยได้มีเวลาเดินเล่นออกกำลังกาย เพราะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตร ต้องอาศัยแรงงานสูงในการประกอบอาชีพ ต้องตรากตรำทำงาน ขาดเวลาในการเอาใจใส่สุขภาพที่ทรุดโทรม ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 147) ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำที่สุด รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด

รายได้ นับเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสูงอายุทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวโยงไปถึงสุขภาพร่างกายด้วย กล่าวคือ ผู้ที่วิตกกังวลอยู่เสมอสุขภาพจะเสื่อมโทรม เจ็บไข้ได้ง่าย (จำเรียง กุระมสุวรรณ. 2536 : 8) ในปัจจุบันรายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับ

การตอบสนองตามต้องการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งเป็นแหล่งปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem. 1985 : 175) เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161-162) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ ชวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534 : 130) และ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 117) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิต หรือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ลักษณะครอบครัว ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมาก เพราะคู่สมรสหรือบุตรหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจ และให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นสถาบันที่ผู้สูงอายุสามารถจะแสดงความต้องการของตนออกมาอย่างเต็มที่ (สำนึกอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2536 : 23) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น การดูแลช่วยเหลือตัวเองก็อาจทำได้น้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ จึงย่อมต้องการการดูแลส่งเสริมจากบุตรหลานมากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า (นภาพร ชัยวรธร และคณะ. 2532 : 23) ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็มีส่วนต่อการรับผิดชอบภาระเล็ก ๆ น้อย ๆ ในบ้าน เช่น การเป็นพี่เลี้ยงเด็ก การประกอบอาหาร ซักผ้า ฝ้าบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ปลูกต้นไม้ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. 2531 : 50) อาจเนื่องจากสถาบันครอบครัว ได้กำหนดกฎเกณฑ์ทำให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีพันธะผูกพันเป็นที่พึ่งซึ่งกันและกัน ดังที่ ทิพวัลย์ ชาวสำอางค์ (2535 : 163) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างก็มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

เขตที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัยอาจเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากโดยประเพณีแล้วในสังคมเกษตรกรรม ผู้สูงอายุจะได้รับความเคารพนับถือสูงกว่าผู้สูงอายุในสังคมที่ก้าวหน้าด้วยเทคโนโลยี (สำนึกอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2536 : 2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ผู้สูงอายุจะมีความหวาดกลัวต่ออาชญากรรมรวมทั้งความรู้สึกที่ไม่ชอบความพลุกพล่านจอแจในชีวิตประจำวันของชุมชนแออัด ทำให้ไม่อยากออกไปสู่สังคมภายนอก และถ้าผู้สูงอายุในชนบทที่มีบ้านเรือนอยู่ห่างไกลชุมชน สิ่งเหล่านี้เป็นตัวจำกัดการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งประชากรที่อยู่ในชนบท จะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าในเมือง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. 2540 : 19) ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 118) พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญยิ่งต่อภาวะสุขภาพโดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผลดีของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้สูงอายุได้ปฏิบัติอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ ซึ่งการเลือกกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ที่จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และเลือกที่จะกระทำอย่างจริงจัง สม่ำเสมอ โดยมีปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งได้แก่ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา ซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา ร่วมกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมจะเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากภายในตัวผู้สูงอายุเอง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

มูห์เลนแคมป์ และเซย์เลส (Muhlenkamp and Sayles. 1986 : 334-338) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่สูงอายุระหว่าง 18-67 ปี โดยการสมัครเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 98 คน ผลการวิจัย พบว่า เพศหญิงมีระดับคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่าเพศชาย ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต ($p < 0.05$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต ($p < 0.001$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตของคนโสด และหม้าย/หย่า โดยคนโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนผู้ที่นับศาสนาและเชื้อชาติแตกต่างกันไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนแบบแผนชีวิต

วอล์กเกอร์ และคณะ (Walker. et al. 1988 : 76-90) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับผู้ใหญ่วัยต้นและวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครอายุ 18-88 ปี จำนวน 452 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใหญ่วัยต้น วัยกลางคน และวัยสูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ และคะแนนรวมสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม

ตัวแปรด้านปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของแบบแผนที่วัดที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 15.40

ลาคิน (Lakin. 1988 : 42-44) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนที่ทำงานในตำแหน่งระดับอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จำนวน 104 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย และมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะรับรู้และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

เพนเดอร์ และคณะ (Pender. et al. 1990 : 326-332) ทดสอบตัวทำนาแบบแผนชีวิตที่เสริมสร้างสุขภาพของคณงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคณงานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมจำนวน 589 คน โดยการอาสาสมัคร ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติแบบแผนที่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่น หรือความเชื่ออำนาจภายนอกตน เพศ อายุ และระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เล็กน้อยกับแบบแผนที่วัดที่ส่งเสริมสุขภาพ

ลัส และคณะ (Lusk. et al, 1995 : 20-24) ได้ศึกษารูปแบบแบบแผนที่วัดที่ส่งเสริมสุขภาพของคณงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานเชต และระดับคณงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคณงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ยกเว้นด้านจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พบว่าคนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกายและด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่า จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และเพศที่ต่างกัน ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ด้านการศึกษาพบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยในประเทศไทย

ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร (2534 : 117-123) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงานของผู้สูงอายุ ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ได้แก่ เพศ และ ภาวะเศรษฐกิจ ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 113-118) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.1) มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลทุกปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ และเขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย

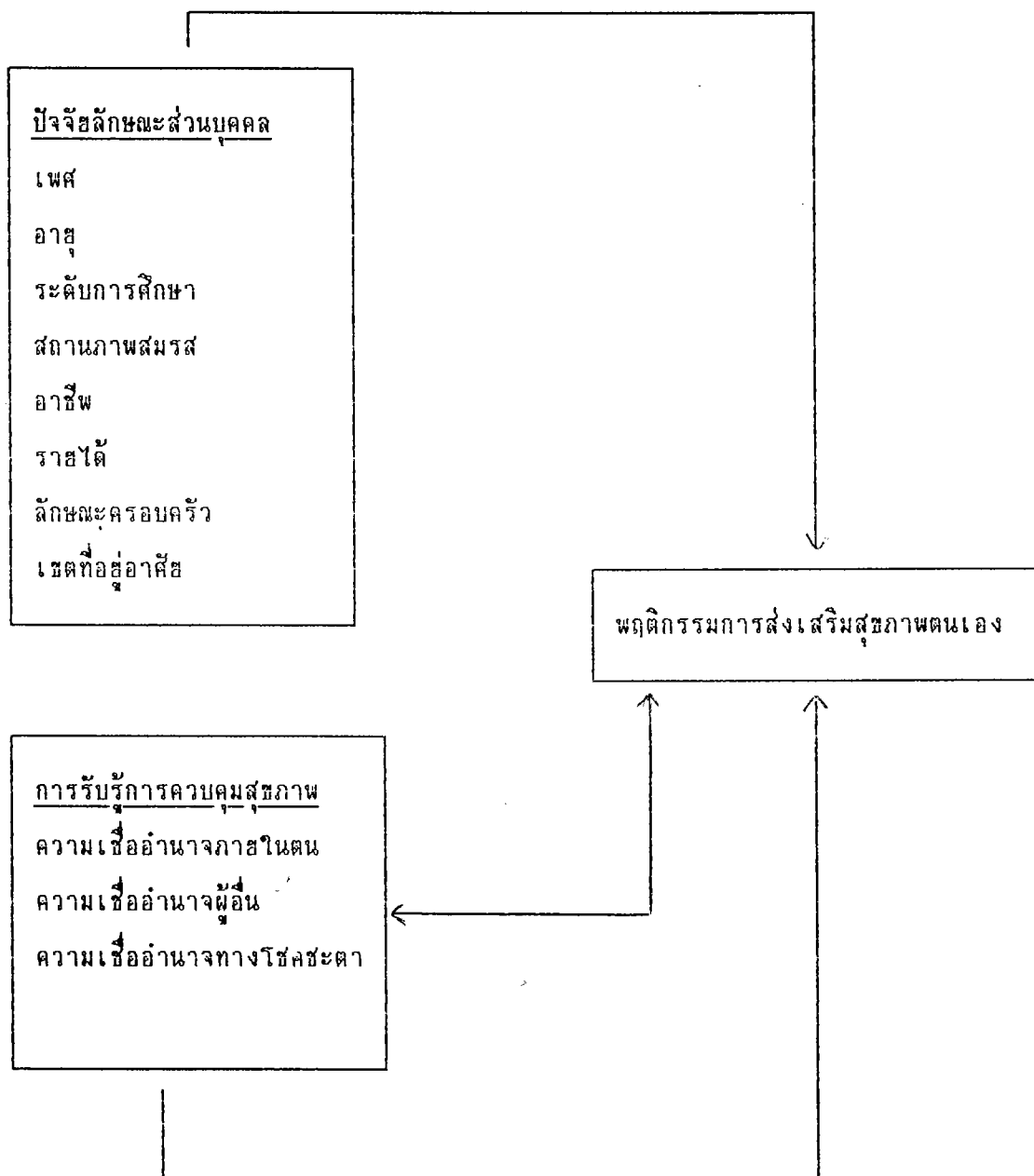
วรรณวิมล เบญจกุล (2535 : 75-77) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ในแขวงศรีเวียต เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายได้มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องรายได้สามารถทำนายแบบแผนชีวิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทิพวัลย์ ขาวสำอาด (2535 : 158-164) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามารักษ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 206 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 247) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่า อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและจากบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกศึกษาตามแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1987) ซึ่งเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายในการอธิบายการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิตของบุคคล โดยเลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ คือ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ส่วนปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว และเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งได้สรุปเป็นกรอบแนวคิด และสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังต่อไปนี้ คือ

กรอบแนวคิด



ภาพประกอบ 2 แสดงกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุชายและหญิง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
11. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
12. ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
13. ความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
14. ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จำนวน 30,001 คน (สถิติ ปี พ.ศ.2539)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จำนวนทั้งสิ้น 396 คน ได้มาตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane. 1969 : 886) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ดังสูตร

