

613.0439

๙๖๖27๙1

ร.๓

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลตำรวจ

ปริญพานันท์

ของ

ร้อยตำรวจเอกหญิง นิภาวัลย์ สุวรรณสุรังค์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2541

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้วเห็นสมควร
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสหศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(อาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(อาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสหศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2541

ประกาศศุภการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากคณาจารย์ผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นิพนธ์ศรี โตคติเทพย์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติมในการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่าน ที่ให้ความรู้และชี้แนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ พลตำรวจโท นายแพทย์ หม่อมราชวงศ์ถวัลย์ภกร วรวรรณ รองศาสตราจารย์ผาดิต บิลมาศ รองศาสตราจารย์ภาพร มัชฌมางกูร ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาสิ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา และอาจารย์บุปผา ปลื้มสำราญ ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถาม และให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไข แบบสอบถามให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

อนึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลจนประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ในการทำปริญญานิพนธ์นี้จนสำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยสำนึกในความกรุณาและซาบซึ้งในน้ำใจทุกท่านด้วยความจริงใจ ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ร้อยตำรวจเอกหญิง นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	10
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	10
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	11
นิยามศัพท์เฉพาะ	11
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	14
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	14
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	85
การวิจัยในต่างประเทศ	85
การวิจัยในประเทศไทย	89
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	101
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	104
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	104
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	104
ลักษณะของเครื่องมือ	104
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	105
เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ	105
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	107
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	108
วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล	108
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	109

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	116
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	116
การวิเคราะห์ข้อมูล	116
ผลการศึกษาค้นคว้า	117
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	166
บทย่อ	166
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	166
วิธีดำเนินการวิจัย	166
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	166
ลักษณะของเครื่องมือ	166
การวิเคราะห์ข้อมูล	167
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	168
อภิปรายผล	169
ข้อเสนอแนะ	175
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	175
บรรณานุกรม	176
ภาคผนวก	203
ภาคผนวก ก. หนังสือขอความอนุเคราะห์	204
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	209
ประวัติย่อของผู้วิจัย	216

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ร้อยละของประชากรโลกและของบางประเทศในภูมิภาคเอเชียที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ (คาดประมาณให้มีความผันแปร ระดับกลาง) ปี พ.ศ. 2533	2
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้และแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ ในชมรม ผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ	117
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ	122
4	สรุปพฤติกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	123
5	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ	124
6	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ ..	125
7	วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ	126
8	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจำแนก ตามกลุ่มอายุ	127
9	วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ	127
10	การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกตาม กลุ่มอายุ	128
11	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ	129
12	วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ	129
13	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา	130
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับ การศึกษา	131

ตาราง	หน้า
15 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	131
16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา	132
17 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	133
18 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	134
19 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	134
20 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	135
21 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	136
22 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	136
23 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	137
24 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	138
25 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	138
26 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	139
27 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	140
28 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	140

ตาราง	หน้า
29 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่	141
30 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่	142
31 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่	142
32 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่	143
33 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่	144
34 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่	144
35 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	145
36 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	146
37 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	146
38 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	147
39 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	148
40 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	148
41 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	149

ตาราง	หน้า
42 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	150
43 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ	150
44 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	151
45 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	152
46 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	152
47 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	153
48 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	154
49 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	155
50 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	156
51 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	156
52 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	157
53 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้	158
54 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ ตัดตามแหล่งรายได้	159

ตาราง	หน้า
55 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้	159
56 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้	160
57 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้	161
58 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้	161
59 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	162
60 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	163
61 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้	164
62 คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออก กำลังกายของผู้สูงอายุ	165

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงสัดส่วนกลุ่มอายุประชากร จากสามะโนประชากร 2513 2523 2533 และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543	5
2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	25
3 ทำบริหารการหายใจ	57
4 ทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตา	58
5 ทำการบริหารใบหน้า	59
6 ทำบริหารคอ	60
7 ทำนั่งห้อยแขน	61
8 ทำกางแขน	61
9 ทำกอด	62
10 ทำดัดนิ้วและฝ่ามือ	63
11 ทำกำตัวห้อยแขน	64
12 ทำกำตัวหาเข้า	65
13 ทำกำตัวแตะพื้น	66
14 ทำแขม่วท้อง	66
15 ทำเหยียดขา	67
16 ทำควงเท้า	67
17 ทำยื่นงอเข้า	68
18 ทำเหวี่ยงขา	69
19 ทำเอนตัว	70
20 ทำย่อตัว	71
21 ทำเหยียดน่อง	72
22 ทำยืดตัว	73
23 ทำเขย่งเท้า	74
24 ทำยื่นกระโดดน้ำ	75
25 ทำยื่นขาเดียว	76

ภาพประกอบ	หน้า
26 ทำเดินเป็นเส้นตรง	77
27 ทำควงปลายเท้า	78
28 ทำเขยิบขา	79
29 ทำนั่งโน้มตัว	80
30 ทำนอนยกขา	81
31 ทำนอนกอดเข่า	82
32 ทำนอนกางแขนและขา	83
33 ทำการผ่อนคลาย	84
34 กรอบแนวคิดในการวิจัย	101

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติในปี พ.ศ. 2536 มีจำนวน 455.66 ล้านคน (สุจินต์ ผลการกุล. 2532 : 385) และผลจากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2543 จะมีประชากรสูงอายุในโลกจำนวน 590 ล้านคน หรือร้อยละ 9.6 ของประชากรโลกทั้งหมด และผลจากการคาดประมาณประชากรนี้พบว่า ประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุนี้อัตราส่วนของการกระจายตัวในอัตราค่อนข้างทัดเทียมกัน ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนา แต่เมื่อถึงปี พ.ศ. 2568 ปรากฏว่าประมาณร้อยละ 71 ของประชากรสูงอายุในโลกจะมีจำนวน 1,200 ล้านคน จะอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (Skeet. 1988 : 2 - 3)

นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติยังได้ประมาณจำนวนประชากรสูงอายุ ในระดับภูมิภาคด้วย ในปี พ.ศ. 2536 ประมาณร้อยละ 82 ของผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียและกลุ่มประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ ในภูมิภาคเดียวกันนี้จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 83 แต่เมื่อถึงปี พ.ศ. 2563 ประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนลดลงเพียงเล็กน้อยคือประมาณร้อยละ 79 (บรรลุ ศิริพานิช. 2533 : 432)

การที่สัดส่วนของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับนั้น ย่อมมีนัยสำคัญยิ่งต่อการวางแผนพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรในลักษณะดังกล่าวนี้มีผลทำให้หลายประเทศในภูมิภาคเอเชียเกิดความห่วงใยว่าจะดำเนินการ เพื่อจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้อย่างไร ทั้งนี้มีข้อสังเกตอยู่ประการหนึ่งว่า ปัจจุบันหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย ยังมีได้ริเริ่มหรือผนวกเอานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตเข้าไว้ในแผนประชากรหรือแผนพัฒนาประเทศแต่อย่างใด (ภัสสร ลิมานนท์. 2535 : 2)

เนื่องจากอัตราการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชีย มีความแตกต่างกันมาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสนใจและ

กระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้อง เกิดความตระหนักในกระบวนการเปลี่ยนแปลงประชากรในลักษณะที่จะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากขึ้นกว่าเดิม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงประชากรกลุ่มนี้ที่มีต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการที่จะต้องผลักดันให้เกิดนโยบายและการวางแผนล่วงหน้าเพื่อดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

ปัจจุบันนี้ ปรากฏว่าหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย อัตราการเพิ่มประชากรเริ่มลดลง โดยที่ประเทศเหล่านั้นได้มีการลดจำนวนทั้งอัตราเกิดและอัตราตาย หลายประเทศในภูมิภาคเอเชียสามารถควบคุมระดับการเจริญพันธุ์ให้ลดลงจากร้อยละ 5 เหลือประมาณร้อยละ 3.5 (Chen and Gavin. 1989 : 80)

ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็วนั้นได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในโครงสร้างทางอายุของประชากร นั่นคือในแต่ละปีจะมีเด็กที่เกิดใหม่จำนวนน้อยลง และขณะที่ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราเกิดสูงในอดีต และประชากรมีอายุโดยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น

จากการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2533 โดยกำหนดให้มีความผันแปรระดับปานกลาง พบว่า ภูมิภาคเอเชียนั้นสัดส่วนของประชากรในวัย 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ ดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละของประชากรโลกและของบางประเทศในภูมิภาคเอเชียที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ (คาดประมาณให้มีความผันแปรระดับกลาง) ปี พ.ศ. 2533

ประเทศ*	ปี					
	2523	2533	2543	2553	2563	2573
ระดับโลก	-	9.2	9.6	10.1	11.8	12.8
จีน	-	8.8	9.8	11.4	15.0	17.2
ฮ่องกง	-	12.9	14.6	17.0	24.5	27.7
อินโดนีเซีย	-	6.3	7.6	8.8	11.0	12.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเทศ*	ปี					
	2523	2533	2543	2553	2563	2573
ญี่ปุ่น	-	17.2	21.5	26.3	27.8	27.9
เกาหลี	-	7.1	9.1	11.3	15.5	17.9
มาเลเซีย	-	5.7	6.5	7.9	10.5	11.9
ฟิลิปปินส์	-	5.2	5.6	6.5	8.5	9.5
สิงคโปร์	-	8.6	10.8	14.8	22.1	25.1
ประเทศไทย	5.4	6.1	7.3	8.7	11.6	13.4

ที่มา : U. N. Department of International Economic and Social Affairs.
1991.