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

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 396 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multi-stage Random sampling) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยแบ่งตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาได้ทั้งสิ้น 6 กลุ่มงาน

2.2 คำนวณสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงในแต่ละกลุ่มงาน

2.3 ทำการเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุด้วยวิธีการเลือกโดยบังเอิญ (Accidental Sampling) ให้ได้จำนวนตามที่กำหนดไว้ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มงานและเพศ

กลุ่มงาน	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1. อาชีวกรรม	4,119	5,976	54	79	133
2. ศัลยกรรม	2,658	1,478	35	19	54
3. ศัลยกรรมกระดูก	1,488	3,757	20	50	70
4. จักษุวิทยา	2,721	5,779	36	76	112
5. โสต คอ นาสสิก	340	523	4	7	11
6. ทันตกรรม	498	664	7	9	16
รวม	11,824	18,177	156	240	396

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจในภายนอกตนด้านสุขภาพของ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 :160-161) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ รวมทั้งหมดมีจำนวน 12 ข้อ ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มี 4 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มี 4 ข้อ คือ ข้อ 5, 6, 7, 8
3. ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาด้านสุขภาพ มี 4 ข้อ คือ ข้อ 9, 10, 11, 12

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138-143) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ด้าน รวมทั้งหมด 51 ข้อ คือ ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และกิจกรรม การพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนัก และการยอมรับในคุณค่าแห่งตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานครั้ง/ไม่ปฏิบัติ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาปรับปรุงให้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ให้ได้เนื้อหาครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ได้แบบสัมภาษณ์มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ และได้ข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พร้อมสรุปข้อเค้าโครงการวิจัย เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม นำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบอีกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้คะแนน	3
เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้คะแนน	4
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน	5
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	6

ในการแปลความหมายของคะแนนการรับรู้การควบคุมสุขภาพ พิจารณาจากคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ในแต่ละด้าน โดยตัดแปลงจากหลักเกณฑ์การประเมินของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.34 - 6.00	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย	2.67 - 4.33	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 - 2.66	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับต่ำ

2. แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ให้คะแนน	2
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	1
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง/ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน	0

ในการแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยตัดแปลงจากหลักเกณฑ์การประเมินผลของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 10) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.34 - 2.00	หมายถึง	ปฏิบัติดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 - 1.33	หมายถึง	ปฏิบัติพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0.00 - 0.66	หมายถึง	การปฏิบัติต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. นำแบบสัมภาษณ์ ทั้ง 3 ตอน ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117) ได้ข้อคำถามแบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2 และ ตอนที่ 3 จำนวน 12 ข้อ และ 55 ข้อ ตามลำดับ

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล จำนวน 50 คน

3. นำคะแนนของแบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) (สณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .14 - .68 เป็นข้อคำถามได้จำนวน 12 ข้อ และ 51 ข้อ ตามลำดับ

4. นำคะแนนของข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ 3 ด้าน ดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71

ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .68

แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 3

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91

5. นำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. จัดประชุมชี้แจง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ร่วมดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 2 คน เพื่อให้การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้อง เที่ยงตรง ความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด

3. ผู้วิจัย และผู้ร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จำนวน 396 คน ตรวจสอบความ เรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์แต่ละฉบับ และดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical package for the social sciences) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ การคำนวณค่าความถี่ และร้อยละ แยกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย
2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้การควบคุมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยคำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยใช้การ ทดสอบค่าที (t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดย การวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance)
5. ในกรณีที่ผลการทดสอบ ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน คูลส์ (Newman Keuls)
6. หาค่าความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตน กับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความเชื่ออำนาจทาง โชคชะตาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และทดสอบสถิติค่าที

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 138)

$$\bar{X} = \frac{\Sigma fX}{\Sigma f}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย Σf แทน ผลรวมจำนวนคะแนนทั้งหมด ΣfX แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวคูณด้วยความถี่

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{n \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง $(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง โดยอาศัยคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ (Face validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความ กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่

- 1 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

และนำคะแนนที่ได้แทนค่าในสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
 ER แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination power)
 ใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to
 Total Correlation) โดยใช้สูตรดังนี้ (สรี รักษากเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{N \Sigma XY - \Sigma X \Sigma Y}{\sqrt{[N \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2] [N \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
 N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 ΣX แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง
 ΣY แทน ผลรวมของคะแนนรวมของทั้งกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสัมพัทธ์การรับรู้ การ
 ควบคุมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-
 Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (นางรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\Sigma S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อสอบ
S_1^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
S_e^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตรค่าที่ (t-test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 162) เมื่อไม่ทราบค่า σ_1^2 และ σ_2^2

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
df	แทน	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 168)

$$F = \frac{S_b^2}{S_w^2}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

S_b^2 แทน ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

S_w^2 แทน ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ซึ่งถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 219)

$$\sqrt{\frac{MS_w}{n}} \cdot q = \bar{X}_{\max} - \bar{X}_{\min}$$

เมื่อ q แทน ค่า q - statistic ที่ได้จากตาราง

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของกำลังสองภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$\bar{X}_{\max}$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่มีค่าสูง

$\bar{X}_{\min}$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่มีค่าต่ำ

โดยที่

$$\frac{1}{n} = \frac{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}{K}$$

เมื่อ K แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ระหว่างคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับคะแนนการรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่ออำนาจโดยโชคเคราะห์ ซึ่งมีสูตร ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 144-145)

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	N	แทน	จำนวนคน
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบของตัวแปร X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบของตัวแปร Y
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนนตัวแปร X กับคะแนนของตัวแปร Y เป็นคู่ ๆ
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

3.4 ทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองกับคะแนนการรับรู้ของการควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา ซึ่งมีสูตร ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 180)

$$t = \frac{r \sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าของการแจกแจงใน t-distribution
	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Means of Square)
p	แทน	ระดับของความน่าจะเป็น (Probability)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ โดย
การแจกแจงความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมสุขภาพ และพฤติกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอ
ในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว และเขตที่อยู่อาศัย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	157	39.65
หญิง	239	60.35
รวม	396	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2. อายุ (ปี)		
60-69	215	54.29
70-79	148	37.38
80 ปีขึ้นไป	33	8.33
รวม	396	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จ	130	32.83
การศึกษาประถมศึกษา		
ประถมศึกษา	144	36.37
มัธยมศึกษา	71	17.93
อุดมศึกษา	51	12.87
รวม	396	100.00
4. สถานภาพสมรส		
โสด	19	4.79
คู่	241	60.85
หย่าร้าง	12	3.03
หม้าย	114	28.80
แยกกันอยู่	10	2.53
รวม	396	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	232	58.59
รับจ้าง	30	7.57
เกษตรกรรม	6	1.52
ค้าขาย	57	14.39
ข้าราชการบำนาญจำนวนมาก	71	17.93
รวม	396	100.00
6. รายได้		
ไม่เกิน 1,000 บาท	117	29.54
1,001-5,000 บาท	158	39.89
5,001-10,000 บาท	49	12.37
มากกว่า 10,000 บาท	72	18.20
รวม	396	100.00
7. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	199	50.30
ครอบครัวขยาย	197	49.70
รวม	396	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
8. เขตที่อยู่อาศัย		
เขตชั้นในกรุงเทพมหานคร	223	56.32
เขตชั้นนอกกรุงเทพมหานคร	102	25.75
นอกเขตกรุงเทพมหานคร	71	17.93
รวม	396	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ

เพศหญิง มีจำนวนมากกว่าเพศชาย คือ 239 คน คิดเป็นร้อยละ 60.35 ส่วนเพศชาย มีจำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 39.65

อายุ

อายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 215 คน คิดเป็นร้อยละ 54.29 รองลงมา คือ อายุ 70-79 ปี จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 37.38 และน้อยที่สุด คือ อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33

ระดับการศึกษา

ระดับประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุดคือ 144 คน คิดเป็นร้อยละ 36.37 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน หรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 32.83 และ น้อยที่สุด คือ ระดับอุดมศึกษา จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 12.87

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนมากที่สุด คือ 241 คน คิดเป็นร้อยละ 60.85 รองลงมา คือ หม้าย จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.80 และน้อยที่สุด คือ แยกกันอยู่ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53

อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวนมากที่สุด คือ 232 คน คิดเป็นร้อยละ 58.59 รองลงมา คือ ข้าราชการบำนาญจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 17.93 และน้อยที่สุด คือ เกษตรกรรม จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.52

รายได้

รายได้ 1,001 - 5,000 บาท/เดือน มีจำนวนมากที่สุด คือ 158 คน คิดเป็นร้อยละ 39.89 รองลงมา คือ รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท/เดือน จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 29.54 และน้อยที่สุดคือ รายได้ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 12.37

ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ครอบครัวเดี่ยว จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 50.30 และครอบครัวขยาย จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 49.70

เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยชั้นในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนมากที่สุด คือ 223 คิดเป็นร้อยละ 56.32 รองลงมา คือ เขตชั้นนอกกรุงเทพมหานคร จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 25.75 และน้อยที่สุด คือ นอกเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 17.93

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับการรับรู้การควบคุมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังปรากฏตามตาราง 3-4

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจมาตรฐาน และระดับของการรับรู้การควบคุมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน

ด้าน	การรับรู้การควบคุมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
1	ความเชื่ออำนาจภายในตน	4.72	1.02	สูง
2	ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	4.88	1.02	สูง
3	ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา	3.45	1.43	ปานกลาง

จากตาราง 3 แสดงว่าการรับรู้การควบคุมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 396 คน คะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่ออำนาจภายในตน มีค่าเท่ากับ 4.72 คะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีค่าเท่ากับ 4.88 และคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา มีค่าเท่ากับ 3.45 นั่นคือ ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายในตนระดับสูง มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นระดับสูง และมีความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาระดับปานกลาง

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

ด้าน	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง	1.30	.44	พอใช้
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ	1.16	.51	พอใช้
3. การออกกำลังกายและกิจกรรม/ เพื่อการพักผ่อน	1.09	.49	พอใช้
4. รูปแบบการนอนหลับ	1.13	.48	พอใช้
5. การจัดการความเครียด	1.15	.47	พอใช้
6. การตระหนักและยอมรับใน/ ความมีคุณค่าแห่งตน	1.14	.46	พอใช้
7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	.86	.71	พอใช้
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	1.28	.48	พอใช้
9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม	1.44	.52	ดี
10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	1.39	.55	ดี
รวม	1.20	.33	พอใช้