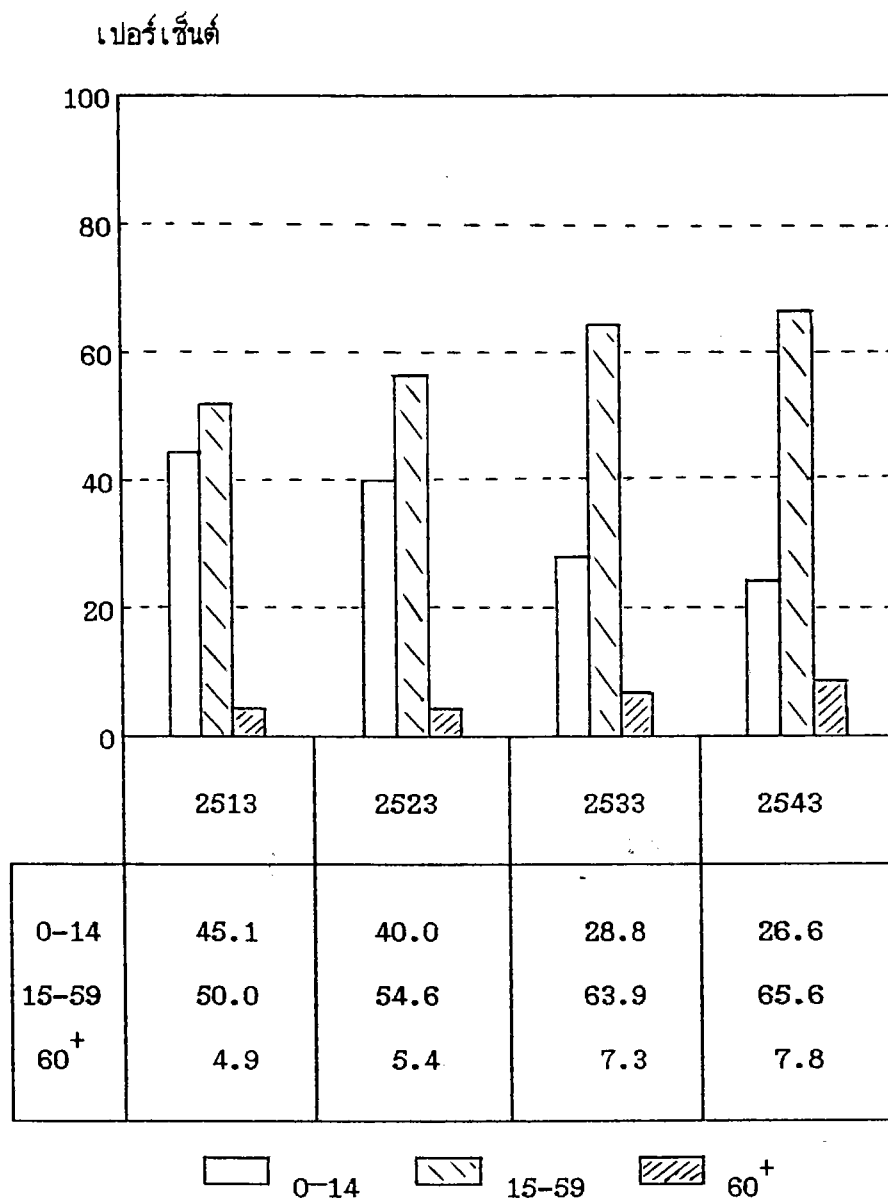
* คัดเลือกนำเสนอเฉพาะบางประเทศในภูมิภาคเอเชีย

ในบรรดาปัญหาหลายประการที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรสูงอายุนั้น สุขภาพและการรักษาพยาบาลจะเป็นปัญหาหนึ่งที่อยู่ในความสนใจ เป็นความกังวลในบรรดาผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ข้อเท็จจริงประการหนึ่งที่ไม่อาจปฏิเสธได้ก็คือ มนุษย์นั้นยิ่งสูงวัยมากขึ้นเท่าใด โอกาสจะเจ็บป่วยก็มีมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ดังนั้นประชากรสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าจะมีปัญหาสุขภาพมากที่สุด เมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น ปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องจัดให้มีการดูแลทางด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ รวมทั้งอาจจะต้องเตรียมในเรื่องค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการด้านนี้แก่ผู้สูงอายุด้วย

ปัจจุบันเกือบทุกประเทศมีนโยบายและจัดให้มีบริการด้านสุขภาพ และสวัสดิภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง แม้จะอยู่ในระดับที่ไม่ทัดเทียมกัน ซึ่งเป็นการจัดแบบเต็มรูปแบบหรือจัดให้มีเป็นบางส่วน เช่น การจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุด้วยโอกาสหรือด้วยความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลในเรื่องเหล่านี้

ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้ให้ความสนใจอย่างยิ่งกับจำนวนผู้สูงอายุที่นับวันเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุในลักษณะผสมผสานทำให้เกิดศาสตร์ใหม่เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Geronto Logy) ซึ่งหมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ศาสตร์นี้ได้แปรการศึกษาออกไปหลายสาขา เช่น นักชีววิทยาจะศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ภายในร่างกาย นักจิตวิทยาจะศึกษาเรื่องการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส นักเศรษฐศาสตร์ จะเน้นเรื่องค่าใช้จ่าย รายได้ รายจ่าย ของผู้สูงอายุ แพทย์-พยาบาล สนใจด้านการเจ็บป่วย การป้องกันโรค นักสังคมวิทยา มุ่งเน้นศึกษาความสัมพันธ์ และวัฒนธรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2525 เป็นปีที่องค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นปีสุขภาพผู้สูงอายุและให้คำขวัญไว้ว่า "Add Life to Years" ซึ่งแปลความหมายว่า เพิ่มชีวิตชีวาให้กับอายุที่ยืนยาวออกไป ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำขวัญไว้ว่า "ให้ความรักพิทักษ์อนามัยผู้สูงวัยอายุยืน" (บรรลु ศิริพานิช. 2528 : 1)

สำหรับประเทศไทย จากการสำมะโนประชากร พ.ศ. 2513 พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2533 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.9 5.4 และ 7.3 ตามลำดับ และคาดว่าจะในปี 2543 จะเพิ่มจำนวนเป็นร้อยละ 7.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2523 : 8)



ภาพประกอบ 1 แสดงสัดส่วนกลุ่มอายุประชากร จากสำมะโนประชากร 2513 2523 2533 และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2533.

จากการที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ครอบครัวซึ่งเคยอยู่กันพร้อมหน้า ทั้งพ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย มีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องอยู่ตามลำพัง ขาดการดูแล เอาใจใส่จากลูกหลาน ต้องประสบ

ปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ทางกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุ มีความเป็นอยู่อย่างลำบาก

รัฐบาลไทยเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ เห็นได้จากการที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2525 ได้อนุมัติให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งนี้ โดยได้เล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุว่า ไม่ใช่คนไร้ประโยชน์แต่เป็นคลังประสบการณ์ เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เป็นผู้นำทางจิตใจที่ทำให้สังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรของสังคมในระดับครอบครัวให้รวมเป็นปึกแผ่น เป็นผลถึงความมั่นคงภายในชาติบ้านเมือง มนุษย์เราชอบสะสมเครื่องลายครามของเก่า เพราะความชรา "ความมีอายุ" ของสรรพสิ่งนั้นเป็นของน่ารัก บ่งบอกถึงคุณค่าของความคงทน การผ่านโลกมานานมาก และประวัติศาสตร์ ความเจริญรุ่งเรืองของเครื่องลายครามนั้นมีคุณค่ามากชนิดใด คนเราที่มีอายุมากแล้วก็เป็นที่ทรงคุณค่ามากชนิดนั้น ฉะนั้นรัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุเช่นเดียวกันกับประเทศต่าง ๆ จึงได้กำหนดเป็นนโยบาย แนวมาตรการไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้วย สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้บรรจุเรื่องผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุไว้ในหัวข้อเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมว่า "รัฐมีนโยบายจะส่งเสริม และสนับสนุนงานด้านบริการ สังคมสงเคราะห์ ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อเร่งรัดการกระจายบริการสังคมไปสู่ประชาชนที่ยากจนในแหล่งที่เสื่อมโทรม ภายในเมืองใหญ่ ๆ และชนบทที่ห่างไกล โดยสนับสนุนให้มีการออกกฎหมายจัดระบบ และวิธีการประกันสังคม และให้สวัสดิการสังคมเพื่อให้บริการจุดมุ่งหมายที่จะให้การสงเคราะห์ และสวัสดิการแก่บุคคลที่มีปัญหาในสังคม และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามลำดับ เช่น เด็ก คนชรา คนพิการทุพพลภาพ ฯลฯ"

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้กำหนดแนวนโยบาย และมาตรการในหัวข้อสวัสดิการสังคมว่า

2.1 ส่งเสริมสนับสนุนสถาบันครอบครัวในการดูแลคนชราให้มากขึ้น

2.2 ให้การสงเคราะห์คนชราทั่วไป โดยการเปิดศูนย์บริการคนชราเพื่อให้บริการ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด นันทนาการ และให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

2.3 ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเดือดร้อน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยรับเข้าในสถานสงเคราะห์

3. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ได้กำหนดเรื่องผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพและแรงงานว่า "รัฐได้เน้นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเน้นบทบาทของรัฐ ในการสร้างความเข้าใจถึงปัญหาผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ประชาชนวางแผนเตรียมการเพื่อการพึ่งตนเองในยามสูงอายุ"

4. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้กำหนดเรื่องผู้สูงอายุในหัวข้อแนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมว่า "จัดระบบการให้สวัสดิการสังคมแก่ผู้ด้อยฐานะทางเศรษฐกิจ และผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในลักษณะต่าง ๆ เช่น การให้เงินอุดหนุนหรือทุนการศึกษา การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากจน ผู้สูงอายุ และผู้มีการทุพพลภาพโดยปรับแนวคิดในการจัดสวัสดิการช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสจากลักษณะสงเคราะห์ไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ด้อยโอกาสให้สามารถพึ่งตนเองได้และเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาประเทศต่อไป"

5. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ในด้านการพัฒนาสุขภาพและพลานามัย การเสริมสร้างโอกาสให้คนไทยทุกคนเป็นผู้มีสุขภาพพลานามัยดี มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีแนวทางการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู ดังนี้

5.1 จัดสวัสดิการสงเคราะห์โดยเพิ่มเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ หรือผู้เลี้ยงดูให้มากขึ้น รวมทั้งขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงทั้งในเมืองและชนบทในรูปแบบที่เหมาะสม

5.2 ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งพิจารณาให้สิ่งจูงใจแก่บุตรหรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน

5.3 สนับสนุนให้สถานพยาบาลเอกชน องค์กรภาคเอกชน องค์กรศาสนาและชุมชน เข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดสวัสดิการชุมชนดูแลผู้สูงอายุ การจัดสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

5.4 ส่งเสริมให้มีองค์กรหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่เป็นเอกภาพ โดยทำหน้าที่วางแผนรวบรวมข้อมูล และประสานการดำเนินงานอย่างเป็นเครือข่ายไปในทิศทางเดียวกัน

สำหรับแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2525 - 2544 ซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการการศึกษาและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยกำหนดนโยบายมาตรการ และเป้าหมายของผู้สูงอายุไว้ในด้านสุขภาพ ดังนี้

นโยบายด้านสุขภาพ

1. สนับสนุน และส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก รวมทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้โดยให้ความสำคัญแก่พื้นที่ชนบทยากจน

2. ให้ความสำคัญแก่บริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน

3. เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งกายและจิต โดยให้เร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบท

มาตรการ

1. จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่าง ๆ และชักชวนให้โรงพยาบาลเอกชนให้ความร่วมมือมากขึ้น

2. จัดทำแผนงานและแนวทางปฏิบัติที่จะผสมผสานระบบบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับการบริการทางสังคม โดยให้มีการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชนด้วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพอนามัย

3. เผยแพร่วิธีการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือจากสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ ให้การศึกษาและฝึกอบรมเรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งวิธีการที่ผู้สูงอายุจะดูแลตนเองด้วย

เป้าหมาย

คณะกรรมการการศึกษาและวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่าอย่างน้อยภายใน 20 ปีข้างหน้า การดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ ควรจะได้บรรลุเป้าหมายหลักที่สำคัญดังนี้

1. ผู้สูงอายุได้รับความรู้และบริการในงานสาธารณสุขขั้นมูลฐาน โดยเฉพาะด้านการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะรู้จักป้องกัน และรักษาสุขภาพทั้งทางกายและจิตของตนเองได้ในระดับหนึ่ง เพื่อให้มีผลในการลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ให้มากที่สุด

2. ผู้สูงอายุหลังจาก 60 ปีแล้ว ควรจะมีอายุเพิ่มขึ้นอีกอย่างน้อย 5 ปี

3. มีบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุควรมีโรงพยาบาลทุกแห่ง ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

ในเรื่องนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ขานรับนโยบายดังกล่าวและกำหนดเป็นนโยบายในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. โครงการให้บริการสาธารณสุขทุกรูปแบบแก่ผู้สูงอายุ โดยให้การผสมผสานเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน

2. โครงการการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค

3. โครงการจัดให้มีสถานบริการสาธารณสุขเฉพาะผู้สูงอายุให้เพียงพอ

โครงการต่าง ๆ ที่จัดให้บริการแก่ผู้สูงอายุดังกล่าว ได้ดำเนินการโดยองค์การอาสาสมัครในชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การเลี้ยงอาหารบางมื้อให้ผู้สูงอายุ (Meal on Wheels) การบริการเป็นเพื่อน (Befriender) การให้คำปรึกษาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ตอนกลางวัน บริการด้านนันทนาการ ด้านศาสนา และชมรมผู้สูงอายุ ในปัจจุบันแนวความคิดจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุกำลังได้รับความนิยมอย่างมาก เพราะชมรมดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการด้านสังคมและด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้มาก เช่น ในประเทศสิงคโปร์มีชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นประมาณ 160 ชมรม ในประเทศไทยมีชมรมผู้สูงอายุประมาณ 80 ชมรม จัดขึ้นในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพระดับหนึ่งแก่ผู้สูงอายุและทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้และจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรม (ภัสสร ลิมานนท์. 2535 : 21)

ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตำรวจ ได้ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2527 โดยมี พลตำรวจโทนายแพทย์ โมตรี เรืองตระกูล เป็นผู้บังคับการ โดยจัดให้มีโครงการการออกกำลังกายพร้อมกันเป็นกลุ่มตอนเช้าระหว่างเวลา 07.00 น. - 08.00 น. ทั้งนี้ได้คำนึงว่าเป็นเวลาที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์และยังไม่ได้รับการรักษา และไม่ทำให้เกิดการเสียหายแก่เวลาปฏิบัติราชการ การออกกำลังกายใช้กิจกรรมการบริหารร่างกาย ในท่าธรรมดาต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีสุขภาพดี มีความกระฉับกระเฉงและอดทนเป็นหลักสำคัญ การดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุระยะแรกโดยพลตำรวจโทนายแพทย์ หม่อมราชวงศ์ถวัลย์ภักกร วรวรรณ นอกจากกิจกรรมการออกกำลังกายแล้ว ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ได้ให้ความสำคัญทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุควบคู่กันไป โดยจัดให้มี

การบรรยายความรู้ต่าง ๆ ตลอดจนรับปรึกษาคำแนะนำปัญหาสุขภาพ จัดให้มีทัศนศึกษา เยี่ยมและให้กำลังใจช่วยเหลือสมาชิกของชมรมเมื่อยามเจ็บป่วย

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจ มีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจว่ามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำโครงการและวางแผนในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง แก่สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ เพื่อความเป็นอยู่ดี มีสุขภาพทางกายและทางจิตใจ ตลอดจนลักษณะการอยู่ในสังคมดีกว่าเป็นอยู่ในปัจจุบัน

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ และแหล่งรายได้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. นำผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมต่าง ๆ
2. ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ พยาบาล นักสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้จัดดำเนินงาน และพัฒนาโครงการการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ
3. เป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจจะได้ศึกษาวิจัยโครงการอื่น ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2539 จำนวน 384 คน เป็นชายจำนวน 115 คน และเป็นหญิงจำนวน 269 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2539 จำนวน 196 คน เป็นชายจำนวน 60 คน และเป็นหญิงจำนวน 136 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้ามี่ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ และแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ประกอบด้วย
 - 2.1 ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย
 - 2.2 เจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
 - 2.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการออกกำลังกายทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยเน้นความสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ (ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. 2532 : 38)

- 1.1 ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย หมายถึง ความสามารถในการจำได้ ระลึกได้ในเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
- 1.2 เจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
- 1.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำการแสดงออกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

2. ผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมกันจัดตั้งเป็นชมรมใช้ชื่อย่อว่า "ชสอ.พต." ชื่อภาษาอังกฤษว่า "Society of the Elderly Police Hospital" (S.E.P.H.) ชมรมตั้งอยู่ ณ งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดึกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลตำรวจ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ซึ่งมีสมาชิก 3 ประเภท คือ

2.1 กิตติมศักดิ์ ได้แก่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด หรือผู้อุปการะคุณ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

2.2 สามัญ ได้แก่ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป

2.3 สมทบ ได้แก่ อายุ 60 ปีลงมา

3. อายุ หมายถึง ช่วงชีวิตตามพัฒนาการของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วง (วิจิตร บุญยะโหดระ. 2535 : 45) ดังนี้

3.1 อายุต่ำกว่า 60 ปี

3.2 60 - 64 ปี

3.3 65 - 70 ปี

3.4 70 ปีเป็นต้นไป

4. การศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาระดับสูงสุดของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 179) ดังนี้

4.1 ไม่ได้เข้าศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา

4.2 ระดับประถมศึกษา หรือเทียบเท่า

4.3 ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

4.4 ระดับอุดมศึกษา หรือเทียบเท่า

5. สถานภาพการสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกได้ (บรรลุศิริพานิช. 2528 : 180 - 181) ดังนี้

5.1 โสด

5.2 คู่ (อยู่ร่วมกัน)

5.3 คู่ (แยกกันอยู่)

5.4 หม้าย

6. สภาพความเป็นอยู่ หมายถึง การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องพึ่งพาอาศัยจากผู้อื่น ในการช่วยเหลือดูแล แบ่งออกได้ดังนี้ (สมพร อินทร์แก้ว. 2532 : 27)

- 6.1 อยู่คนเดียว
- 6.2 อยู่กับคู่ครอง
- 6.3 อยู่กับบุตร หลาน
- 6.4 อยู่กับคู่ครอง และบุตรหลาน
- 6.5 อยู่กับคนอื่น ๆ (โปรดระบุ

7. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้ประจำเพื่อเลี้ยงตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

- 7.1 รับจ้าง
- 7.2 ค้าขาย
- 7.3 เกษตรกร
- 7.4 ข้าราชการบำนาญ
- 7.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

8. รายได้ หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือรายได้จากอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้ (สถาบันประชากรศาสตร์. 2528 : 162)

- 8.1 ไม่มีรายได้
- 8.2 ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน
- 8.3 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน
- 8.4 ตั้งแต่ 5,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป

9. แหล่งรายได้ หมายถึง หน่วยงานหรือบุคคลที่ให้เงินแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 281)

- 9.1 อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)
- 9.2 รัฐบาล (บำนาญ)
- 9.3 ญาติ
- 9.4 อื่น ๆ (ระบุ