จากตาราง 4 แสดงว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 396 คน เมื่อพิจารณาตามรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และรองลงมาคือ ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมและด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 และ 1.39 ตามลำดับ นั่นคือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม และด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี และน้อยที่สุด คือ ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .86 นั่นคือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 นั่นคือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ดังปรากฏตามตาราง 5-33

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	157	1.18	.34	0.68	0.49
หญิง	239	1.21	.33		

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองใกล้เคียงกัน คือ เท่ากับ 1.18 และ 1.21 ตามลำดับ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุชายและหญิง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	n	$\bar{X}$	S
60-69	215	1.25	.32
70-79	148	1.17	.35
80 ปีขึ้นไป	33	.98	.27

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ อายุ 70-79 ปี และน้อยที่สุดได้แก่ อายุ 80 ปีขึ้นไป

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	2.24	1.12	10.25**	<.01
ภายในกลุ่ม	393	43.07	.10		
รวม	395	43.32			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)		80 ปีขึ้นไป	70-79	60-69
	$\bar{X}$	.98	1.17	1.25
80 ปีขึ้นไป	.98	-	.19*	.27*
70-79 ปี	1.17		-	.08*
60-69 ปี	1.25			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับ
ผู้สูงอายุที่มี อายุ 70-79 ปี
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับ
ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 80 ปี
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับ
ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 80 ปี

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ย และความแปรปรวนเบามาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จประถมศึกษา	130	1.01	.33
ประถมศึกษา	144	1.23	.31
มัธยมศึกษา	71	1.33	.29
อุดมศึกษา	51	1.39	.22

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จประถมศึกษา

ตาราง 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	7.67	2.55	26.62**	<.01
ภายในกลุ่ม	392	37.64	.09		
รวม	395	45.32			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 3 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหรือ ไม่สำเร็จประถมศึกษา		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	1.01	1.23	1.33	1.39
ไม่ได้เรียนหรือ ไม่สำเร็จ ประถมศึกษา	1.01	-	.22 [*]	.32 [*]	.38 [*]
ประถมศึกษา	1.23		-	.10 [*]	.16 [*]
มัธยมศึกษา	1.33			-	.06
อุดมศึกษา	1.39				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 5 คู่ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จประถมศึกษา
2. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จประถมศึกษา

3. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

4. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จประถมศึกษา

5. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ส่วนผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{X}$	S
โสด	19	1.29	.29
คู่	241	1.23	.34
หย่าร้าง	12	1.29	.21
หม้าย	114	1.11	.31
แยกกันอยู่	10	1.09	.32

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด และใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ซึ่งมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรองลงมา และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่

ตาราง 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.47	.36	3.28*	.0115
ภายในกลุ่ม	391	43.84	.11		
รวม	395	45.32			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 4 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส		แยกกันอยู่	หม้าย	คู่	โสด	หย่าร้าง
	$\bar{X}$	1.09	1.11	1.23	1.29	1.29
แยกกันอยู่	1.09	-	.02	.14	.20	.20
หม้าย	1.11		-	.12*	.18	.18
คู่	1.23			-	.06	.06
โสด	1.29				-	.00
หย่าร้าง	1.29					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 คู่ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่

ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S
ไม่มีอาชีพ	232	1.13	.32
รับจ้าง	30	1.31	.33
เกษตรกร	6	1.42	.34
ค้าขาย	57	1.21	.36
ข้าราชการบำนาญ	71	1.35	.27

จากตาราง 15 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ อาชีพข้าราชการบำนาญ และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	3.47	6.89	8.35**	<.01
ภายในกลุ่ม	391	41.75	.10		
รวม	395	45.32			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 5 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	ค้าขายหรือ ธุรกิจ	รับจ้าง	ข้าราชการ บำนาญบำนาญ	เกษตรกร
	$\bar{X}$ 1.13	1.21	1.31	1.35	1.42
ไม่มีอาชีพ	1.13	-	.08*	.18	.22*
ค้าขายหรือ ธุรกิจ	1.21	-	.10	.14*	.21
รับจ้าง	1.31		-	.04	.11
ข้าราชการ บำนาญบำนาญ	1.35			-	.07
เกษตรกร	1.42				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ

2. ผู้ส่งอาสุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้ส่งอาสุที่ไม่มีอาชีพ

3. ผู้ส่งอาสุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้ส่งอาสุที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ

ตาราง 18 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ส่งอาสุ จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\bar{X}$	S
ไม่เกิน 1,000 บาท	117	1.11	.36
1,001 - 5,000 บาท	158	1.16	.33
5,001 - 10,000 บาท	49	1.31	.28
มากกว่า 10,000 บาท	72	1.35	.25

จากตาราง 18 แสดงว่าผู้ส่งอาสุที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ 5,001-10,000 บาท และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้ส่งอาสุที่มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	3.53	1.17	11.06**	<.01
ภายในกลุ่ม	392	41.78	.10		
รวม	395	45.32			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

รายได้		ไม่เกิน 1,000 บาท	1,001- 5,000 บาท	5,001- 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท
	$\bar{X}$	1.11	1.16	1.31	1.35
ไม่เกิน 1,000 บาท	1.11	-	.05	.20*	.24*
1,001 - 5,000 บาท	1.16		-	.15*	.19*
5,001 - 10,000 บาท	1.31			-	.04
มากกว่า 10,000 บาท	1.35				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 4 คู่ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท
2. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001-5,000 บาท
3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001-5,000 บาท

ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 21 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	t	p
ครอบครัวเดี่ยว	199	1.19	.32	.32	.75
ครอบครัวขยาย	197	1.20	.35		

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองใกล้เคียงกันคือ เท่ากับ 1.19 และ 1.20 ตามลำดับ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 22 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย	n	$\bar{X}$	S
เขตชั้นในกรุงเทพมหานคร	223	1.16	.35
เขตชั้นนอกกรุงเทพมหานคร	102	1.26	.33
นอกเขตกรุงเทพมหานคร	71	1.24	.28

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยในเขตชั้นนอกกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ นอกเขตกรุงเทพมหานคร และน้อยที่สุดได้แก่ เขตชั้นในกรุงเทพมหานคร

ตาราง 23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.82	.41	3.64*	0.02
ภายในกลุ่ม	393	44.49	.11		
รวม	395	45.32			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย		เขตชั้นใน กรุงเทพมหานคร $\bar{X}$	นอกเขต กรุงเทพมหานคร 1.24	เขตชั้นนอก กรุงเทพมหานคร 1.26
เขตชั้นในกรุงเทพมหานคร	1.16	-	.08	.10*
นอกเขตกรุงเทพมหานคร	1.24		-	.02
เขตชั้นนอกกรุงเทพมหานคร	1.26			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 คู่ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยในเขตชั้นนอกกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยในเขตชั้นในกรุงเทพมหานคร

ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 25 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน	n	$\bar{X}$	S
ระดับสูง	264	1.30	.30
ระดับปานกลาง	111	1.05	.28
ระดับต่ำ	121	.71	.33

จากตาราง 25 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และน้อยที่สุดได้แก่ ระดับต่ำ

ตาราง 26 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	10.07	5.03	56.16**	<.01
ภายในกลุ่ม	393	35.24	.08		
รวม	395	45.32			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 26 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในแตกต่างกัน มีข้อ 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 9 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 27

ตาราง 27 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	$\bar{X}$	.71	1.05	1.30
ระดับต่ำ	.71	-	.66*	.59*
ระดับปานกลาง	1.05		-	.25*
ระดับสูง	1.30			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับปานกลาง
2. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับต่ำ
3. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับต่ำ

ตาราง 28 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น

ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	n	$\bar{X}$	S
ระดับสูง	291	1.23	.33
ระดับปานกลาง	94	1.14	.34
ระดับต่ำ	11	.92	.33

จากตาราง 28 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และน้อยที่สุดได้แก่ ระดับต่ำ

ตาราง 29 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	1.49	.74	6.69**	.01
ภายในกลุ่ม	393	43.82	.11		
รวม	395				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 29 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 10 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 30

ตาราง 30 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่น

ความเชื่ออำนาจผู้อื่น		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	$\bar{X}$	.92	1.14	1.23
ระดับต่ำ	.92	-	.22*	.31*
ระดับปานกลาง	1.14		-	.09*
ระดับสูง	1.23			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับปานกลาง
2. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับต่ำ
3. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับต่ำ

ตาราง 31 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามการรับรู้ การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจทางโชคลະตา

ความเชื่ออำนาจทางโชคลະตา	n	$\bar{X}$	S
ระดับสูง	120	.95	.30
ระดับปานกลาง	140	1.26	.29
ระดับต่ำ	136	1.38	.29

จากตาราง 31 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคลະตาในระดับต่ำมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง และน้อยที่สุดได้แก่ ระดับต่ำ

ตาราง 32 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจทางโชคลະตา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	10.89	5.44	62.21**	<.01
ภายในกลุ่ม	393	34.42	.08		
รวม	395	45.32			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 32 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาดต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 11 และนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ ดังปรากฏตามตาราง 33

ตาราง 33 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจทางโชคละตา

ความเชื่ออำนาจทางโชคละตา	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
$\bar{X}$	.95	1.26	1.38
ระดับสูง	-	.31*	.43*
ระดับปานกลาง	1.26	-	.12*
ระดับต่ำ	1.38		-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 33 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาในระดับสูง
2. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาในระดับสูง
3. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาในระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังปรากฏ
ตามตาราง 34

ตาราง 34 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	n	r	p
1. ความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรม			
การส่งเสริมสุขภาพตนเอง			
1.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง	396	.35**	<.01
1.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ	396	.39**	<.01
1.3 การออกกำลังกายและกิจกรรม	396	.40**	<.01
การพักผ่อน			
1.4 รูปแบบการนอนหลับ	396	.22**	<.01
1.5 การจัดการความเครียด	396	.34**	<.01
1.6 การตระหนักและยอมรับในการ	396	.42**	<.01
มีคุณค่าแห่งตน			
1.7 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	396	.33**	<.01
1.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	396	.33**	<.01
1.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม	396	.33**	<.01
1.10 การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	396	.29**	<.01
โดยรวม	396	.52**	<.01

ตาราง 34 (ต่อ)

ตัวแปร	n	r	p
2. ความเชื่ออำนาจผู้เหนือกว่ากับพฤติกรรม			
การส่งเสริมสุขภาพตนเอง			
2.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง	396	.06	.113
2.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ	396	.12**	<.01
2.3 การออกกำลังกายและกิจกรรม	396	.06	.110
การพักผ่อน			
2.4 รูปแบบการนอนหลับ	396	.15**	.001
2.5 การจัดการความเครียด	396	.09*	.034
2.6 การตระหนักและยอมรับในการ	396	.19**	<.01
มีคุณค่าแห่งตน			
2.7 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	396	.07	.079
2.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	396	.19**	.026
2.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม	396	.09**	<.01
2.10 การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	396	.19**	<.01
โดยรวม	396	.18**	<.01
3. ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา			
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง			
3.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง	396	-.33**	<.01
3.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ	396	-.41**	<.01
3.3 การออกกำลังกายและกิจกรรม	396	-.25**	<.01
การพักผ่อน			
3.4 รูปแบบการนอนหลับ	396	-.22**	<.01
3.5 การจัดการความเครียด	396	-.27**	<.01

ตาราง 34 (ต่อ)

ตัวแปร	n	r	p
3.6 การตระหนักและยอมรับในการ มีคุณค่าแห่งตน	396	-.27**	<.01
3.7 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	396	-.35**	<.01
3.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	396	-.31**	<.01
3.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม	396	-.31**	<.01
3.10 การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	396	-.23**	<.01
โดยรวม	396	-.46**	<.01

จากตาราง 34 แสดงว่า

ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 12

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 13 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 14

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้การควบคุมสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล กลาง จำนวน 396 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 3 ตอน ได้แก่
ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ กรรณิการ์ กันธะรักษา
ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ โดยดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2. วิเคราะห์และประเมินระดับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 และ ข้อ 7 และทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2-6, 8-11

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตากับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 12-14

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.35 และมีอายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.29 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.37 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.85 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.59 มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท/เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.89 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย จำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 50.30 และ 49.70 ตามลำดับ มีเขตที่อยู่อาศัยในเขตชั้นในของกรุงเทพมหานคร มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.32

การรับรู้การควบคุมสุขภาพแต่ละด้าน ดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตน พบว่า อยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 4.72$)

ความเชื่ออำนาจผู้อื่น พบว่า อยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 4.88$)

ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา พบว่าอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.20$)

2. วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

จากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถสรุปตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้สูงอายุชายและหญิง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
6. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
8. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
ไม่แตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
10. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
11. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
12. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
13. ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
14. ความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ
15. ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ซึ่งรายละเอียดการอภิปรายมี ดังนี้

ตอนที่ 1 การรับรู้การควบคุมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ด้าน

ความเชื่ออำนาจภายในตน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534 : 128) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับสูงอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท/เดือน และอาศัยอยู่ในเขตชั้นในของกรุงเทพมหานคร จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่ประสบผลสำเร็จในเรื่องต่าง ๆ ตามที่คาดหวังไว้ เช่น ในเรื่องของชีวิตสมรส เรื่องฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และเมื่อความคาดหวังของผู้สูงอายุได้รับการเสริมแรง เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในเขตชั้นในของกรุงเทพมหานคร จึงทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องต่าง ๆ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับสูง

ความเชื่ออำนาจผู้อื่น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534 : 127) พบว่าผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จึงมักมีปัญหาการเจ็บป่วยอยู่บ่อยครั้ง และจำเป็นต้องปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองกับแพทย์และพยาบาลเป็นระยะ ๆ ประกอบกับค่านิยมโดยทั่วไปของผู้เจ็บป่วยจะให้การยกย่อง แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลตนอยู่ โดยมีความเชื่อว่าบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในด้านสุขภาพ หรือการรักษาพยาบาล จะช่วยให้ตนหายจากอาการเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีได้ สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุยังเห็นว่าเป็นความจำเป็นที่ลูกต้องอุปการะเลี้ยงดู บิดามารดา ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความเชื่อว่าบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ตนเองสามารถพึ่งพาได้เมื่อเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับสูง

ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้อง

คล้อยกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 112) ที่พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง มีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาดในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อดั้งเดิมที่กล่าวกันว่า การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมโดย โชค เคราะห์ หรือความบังเอิญซึ่งเป็นอำนาจเหนือธรรมชาติ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชั้นในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพได้โดยง่าย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยส่วนหนึ่งนั้นไม่ได้เป็นผลมาจากโชค เคราะห์ หรือความบังเอิญทั้งหมด จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจทางโชคละตาดอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เบญจกุล (2538 : 68) ที่พบว่า แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุชาวที่อาศัยอยู่ในแขวงศรีวิชัย เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 137) ที่พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดลำปางมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ และมารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล จึงมุ่งเน้นเฉพาะแก้ปัญหาเรื่องความเจ็บป่วย ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะได้รับความรู้และคำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวในเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวกับโรคของแต่ละคน ทำให้ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือไม่ให้ความสำคัญของการปฏิบัติตน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั่ว ๆ ไป อีกประการหนึ่ง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับพอใช้เกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม และด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับดี จึงมีผลทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป อยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติร่วมด้วย เช่น โรคปวดข้อ ต้อกระจก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นต้น ส่งผลให้รู้สึกว่าตนเองไม่แข็งแรง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลตนเอง บางครั้งต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985 : 65-173) ที่ว่าการดูแลตนเองสามารถถูกกระทบกระเทือนได้เนื่องจากภาวะทางด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองในด้านนี้ อยู่ในระดับที่ดี

การปฏิบัติด้านโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ และได้รับอาหารครบ 5 หมู่ แต่ผู้สูงอายุไม่สนใจในเรื่องของส่วนประกอบของอาหารสำเร็จรูป ทั้งนี้ เนื่องจากมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่จำเป็นต้องซื้ออาหารถุงที่ปรุงสำเร็จในการรับประทานอาหารในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่มากนัก คือ มีรายได้ประมาณ 1,001 - 5,000 บาทต่อเดือน ทำให้ไม่สามารถเลือกประเภทของอาหารได้มาก

การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนอยู่ในระดับพอใช้ การออกกำลังกายพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำงานบ้าน สำหรับกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพื่อการพักผ่อนค่อนข้างน้อยอาจเนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อการพักผ่อน เนื่องจากยังประกอบอาชีพอยู่หรือมีภาระต้องทำงานบ้าน รวมทั้งการมีปัญหาด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุคนหนึ่ง หรือเดิณลำบากจึงไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

รูปแบบการนอนหลับอยู่ในระดับพอใช้ จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะหลับเป็นช่วง ๆ ในตอนกลางคืน ซึ่งโดยรวมแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีการนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยคืนละ 6-7 ชั่วโมง แต่มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ แล้วไม่คิดจะหาวิธีแก้ปัญหาเรื่อง การนอนไม่หลับ เช่น การสวดมนต์ทำสมาธิ การดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนเข้านอน การออกกำลังกายอย่างพอเหมาะในตอนกลางวัน เป็นต้น อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องมารับการตรวจรักษาจากแพทย์เป็นประจำ และได้รับยานอนหลับจากแพทย์เมื่อนอนไม่หลับรวมอยู่ด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดหาวิธีแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับ

การจัดความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักทำตัวให้มีอารมณ์ดี แต่เมื่อรู้สึกเครียด หรือไม่สบายใจผู้สูงอายุจำนวนมากไม่หาสาเหตุในการทำให้ไม่สบายใจ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากคิดว่าถึงรู้สาเหตุของปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้ด้วยตัวเอง ต้องขอความช่วยเหลือผู้อื่น

การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมในด้านนี้ที่ต้องปรับปรุงคือการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เช่น อาสาสมัครต่าง ๆ เพื่อบำเพ็ญประโยชน์มีจำนวนน้อยมากอาจเนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพสมาคมอยู่ไกลที่พักอาศัยหรือไม่ทราบข้อมูลข่าวสารของสมาคมต่าง ๆ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท อาจไม่เพียงพอกับการเข้าร่วมกิจกรรม และลักษณะนิสัยส่วนตัวของผู้สูงอายุที่ไม่ชอบเข้าสังคม จินตนา รอดคำพา (2535 : 90) พบว่าลักษณะนิสัยส่วนตัวของผู้สูงอายุส่วนมาก พุดน้อย ชอบอยู่คนเดียว

การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่ในระดับพอใช้ อาจเป็นเพราะในรายละเอียดของแบบสอบถามบางข้อ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ เช่น การตั้งเป้าหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จในระยะเวลาที่กำหนดและการมีโอกาสดำเนินการตามเป้าหมายที่ต้องการ มีผู้สูงอายุจำนวนมากซึ่งมีผลให้ค่าเฉลี่ยในด้านนี้ลดลงไปด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นและจากการสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุมักคิดว่าอายุมากแล้วไม่คิดทำอะไรแล้วอยู่เฉย ๆ ดีกว่า ซึ่งบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531 : 72) ได้ศึกษาทัศนคติต่อตนเองของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 95.8 เห็นว่าตนเองแก่แล้ว และพบว่าร้อยละ 55.6 มองชีวิตไปในทางลบ

การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับพอใช้ จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม โดยการใช้โทรศัพท์ติดต่อพูดคุย ประชุมปัญหาต่าง ๆ หรือการไปเยี่ยมเยียน บุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น คือ มีอายุ 60-68 ปี และอาศัยอยู่ในเขตชั้นในกรุงเทพมหานคร ทำให้มีความสะดวกในการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ และพบว่ายังคงมีพฤติกรรมในการเข้าร่วมงานพิธีต่าง ๆ ของเพื่อนบ้าน และญาติพี่น้อง เช่น งานแต่งงาน งานบวช หรืองานศพ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้เข้าร่วมงานพิธีทุกครั้งที่ได้รับเชิญ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับเจ้าของงาน