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับ คือ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ความหมายและแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกับการออกกำลังกาย ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผลเสียที่ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ข้อห้ามในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ทำบริหารกายสำหรับผู้สูงอายุ
2. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ การวิจัยในต่างประเทศ และการวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมาย และขอบเขตของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ยังมีความแตกต่างกันระหว่างนักพฤติกรรมศาสตร์ นักสุขภาพ และนักวิชาการด้านสาธารณสุข แต่แนวคิดหลักของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับคือ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งภายนอก (Overt Behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งสามารถจะใช้เครื่องมือวัดได้ พฤติกรรมภายนอกนั้น ได้แก่ การปฏิบัติซึ่งสามารถสังเกตและมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายในนั้น มีความหมายกว้างขวางซึ่งได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological Factors) ต่าง ๆ ซึ่งสามารถจะใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาวัดได้ องค์ประกอบเหล่านั้น ได้แก่ ความเชื่อ ความคิดเห็น การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ ความคาดหวังหรือเป้าหมาย ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่าองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล แต่การที่ผู้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพจะเลือกศึกษาตัวแปรใดนั้นก็แล้วแต่เป้าหมายของการศึกษา ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย หรือที่ต้องการจะทดสอบเหล่านี้ เป็นต้น แต่ละองค์ประกอบดังกล่าว

ก็อาจมีความหมายและขอบเขตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทฤษฎี หรือแนวคิดที่ยึดเป็นหลักซึ่งมีมากมาย นักพฤติกรรมศาสตร์ก็ยังไม่มีความคิดเห็นที่ตรงกันหรือเหมือนกันทุกอย่าง ผู้ศึกษาจึงต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ให้กว้างขวางและพิจารณาความเหมาะสม ความทันสมัย และความมีเหตุผลในการเลือกให้คำนิยาม และขอบเขตของตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพที่จะศึกษา (ประภาณี สุวรรณ. 2537 : 221)

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

ตามความคิดเห็นของโกชแมน (Gochman) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง "คุณสมบัติหรือลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบอื่น ๆ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และพฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติ และนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพดี การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพ" (Gochman. 1982 : 169)

และจากคำนิยามของคณะทำงานทางวิทยาศาสตร์ ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวไว้ว่า "การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการค้นหาว่ามีตัวกำหนดอะไรบ้างที่ทำให้บุคคลเชื่อ คิดและรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพ และสิ่งที่บุคคลเชื่อ คิดและรู้สึกนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การปฏิบัติของบุคคลอย่างไรบ้าง" (WHO. 1986)

สุชาติ โสภประยูร (2525 : 44) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาณี สุวรรณ (2527 : 202) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้น อาจแยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ การปฏิบัติตามปกติ วิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2528 : 60) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 2 นัย คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (Health - Related Behavior)

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกตนเองว่าเจ็บป่วย (Sickness Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของบลูม (Bloom) ดังได้กล่าวมาแล้วว่า แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากศาสตร์หลายสาขา เช่น พฤติกรรมศาสตร์อันประกอบด้วย จิตวิทยา สังคมวิทยา มนุษยวิทยา รวมทั้งศาสตร์ ทางด้าน การศึกษา ตัวแปรหนึ่งที่กล่าวได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรม (ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรม สุขภาพหรือพฤติกรรมด้านอื่น ๆ) คือ ความรู้ ซึ่งแนวคิดและหลักการในการพัฒนา การเปลี่ยนแปลง การวัดและการแปลผลขององค์ประกอบด้าน "ความรู้" นี้ส่วนใหญ่จะได้มาจากนักจิตวิทยา การศึกษา ซึ่งผู้ที่เป็นผู้นำในด้านทฤษฎีเกี่ยวกับ "ความรู้" ที่จะได้นำมากล่าวในที่นี้คือ บลูม และ คนอื่น ๆ (Bloom and others. 1975 : 65 - 197) จุดมุ่งหมายแรกเริ่มของแนวความคิดของบลูมนี้ก็เพื่อจะใช้ประโยชน์ในการสอนของครู ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนของครูนั้นก็ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ในด้านกิจกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ก็เปรียบเสมือนการจัดการศึกษาเหมือนกัน กล่าวคือ กิจกรรมการศึกษา (หรือสุขภาพศึกษา) ที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยหรือ ประชาชนทั่วไปนั้นก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ทางด้าน สุขภาพนั่นเอง ดังนั้นแนวความคิดของบลูมและคนอื่น ๆ ก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลกิจกรรมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้เช่นเดียวกัน

บลูม และคนอื่น ๆ ได้จำแนกจุดมุ่งหมายของการศึกษา ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้สอนยึดถือในการวางแผนการสอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้กับผู้เรียนเป็น 3 กลุ่ม หรือ 3 Domains คือ พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เจตพิสัย (Affective Domain) และทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) ปัจจุบันพฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย ได้มีการศึกษาและใช้ในการเรียนการสอนอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการเรียนการสอน สามารถสังเกตหรือสร้างเครื่องมือวัดได้ง่าย และยังเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เบื้องต้นในการจะนำไปสู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ กลุ่มเจตพิสัย และทักษะพิสัยด้วย ในที่นี้จะได้จำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ แต่ละกลุ่มโดยสังเขป แล้วจะเสนอแนวทางการวัดพฤติกรรมกลุ่มต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นความสามารถ และทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแบ่งย่อยได้เป็น 6 ชั้น ดังนี้