การควบคุมสภาวะแวดล้อมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากปัจจุบันการติดต่อสื่อสาร มีความเจริญก้าวหน้ามากทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษ และอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในรูปแบบต่าง ๆ ประกอบกับสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจกับตัวเองมากขึ้น รวมทั้งมีความสุขุมรอบคอบมากขึ้นตามวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุเอาใจใส่ระมัดระวัง ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งภายในและภายนอกบ้าน เช่น ดูแลจัดบ้านให้เป็นระเบียบ ไม้วางของเกะกะ หลีกเลียงไม่อยู่ในสถานที่แออัด ห้ามไม่ให้บุคคลรอบข้างสูบบุหรี่ เป็นต้น

การใช้ระบบบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเขตชั้นในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีแหล่งบริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐบาลและเอกชนเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีหน่วยบริการทางสุขภาพเคลื่อนที่เข้าถึงชุมชนต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลเคลื่อนที่ของกรุงเทพมหานคร มีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพกระจายอย่างทั่วถึง และมีคลินิกผู้สูงอายุที่จัดให้มีการตรวจรักษาโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกมากขึ้น รวมทั้งนโยบายของรัฐบาลที่ให้ส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสนใจตนเอง โดยใช้บริการทางสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่อ

อำนาจทางโชคชะตา

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 1 ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอาด (2535 : 159) พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารักษ์ ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ วรณวิไล ทองเจริญ และคณะ (2533 : 41) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในระยะก่อน และหลัง เข้ารับบริการ ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 101) ได้ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกายดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีร่างกายเจ็บป่วย มีปัญหาสุขภาพทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ จึงมีการปฏิบัติในการแสวงหาทางที่จะขจัดความผิดปกติเหล่านั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีชีวิตยืนยาว ซึ่งได้แก่การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ดังนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุเพศชาย หรือเพศหญิงก็ตาม ย่อมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เหมือนกัน เป็นผลให้การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคหรืออาการผิดปกติเหล่านั้นของเพศชายและเพศหญิงคล้ายคลึงกัน

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 114) พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง ที่มีอายุต่างกัน มีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เบญจกุล (2538 : 72) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต

ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในแขวงศรีวิชัย เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เช่น เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ มากขึ้น เช่น การมองเห็น การได้ยิน ทำให้การรับรู้เปลี่ยนไป รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง และความเสื่อมเหล่านี้จะทวีมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายซึ่งเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจึงมีระดับพึงพาผู้อื่นสูงเป็นผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมอื่น ๆ รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองจึงลดลงด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และผลการศึกษารังนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน หรือไม่สำเร็จประถมศึกษา หรือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ทิพย์วัลย์ ชาวสำอางค์ (2535 : 161) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาของ สุภาวรินทร์ หันเกิดดิล (2539 : 144) ที่พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดลำปางที่ได้รับการศึกษามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงสุด สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี และเอาใจใส่เรื่องสุขภาพตนเอง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รู้จักใช้บริการทางด้านการแพทย์ได้มากกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่า รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง ย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีมีรายได้สูงขึ้นทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่าจึงมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเฝ้าระวังต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 4 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และผลการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสหม้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 144) พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัสก์ (Lusk, 1995 : 22) ที่พบว่าสถานภาพสมรสที่ต่างกันของคนทำงานที่ต่างระดับกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งยังอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสนั้นจะมีส่วนช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต เปรียบเสมือนเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือจนเจือทั้งทางด้านวัตถุสิ่งของ ปลอดภัยให้กำลังใจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ยังได้รับความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ หรือความช่วยเหลือจากสามีหรือภรรยา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรมที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนั้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ และทำให้ได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนอำนาจประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต (Orem, 1985 : 132-133) และจากการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (2532 : 72) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาในวัยสูงอายุ ไม่เคยมีข้อขัดแย้งกันเลย หรือมีนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 86.40 สำหรับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย ซึ่งมีการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียคู่สมรสจะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์และสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดียนเนอร์ (วรรณวิมล เบญจกุล, 2538 : 70 อ้างอิงมาจาก Dianer, 1984) พบว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรส

จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 5 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และผลการศึกษาค้นคว้านี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญบำนาญ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และอาชีพค้าขาย ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้ สอด

คล้องกับผลการศึกษาของ ทิพวัลย์ ชาวสาอางค์ (2535 : 163) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 147) พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดลำปางที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองต่ำที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากอาชีพมีความผูกพันกับรายได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการแสวงหาปัจจัย 4 และตอบสนองความต้องการของมนุษย์ เช่น การบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตลอดจนการพักผ่อน การมีงานอดิเรก ผู้ที่มีอาชีพจะมีรายได้เป็นของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ทำให้มีสุขภาพจิตดีชีวิตมีความสุข มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญบำนาญจะเป็นผู้ที่มีรายได้มั่นคงแน่นอน มีเวลาว่างไม่ต้องตรากตรำทำงานหนักจึงมีผลทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพจะไม่มีรายได้เป็นของตนเองจะรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นบุคคลที่ไม่มีความสำคัญ ไม่มีคุณค่า สูญเสียบทบาทหน้าที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ไม่กล้าตัดสินใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย ส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ที่ยังต้องมีภาระหาเลี้ยงครอบครัว ต้องการรายได้มาจุนเจือครอบครัว และลักษณะงานมักเป็นงานค่อนข้างหนัก และเหนื่อยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนและมักมีรายได้ตามเวลาของการทำงาน ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาว่างหรือเวลาพักผ่อนเป็นผลให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.6. จำแนกตามรายได้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 6 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 117) พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง ที่มีรายได้แตกต่างกันมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 147) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2535 : 43) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันทั้งในระยะก่อนและหลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ารายได้คือแหล่งประโยชน์ เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้าน

ต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง การหาซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวก และความสุขของตน และยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรม การมีงานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ และการที่มีรายได้สูง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคง มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะมีความวิตกกังวลสูง สุขภาพจะเสื่อมโทรม และเจ็บไข้ได้ง่าย และยังสามารถทำงานหนักเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองหรือครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพตนเอง

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.7 จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่รับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7 ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ ทิพย์วัลย์ ชาวสำอางค์ (2535 : 163) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ หรือลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ (2536 : 53) พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา และบุตรหลานอยู่ในระดับดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชั้นในกรุงเทพมหานครถึงร้อยละ 56.32 ซึ่งเป็นสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้นทุกวัน ดังนั้นแม้ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในครอบครัวขยายซึ่งมีบุตรหลานมากมาย แต่ส่วนใหญ่บุคคลเหล่านี้จะมีภารกิจนอกบ้านในแต่ละวัน เช่น การเดินทางที่ต้องใช้เวลามาก การทำงาน การเรียนหนังสือ เวลาส่วนใหญ่มักอยู่กับภารกิจนอกบ้านเหล่านั้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกว่าผู้สูงอายุ คือ ภาระของครอบครัว ดังที่ สำนักอนามิส (2536 : 44) ได้สำรวจความคิดเห็นสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุ คือ ภาระอันหนักของครอบครัวที่ต้องดูแลอยู่ในเกณฑ์มาก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความเห็นอกเห็นใจ จึงมักถูกทอดทิ้งให้อยู่กับบ้านคนเดียวตามลำพัง ดังนั้นผู้สูงอายุแม้จะอยู่ในครอบครัวขยายก็จะได้รับความช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุในครอบครัวขยายมักจะต้องมีส่วนช่วยในการทำกิจกรรมของครอบครัว เช่น ทำงานบ้าน เลี้ยงเด็กหรืออาจต้องช่วยหารายได้จุนเจือครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การพักผ่อนหย่อนใจ สำนักอนามิส (2536 : 45) พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความคิดเห็นว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ได้

เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากผู้สูงอายุยังต้องประกอบอาชีพ และมีการเฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน ถึงร้อยละ 87.18

จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

2.8 จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และจากการศึกษารังนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชั้นนอก กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชั้นใน กรุงเทพมหานคร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2533 : 118) พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วัลย์ ชาวสำอางค์ (2535 : 165) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตหรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันกรณีนี้สามารถอธิบายได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยจะเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะของสังคมในเขตชั้นนอกกรุงเทพมหานคร ยังคงเป็นลักษณะสังคมคล้ายสังคมในชนบทหรือสังคมเกษตรกรรม และโดยประเพณีแล้วสังคมในชนบท ผู้สูงอายุจะได้รับความเคารพนับถือสูง สังคมในชนบทยังมีความผูกพันภายในเครือข้างสังคมค่อนข้างหนาแน่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย หรือต้องการการดูแลอย่างเช่นผู้สูงอายุ จะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน ทั้งด้านการให้คำแนะนำ การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ และแรงงาน และถึงแม้ว่าบุตรหลานจะแยกครอบครัวออกไป แต่บ้านของบุตรหลานมักจะอยู่ในละแวกบ้านใกล้เคียงกับบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งบุตรหลานสามารถไปมาหาสู่กับผู้สูงอายุได้เสมอ อีกทั้งดูแลเรื่องความเป็นอยู่ อาหาร การพาไปตรวจสุขภาพ เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชุมชนแออัดหรือในเขตเมือง ซึ่งเป็นสังคมที่ก้าวหน้าด้วยเทคโนโลยี ผู้สูงอายุมักจะได้รับความเชื่อถือหรือความเคารพนับถือไม่ดีเหมือนแต่ก่อน ดังที่ สำนักรอนามิ (2536 : 43) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในแขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร พบว่ามีการคุ้ยคว้ากล่าวถึงเด็กเมื่อผู้สูงอายุทำผิดพลาด อยู่ในเกณฑ์มาก อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุมักถูกบุตรหลานทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง มีการติดต่อกับบ้านข้างเคียงน้อย รวมถึงโอกาสที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ เวลาที่จะได้มีกิจกรรมร่วมกันมีน้อย จึงมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.9 จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจภายในตน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 9 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณี ปานเทวัญ (2533 : 56) พบว่า คนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ดีจะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง และการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 61) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะคิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนได้รับนั้น เป็นผลจากการกระทำของตนเอง และการที่ตนจะมีสุขภาพเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จึงขอมแสวงหาข้อมูลข่าวสาร และวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมาพบแพทย์ตรวจเป็นประจำ เป็นต้น

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตนต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.10 จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 10 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นสูง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 61) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง อาจเนื่องจากความเชื่ออำนาจผู้อื่นในครั้งนี้ คือ ความเชื่อในกลุ่มบุคคลทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมารับการตรวจสุขภาพกับแพทย์และพยาบาลเป็นประจำ ซึ่งจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อให้อาการเจ็บป่วยหายจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้รับ โดยมิบุคคลในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เช่น การพาไปพบแพทย์

ตรวจ และยังเป็นกลุ่มบุคคลที่ให้ความสุขให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความเชื่อในกลุ่มบุคคลเหล่านี้ จึงมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

จากเหตุผลดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.11 จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีระดับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 11 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาดำ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซินด์เลอร์ เวอร์เนต และไวท์ (รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ 2534 : 26 อ้างอิงมาจาก Zindler - Wernet and Weiss 1987 : 160-170) พบว่า กลุ่มลูกจ้างที่ทำงานในสถาบันสุขภาพที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาดำ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาส่ง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ พรณี ปานเทวัญ (2533 : 33) พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคณงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาเป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเกิดจากโชคชะตา ความบังเอิญ ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาส่งก็จะยิ่งปล่อยให้อาการสุขภาพของตน เป็นไปตามโชคชะตา หรือการคลั่งคลุ้งของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไม่พยายามแสวงหาวิธีการปฏิบัติตน หรือแก้ไขปัญาสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง

จากเหตุผลดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยรวมและทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา

ในแผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 12 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณี ปานเทวัญ (2533 : 53) พบว่าความเชื่ออำนาจในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิง โรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ และการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2554 : 128) พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจในตนเอง จะเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีถือว่าการได้รับการตอบสนอง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองต้องการมีสุขภาพที่ดีไม่เกิดความเจ็บป่วยก็จะรับรู้ว่าการมีสุขภาพที่ดี หรือการแก้ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ของตน สอดคล้องกับการกระทำของตนเอง ผู้สูงอายุที่ต้องการจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ก็ต้องมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องในทุก ๆ ด้าน นั่นคือ เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของแต่ละคน และนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้รับผลตอบแทนคือ การมีสุขภาพที่ดีไม่เกิดความเจ็บป่วย เมื่อผู้สูงอายุได้รับผลตอบแทนตามที่คาดหวังไว้ ก็จะเป็นการเสริมแรงให้ผู้สูงอายุนั้น มีความเชื่ออำนาจในตนเองมากขึ้น และจะมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจในตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจผู้อื่นกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยรวมของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 13 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นสูงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ พรณี ปานเทวัญ (2533 : 53) พบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ และการศึกษา ของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 120) พบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2554 : 128) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่ จะมีความจำเป็นต้องปรึกษาปัญหาสุขภาพกับแพทย์ และพยาบาลเป็นประจำอยู่แล้ว ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติ

ตนตามแผนการรักษาพยาบาล และบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแล สนับสนุน ให้กำลังใจกับ ผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองออกมาดีด้วย แต่เมื่อพิจารณาในราย ด้านพบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้านความ สามารถในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย และกิจกรรมการพักผ่อน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลุก นั่ง หรือเดินลำบากทำให้ไม่มีความมั่นใจหรือไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองตามลำพัง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้สูงอายุไม่เคยออกกำลังกายเลย ตั้งแต่หนุ่มสาว หรือ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะทำให้ไม่สนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือทำให้มี โอกาสไปพบบุคลากรทางการแพทย์ หรือสาธารณสุขน้อยลง ดังนั้น คำแนะนำต่าง ๆ จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งบุคคลในครอบครัวจึงไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การออก- การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ส่วนพฤติกรรมด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ผู้สูงอายุจะมี การตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิตส่วนใหญ่มักเป็นเรื่องเกี่ยวกับศาสนา ซึ่งผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรม ต่าง ๆ เกี่ยวกับศาสนาในแบบแผนการดำรงชีวิตของตนมาเป็นระยะเวลานานจนเกิดความเคยชิน ต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตนเอง ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตได้

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจทางโศคชะตา กับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจทางโศคชะตา มีความสัมพันธ์ทางลบ กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยรวมและทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 14 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีความ เชื่ออำนาจโศคชะตาต่ำจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 : 128) พบว่าความเชื่ออำนาจทางโศคชะตา มีความสัมพันธ์ทาง ลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการ ศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 121) พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโศคชะตา มีความ สัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อ อำนาจทางโศคชะตาต่ำ ก็มีความเชื่อว่า การแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองนั้นสามารถแก้ไขได้สุขภาพ จะดีหรือไม่ดี ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความบังเอิญ โศคชะตา เคราะห์กรรม

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจทางโศกชะตา มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุเป็นเหตุให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ หรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรังกำเริบขึ้นได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจึงควรมุ่งเน้นในเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โศกผ่านสื่อในรูปแบบต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

2. พฤติกรรมด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร ดังนั้น จึงควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิตที่เหมาะสม เช่น การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับเรื่องจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้สูงอายุ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ลูกหลานและครอบครัวให้แน่นแฟ้น และคงอยู่ตลอดไปเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ตั้งจุดมุ่งหมาย และนำไปปฏิบัติติดต่อกัน

3. ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงที่สุด ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจึงควรประเมินความเชื่ออำนาจภายในของผู้สูงอายุ และหาวิธีการส่งเสริมพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน เช่น การสร้างสื่อกระตุ้นใหม่ ๆ การฝึกให้มีกิจกรรม การให้คำปรึกษามาใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น ศาสนา สังคม ชนบทชนเมือง ประเพณี และวัฒนธรรม

2. ควรศึกษารูปแบบการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และกลวิธีในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิต

3. ควรศึกษาเพื่อหารูปแบบของกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กันธะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญกิจ, 2523.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2528.
- ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. "ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข 2534," ใน รายงานของคณะกรรมการวิสามัญ. หน้า 1-2 ม.ป.ท., ม.ป.ป.
- จรรยา สุวรรณทัต. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู," ใน เอกสารประกอบชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู. หน้า 814 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2526.
- จันทร์ฉาย ฉายากุล. ประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องการฝึกออกกำลังกาย และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนวัดมะกอก เขตพญาไท และเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. "อย่าปล่อยให้อายุทองร่วงโรยไปก่อนถึงวัย, " สุขภาพ สบายใจ. 24 : 8-9; ธันวาคม 2539.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. "การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ.2538," วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2) : 16-35; เมษายน - มิถุนายน 2540.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.
- จำเรียง กุระสุวรรณ. "ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ," ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 1-34. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.

จินตนา รอดคำพา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.

ฉันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุใน

กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

อัดสำเนา.

เจก ชนะสิริ. เล่นกับตัวเองอย่างไรให้สุขภาพ สุขใจ ปลอดภัยเกิน 100 ปี. กรุงเทพฯ :

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป.สัมพันธ์พาณิชย์, 2539.

———. ผู้ตั้งโปรแกรมชีวิต เอาไว้ 120 ปี," วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย

สิ่งแวดล้อม. 20(2) : 11-119; เมษายน - มิถุนายน 2540.

ชื่น เดชามหาชัย. "งานผู้สูงอายุในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 และโครงการต่าง ๆ ของ

กรมอนามัย," วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2) : 92-99;

เมษายน - มิถุนายน 2540.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : ศุภนิชการพิมพ์,

2532.

ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ

การรับรู้ การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์

วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

ดำรง กิจกุลศล. คู่มือออกกำลังกาย. กรุงเทพมหานคร : เอช เอน สเตชันนารีและการพิมพ์,

2531.

ทิพย์วัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามคำแหง. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

นวลละอ อสุภาพล. ทฤษฎีบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

นภาพร ชัยวรณ และคณะ. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม และ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2532.

นโยบายและแผน สำนัก. แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2540-2544).

กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร, 2540.

นิรนาท วิทโศภคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.

วิชานินพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสมมติดล, 2534. อัดสำเนา.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาว และ
แข็งแรง. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

บุษกร โกมลภมร. ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการ
ส่งเสริมสุขภาพ. วิชานินพนธ์ ศค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสมมติดล, 2528.
อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ การวัดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา, 2526.

ประมวญ คิดค้นสัน. เตรียมใจสู่ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทแปลนพับบลิชชิง
จำกัด, 2534.

พรรณี ปานเทวัญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจาสาใน ภาชนะกตณด้านสุขภาพอนามัย
ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคณงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรม
สิ่งทอในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิชานินพนธ์ พช.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยสมมติดล, 2533. อัดสำเนา.

พรทิพย์ สีนประสงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคเรื้อรัง
ในผู้สูงอายุ. วิชานินพนธ์ ศค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสมมติดล, 2532. อัดสำเนา.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2538.

พัชรี ดันศิริ และคณะ. "ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสัมพันธภาพในสังคมของ
ผู้สูงอายุ," สารสาการพยาบาล. 11(3) : 65-71; กรกฎาคม - กันยายน 2539.

พัฒนพงศ์ คุ่มทวีพร. "อัตวินิบาตกรรมของผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล. 45(1) : 48-53;
มกราคม - มีนาคม 2539.

เพ็ญศรี ลิ่วารินทร์พาณิชย์. "การรักษาความสะอาดของร่างกาย," ใน หลักการปฏิบัติตน และ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. หน้า 64-67. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2538.

—————. "การพักผ่อนนอนหลับ," ใน หลักการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.
หน้า 61-63. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,
2538.

- ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. "โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ," ใน เอกสารฝึกอบรมระยะสั้นเรื่องโรคในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สุพงษ์ พรหมโมบล และ วันดี โภคะกุล. "ผลการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงฆ์," วารสารกรมการแพทย์. 20(12) : 417-421; ธันวาคม 2538.
- รังสิต ห่มระฤก. "สุขภาพจิตในวัยสูงอายุ," วารสารพยาบาล. 39(4) : 307-314; ตุลาคม-ธันวาคม, 2533.
- รัศมีแซ วิโรจน์รัตน์. ความเชื่ออำนาจภพใน ภาชนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด เพื่อป้องกันโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์. พช.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- วรมนต์ ตริพรหม. "ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ," พยาบาลสาร. 18(2) : 22-33; เมษายน - มิถุนายน 2534.
- วรมณวิมล เบญจกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พช.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8-11; กุมภาพันธ์ - มีนาคม, 2538.
- วันดี แอ้มจันทร์ฉาส. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- วรมณเพ็ญ อินทร์แก้ว. "พยาบาลกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ," ใน เอกสารประกอบการฝึกอบรมเรื่อง สัมมติเพื่อสุขภาพ. หน้า 1-8. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2540.
- วรมณิต ศุกระแพทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความพร้อมในการดูแลของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ หลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. รู้เขารู้เราด้วยจิตวิทยาบุคคล. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2531.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.

สาธิต ภาณุมาศมณฑล. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็น

โรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

สาดี พิกุลทอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข. "ความเครียดกับการปรับตัว," วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ชลบุรี. 8(1) : 35-53; มกราคม - มิถุนายน 2538.

สินี โชติบริบูรณ์. "โภชนาการของผู้สูงอายุ," สุขภาพ สุขใจ. 24 : 3-4; ธันวาคม 2539.

สุจิตรา ผลประไพ. "อาหาร," ใน หลักการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. หน้า 47-59.

กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2538.

สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.

สุดา วิไลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์

พบ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.

สุดารัตน์ ขวัญเงิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิต

ที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พส.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537. อัดสำเนา.

สุดี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัย เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. "การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้

ในอีก 2 ทศวรรษหน้า," วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2) : 36-46; เมษายน - มิถุนายน 2540.

สมพันธ์ วิทยธีระนันท์. "แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ," ใน เอกสารประชุมวิชาการพยาบาล

ศาสตราจารย์ ครั้งที่ 4 เรื่อง การพยาบาลทางศิลปกรรมในผู้สูงอายุ. หน้า 1-10

กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ
และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. พส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
 หิดล, 2535. อัดสำเนา.

อนามัย, สำนัก. รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินผลถึงระยะเวลาของโครงการพัฒนา
สัมพันธภาพครอบครัวกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กองส่งเสริมสาธารณสุข สำนักอนามัย
 กรุงเทพมหานคร, 2536.

อารมณ วุฒิพุกษ์ และคณะ. "การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง," วารสาร
พยาบาลสาธารณสุข. 3(1) : 36-46; มกราคม - เมษายน 2532.

Beare, P.C. and Myer, J.L. Principles and Practice of Adult Health
Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1990.

Bedworth, A.E. and Bedworth, D.A. Health for human effectiveness.
 New Jersey : Prentice Hall, 1982.

Clark, S. "Nursing diagnosis : Ineffective Coping L.A. Theoretical
 framework," Heart & Lung. 16 : 670-674 ; November, 1987.

Cohen, S. and Wills, T.A. "Stress Social Support and the Buffering
 Hypothesis," Psychological Bulletin. 98:310-357; September, 1985.

Garland, L.M. and Bush, O.T. Coping Behavior and Nursing. Virginia :
 Reston Publishing Co., 1982.

Geyer, E. "Self-Care Issues for the Elderly," Dimensions in Oncology
Nursing. 4(2) : 33-35; Summer 1990.

Gilbert, S.B. "Health Promotion for Older American," Health Values.
 10 : 38-46; May - June, 1986.

Hanlon and Pickett, G.E. Public Health Administration and Practice.
 8th ed Louis : Times Mirrow/Mosby College Publishing, 1984.

Johnson, J.E. "Health-Care Practice of the Rural Aged," Journal of
Gerontological Nursing. 17(8) : 15-19 ; August, 1991.

Lakin, Jean.A. "Self-care health locus of Control, and health value
 among faculty women," Public Health Nursing. 5(1) : 37-44 ;
 March, 1988.

- Linn, M, and Hunter,H. "Perception of age in the elderly," Journal of Gerontology. 34(1) : 46-52; 1979.
- Lusk,S.L et al. "Health Promotion Lifestyles of Blue Collor Skill Trade an White Collor Worker," Nursing Research. 44(1) : 20-24; January, 1995.
- Muhlenkamp, A.F. and Broerman, N.A. "Health beliefs, health Value, and Positive behaviors," Western Journal of Nursing Research. 10 : 637-646 ; December, 1988.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. "Self-Esteem, Social Support and Positive Health Practices," Nursing Research. 35(6) : 334-338 ; November-December, 1986.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. Nursing Assessment and Health Promotion Strategies through the Life Span. 4th ed. California : Appleton & Lance, 1989.
- Orem, D. Nursing : Concepts of practice. 2nd ed. New York: Mc.Graw-Hill Book Co., 1980.
- . Nursing : Concepts of practice. 3rd ed. New York: Mc.Graw-Hill Book Co., 1985.
- Palank, C.L. "Determinants of Health Promotion Behavior," Nursing Clinics of North American. 30(4) : 815-832; December, 1991.
- Pender,N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed, California : Appleton and Lange, 1987.
- Pender, N.J. et al. "Predicting Health Promoting Lifestyle in the Workplace," Nursing Research. 39(6) : 326-332, November - December, 1990.
- Robinson,J.P. and Shaver, P.R. Measures of Social Psychological Attitude. 6th ed Michigan : The University of Michigan, 1980.
- Rokeach, Milton. Belief Attitude and Value: A Theory of Organization and Change. San Francisco : Jossery Press, 1970.

- Rotter, Julian B. "Generalized expectancies for internal versus external control reinforcement," Psychological Monographs: General and Applied. 80(1): 1-25 ; Whole 1966.
- Speak, D.L., Cowart and Pellet, K. "Health Perceptions and Life style of the Elderly," Research in Nursing and Health. 12(2) : 93-100; April, 1989.
- Speak, D.L. "Health Promotion Activity in the Well Elderly," Health Values. 11 : 25-30; November - December, 1987.
- Strickland, B.R. "Internal External Expectancies and Health-Related Behaviors," Journal of consulting and Clinical Psychology. 46(6) : 1192-1211; December, 1978.
- Thomas, P.D. and Hooper, E.M. "Health elderly: Social bonds and Locus of control," Research in Nursing and Health. 6(1) : 11-16; March, 1983.
- Walker, S.N. et al. "Health-Promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle aged adults, correlates and patterns," Advances in Nursing Science. 11(1) : 76-90 ; October, 1988.
- Wallston, K.A. and Wallston, B.S. "Health locus of control scale," in Research with the Locus of Control Construct : p.p.189-243 ; New York : Academic, 1981.
- Wallston, K.A. et al. "Development of the Multidimensional health locus of control (MHLC) Scale," Health Education Monographs. 6(1) : 160-170 ; Spring, 1978.
- Webster, J.A. "The Wellness Model Feeling Good about you," AORN Journal. 41 : 717-718 ; April, 1985.
- WHO Expert Committee. "Health of the elderly," in WHO Technical Report Series No.779. p.p.1-98. Geneva : World Health Organization, 1989.
- Yamane, Taro, Statistics an Introductory. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1969.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

**หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ**



บันทึกข้อความ

125

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644

ที่ ทม 1007/ ๒๕๕๕ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

ด้วย นางสาวสุชีรา เทศวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง" โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑาสพงษ์ ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ เรือโท ดร.ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องหมายการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007/ ๒๕๖



126

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ พฤษภาคม 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วย นางสาวสุชีรา เทศวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง" โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงษ์

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี

กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ คร. ชื่นจิตร์ . โพธิ์คำพิสุทธิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทรสาร/โทร. 258-4119

ที่ ทม 1007/ ๒๕๔๔



127

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๕ พฤษภาคม 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วย นางสาวสุธีรา เทพวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง" โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี

กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ นางสาวสุวดี สุจินิตย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทรสาร/โทร. 258-4119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์
ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วัฒนวัตรเวช
ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. อาจารย์ เรือโท ดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง
ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4. อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์พันธ์สุข
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
5. คุณสุวดี สุทินตย์
พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง เพื่อนำผลในการวิจัยไปใช้ในการวางแผน ดำเนินการ เผยแพร่ และพัฒนา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มี 3 ตอน

- ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
- ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ การควบคุมสุขภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
- ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ ณ โอกาสนี้ด้วย

สุธีรา เทศวงษ์

แบบสัมภาษณ์ เรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง () เมื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแล้ว

1. เพศ () ชาย
() หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จประถมศึกษา
- () ระดับประถมศึกษา
- () ระดับมัธยมศึกษา
- () ระดับอุดมศึกษา

4. สถานภาพสมรส

- () โสด
- () คู่
- () หย่าร้าง
- () หม้าย
- () แยกกันอยู่

5. อาชีพในปัจจุบันของท่านตรงกับข้อใด

- () ไม่มีอาชีพ
- () รับจ้าง
- () เกษตรกรรม
- () ค้าขาย
- () ข้าราชการบำนาญ

6. รายได้ บาท/เดือน

7. ลักษณะครอบครัว

() ครอบครัวเดี่ยว

() ครอบครัวขยาย

8. ท่านอาศัยอยู่ในเขต/อำเภอ (โปรดระบุ).....

.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การควบคุมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. เมื่อเจ็บป่วยท่านจะหายเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับการกระทำของท่านเอง						
2. ท่านเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของท่าน						
3. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านจะโทษว่าเป็นความผิดของท่านเอง						
4. ท่านเชื่อว่าท่านสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ได้						
5. การไปพบแพทย์เป็นประจำเป็นวิธีที่ดีที่สุด ที่ทำให้ท่านไม่เกิดการเจ็บป่วย						
6. ครอบครัวมีส่วนอย่างมากที่ทำให้ท่านมีสุขภาพดี						

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. การปรึกษาปัญหาสุขภาพกับแพทย์ พยาบาลท่านนั้น ที่ทำให้ท่านมี สุขภาพดีได้						
8. ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลืออย่างมากให้ ท่านหายจากการเจ็บป่วย						
9. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ ป้องกันไม่ได้						
10. การมีสุขภาพดีหรือไม่ดีเป็นเรื่อง ของโชคชะตาหรือความบังเอิญ						
11. ท่านจะหายป่วยเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับโชคชะตา						
12. การที่ท่านมีสุขภาพดีเป็นเพราะ ท่านโชคดี						

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัตินานครั้ง /ไม่ปฏิบัติ
6. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหลังการใช้จ่ายในขณะเจ็บป่วย			
-----	-----	-----	-----
<u>การปฏิบัติด้านโภชนาการ</u>			
7. ท่านเลือกรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในแต่ละวัน			
-----	-----	-----	-----
8. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ			
-----	-----	-----	-----
9. ท่านรับประทานอาหารผักต่าง ๆ และผลไม้สด เช่น กล้วย ส้ม มะละกอสุก มะม่วง ฯลฯ			
-----	-----	-----	-----
10. ท่านสอบถามผู้อื่นหรืออ่านฉลากอาหารสำเร็จรูป เพื่อให้ ทราบส่วนประกอบของอาหาร			
-----	-----	-----	-----
11. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มีรู้สึกว่าอ้วนหรือพอมเกินไป			
-----	-----	-----	-----
<u>การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน</u>			
12. ท่านได้ทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำสวน ทำนา ทำงานบ้าน			
-----	-----	-----	-----
13. ท่านออกกำลังกาย เช่น รำมวยจีน การเหวี่ยงแขน เหวี่ยงขา เดินออกกำลังกาย ฯลฯ			
-----	-----	-----	-----
14. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย ครั้งละ 15-20 นาที			
-----	-----	-----	-----

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัตินานครั้ง /ไม่ปฏิบัติ
15. เมื่อต้องอยู่ตามลำพังท่านหางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ ฯลฯ			
16. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อการพักผ่อน หย่อนใจ เช่น โปรแกรมการออกกำลังกาย เข้าร่วม ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ			
17. ท่านมีกิจกรรมนอกบ้านเช่น ไปวัด ไปตลาด เดินชมสินค้า ชมละคร ลิเก ไปเยี่ยมชมอุทยานแห่งชาติ บึงบอระเพ็ด ฯลฯ			
<u>รูปแบบการนอนหลับ</u>			
18. ท่านนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อยคืนละ 6-7 ชั่วโมง			
19. ท่านนอนพักผ่อนในตอนกลางวัน			
20. ท่านนอนหลับง่ายในตอนกลางคืน			
21. ถ้านอนไม่หลับท่านจะมีวิธีแก้ไข เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฯลฯ			
<u>การจัดความเครียด</u>			
22. ท่านมักทำตัวให้สนุกสนาน ร่าเริง อารมณ์ดี			
23. ท่านเพลิดเพลินกับการใช้เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ได้วางแผนไว้			

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง / ไม่ปฏิบัติ
24. ท่านหาสาเหตุว่าอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกเครียด หรือ ไม่สบายใจ			
25. ท่านมีวิธีผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ออกกำลังกาย หางานอดิเรกทำ ฯลฯ			
26. เมื่อท่านมีปัญหาท่านพยายามแก้ไขปัญหานั้นอย่างมีเหตุผล <u>การตระหนักและยอมรับในความเป็นคุณค่าแห่งตน</u>			
27. ท่านเล่าประสบการณ์ชีวิตให้ลูกหลาน หรือคนใกล้ชิดฟัง			
28. ท่านใช้ประสบการณ์ที่มีอยู่ช่วยแก้ปัญหาในครอบครัว			
29. ท่านรู้สึกพอใจกับหน้าตา และรูปร่างของตนเอง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย			
30. ท่านมักหากิจกรรมที่น่าสนใจทำในแต่ละวัน			
31. ท่านปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น			
32. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ลูกเสือชาวบ้าน ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัคร ฯลฯ			

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัตินานครั้ง /ไม่ปฏิบัติ
<u>จุดมุ่งหมายในชีวิต</u>			
33. ท่านตั้งเป้าหมายว่าจะทำอะไรให้สำเร็จภายใน ระยะเวลาที่กำหนด			
34. ท่านเชื่อว่าเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้เหมาะสมกับ ความสามารถที่ท่านจะกระทำได้			
35. ท่านมีโอกาสดำเนินตามเป้าหมายที่ท่านต้องการอย่างเต็ม ความสามารถ			
36. ท่านประสบผลสำเร็จในเรื่องที่ท่านตั้งเป้าหมายไว้			
<u>การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น</u>			
37. ท่านไปเยี่ยมเยือน และทำความคุ้นเคยกับเพื่อนบ้าน ของท่าน			
38. ท่านสังสรรค์ และ/หรือประกอบกิจกรรมร่วมกันกับบุคคล ในครอบครัว เช่น คุณปู่ ฟังวิทยุ หรือพูดคุยกัน			
39. ท่านยังไปมาหาสู่ พบปะพูดคุย โทรทัศน์ หรือจดหมายติดต่อกับผู้อื่น			
40. ท่านปรึกษาปัญหาหรือขอความช่วยเหลือจาก คนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด			

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานครั้ง / ไม่ปฏิบัติ
41. ท่านแสดงออกถึงความสนใจ ความรัก และความอบอุ่น ต่อบุคคลอื่น เช่น การถามทุกข์สุข			
42. ท่านไปร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ ฯลฯ			
43. ท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อทำความรู้จักขอรับการ ตรวจรักษา			
<u>การควบคุมสภาวะแวดล้อม</u>			
44. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด น่าอยู่ และปลอดภัย			
45. ท่านห้ามคนรอบข้างสูบบุหรี่ภายในบ้าน หรือชุมชน			
46. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด หรือมีการระบาย- อากาศไม่ดี			
47. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ ระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค ฯลฯ			

กิจกรรม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานครั้ง / ไม่ปฏิบัติ
<u>การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ</u>			
48. ท่านไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ทุกครั้งเมื่อเจ็บป่วย			
49. ท่านได้พูดคุย ชักถามแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่าน			
50. ท่านไปรับการตรวจสุขภาพ เช่น เอกซเรย์ เจาะเลือด วัดความดันโลหิต ฯลฯ เพื่อหาความผิดปกติของร่างกาย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
51. ท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจาก แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

คุณภาพของเครื่องมือ

ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดศ
ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา

ความเชื่ออำนาจภายในตน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.32
2	.61
3	.47
4	.33

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน เท่ากับ .76

ความเชื่ออำนาจผู้อื่น

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
5	.51
6	.54
7	.68
8	.21

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่ออำนาจผู้อื่น เท่ากับ .71

ความเชื่ออำนาจทางโชคลชะตา

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
9	.21
10	.50
11	.62
12	.57

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่ออำนาจทางโชคลชะตา เท่ากับ .68

ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.47
2	.58
3	.25
4	.39
5	.24
6	.39
7	.37
8	.16
9	.22
10	.37
11	.50
12	.32
13	.51
14	.46
15	.37
16	.45
17	.55
18	.14
19	.16
20	.58
21	.24
22	.62
23	.76
24	.37
25	.54

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
26	.60
27	.06
28	.35
29	.36
30	.55
31	.53
32	.44
33	.56
34	.60
35	.66
36	.58
37	.50
38	.26
39	.28
40	.22
41	.39
42	.48
43	.19
44	.30
45	.29
46	.29
47	.39
48	.36
49	.47
50	.24
51	.26

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง เท่ากับ .91

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุธีรา เทศวงษ์
วันเดือนปีเกิด	2 ตุลาคม 2497
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	279/6 หมู่ 5 ถนนเพชรเกษม แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
สถานที่ทำงาน	ตึก 3 ชั้น 3 อาคารกรมหญิง โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2515	มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกศิลป์) โรงเรียนไพศาลศิลป์ (พระนคร)
พ.ศ. 2519	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
พ.ศ. 2525	การศึกษาระดับบัณฑิต วิชาเอกพยาบาลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2542	การศึกษาระดับบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุข มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง

บทคัดย่อ
ของ
สุธีรา เทศวงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา
มกราคม 2543

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อ อำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จำนวน 396 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของ วอสตันและคณะ (1978) และแบบวัด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ สถิติที่ใช้คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้
2. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

6. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

8. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน

9. ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

10. ผู้ส่งอาชุที่มีระดับความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่อทางโชคชะตาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01, .01 และ .01 ตามลำดับ

11. ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ส่งอาชุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ส่งอาชุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

SELF HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THE ELDERLY
ATTENDING THE OUT PATIENT DEPARTMENT
OF CENTRAL HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
SUTERA TESWONG

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
January 2000

The purposes of this study were to compare and find the relationship between perceived control of health and self health promotion behavior of the elderly. The variables were sex, age, education level, marital status, occupation, income, family type, living area, internal health locus of control, powerful others health locus of control and chance health locus of control.

The sample consisted of 396 elderly people attending the out patient department of Central Hospital was selected by multistage random sampling. The data were obtained by the Multidimensional Health Locus of Control Scale and the self health promotion behavior scale and were analyzed by using the SPSS/PC+ program. The statistics were percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, F-test and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results were as follows

1. Most elderly had self health promotion behavior at moderate level.
2. The elderly with different sexes had no significant difference in the self health promotion behavior at .05 level.
3. The elderly with different ages had significant difference in the self health promotion behavior at .01 level.
4. The elderly with different education levels had significant difference in the self health promotion behavior at .01 level.
5. The elderly with different marital status had significant difference in the self health promotion behavior at .05 level.
6. The elderly with different occupations had significant difference in the self health promotion behavior at .01 level.
7. The elderly with different incomes had significant difference in the self health promotion behavior at .01 level.

8. The elderly with different family types had no significant difference in the self health promotion behavior at .05 level.

9. The elderly with different living areas had significant difference in the self health promotion behaviors at .05 level.

10. The elderly with different internal health locus of controls, powerful others health locus of controls and chance health locus of controls had significant difference in the self health promotion behavior at .01, .01 and .01 levels respectively.

11. There were positive relationships between internal health locus of control and self health promotion behavior and powerful others health locus of control and self health promotion behavior at .01 level significantly. There was negative relationship between chance health locus of control and self health promotion behavior at .01 level significantly.