1. การรู้ (Knowing) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ ซึ่งมวลประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.1 ความรู้เฉพาะเรื่องเฉพาะอย่าง เป็นการระลึกข้อมูลในส่วนย่อย ๆ เฉพาะอย่างที่ยกได้โดด ๆ

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น วัฏวัน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่ ฯลฯ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีทางและวิธีการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะ

1.2.1 ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี

1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับก่อนหลัง

1.2.3 ความรู้ในการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่

1.2.4 ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและกระบวนการ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง

1.3.1 ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป

1.3.2 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ แยกได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การแปลความ เป็นการจับใจความให้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมาย หรือจากอีกภาษาหนึ่งของการสื่อสารไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 การตีความหมาย เป็นการอธิบายความหมาย หรือสรุปเรื่องราว โดยการจัดระเบียบใหม่ รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่

2.3 การขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาที่เหนือไปกว่าขอบเขตที่รู้เป็น การขยายขีดการอ้างอิง หรือแนวโน้มที่เกินเลยจากข้อมูล

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่า เป็นการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์ รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี ฯลฯ

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อย เป็นองค์ประกอบสำคัญ ๆ หรือเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับชั้นของความคิดความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้ก็เพื่อมุ่งที่จะให้การสื่อความหมายมีความชัดเจนยิ่งขึ้น อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการชี้ให้เห็นหน่วยย่อย ๆ ที่เป็นส่วนประกอบ อยู่ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกการประสานหรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.3 การวิเคราะห์หลักการในเชิงจัดดำเนินงาน เป็นการชี้ให้เห็นระบบจัดการ และวิธีการรวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการผูกข้อความขึ้นโดยการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์ไปยังผู้อื่น

5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาหรือเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของงานที่ได้รับมอบหมาย หรือที่คิดทำขึ้นเอง

5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการพัฒนาหรือสร้างชุดของความสัมพันธ์เชิงนามธรรมขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องจำแนกหรืออธิบายข้อมูลหรือปรากฏการณ์บางอย่างจากข้อความเบื้องต้น

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะกำหนดเกณฑ์ขึ้นเอง หรือผู้อื่นที่กำหนด จำแนกได้เป็นทั้ง 2 ลักษณะ คือ

6.1 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายใน เป็นการประเมินค่าความถูกต้องของวัสดุอุปกรณ์ข้อความเหตุการณ์ตามคุณสมบัติประจำตัวของวัสดุอุปกรณ์ข้อความ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6.2 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายนอก เป็นการประเมินค่าโดยอ้างอิงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ข. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตนิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน

1. การยอมรับ (Receiving) เป็นความสามารถในการรู้จักหรือความสนใจในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1.1 การรับรู้
- 1.2 ความรู้สึกเต็มใจที่จะรับรู้
- 1.3 ความควบคุมความสนใจต่อสิ่งเร้า

2. การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจเต็มใจ และพอใจในสิ่งเร้า จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- 2.1 การยินยอมที่จะตอบสนอง
- 2.2 การเต็มใจที่จะตอบสนอง
- 2.3 ความพอใจในการตอบสนอง

3. การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึกหรือสำนึกในคุณค่าหรือคุณธรรมของสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบ และเชื่อถือในสิ่งนั้น จำแนกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

- 3.1 การยอมรับในค่านิยม
- 3.2 ความรู้สึกชื่นชอบหรือพอใจในค่านิยมนั้น
- 3.3 ความยึดมั่นในค่านิยมนั้น

4. การจัดระบบ (Organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ เข้ามาเป็นระบบ จำแนกเป็น

- 4.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับค่านิยม
- 4.2 การจัดระบบของค่านิยม

5. การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิยม เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะ หรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากระบบค่านิยมที่ยึดมั่น จำแนกได้เป็น

- 5.1 การสรุปรวมถึงกลุ่มค่านิยม
- 5.2 การมีลักษณะนิสัย

ค. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย แยกย่อยได้เป็น 5 ชั้น ดังนี้

1. การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ
2. การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ
3. การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแผนที่เห็นว่าถูกต้อง
4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าการกระทำนั้น อย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง
5. การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญในกิจกรรมสุขภาพก็คือ การเปลี่ยนแปลงในจุดมุ่งหมายทางการศึกษาของเบนจามิน เอส บลูม (Benjamin S. Bloom) ดังที่กล่าวมาแล้ว แต่เน้นการเรียนรู้ในด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นวัดได้ 4 กลุ่ม (ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร. 2531 : 44 - 52)

1. ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Knowledge) หมายถึง กระบวนการด้านสมอง เป็นการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การที่นักเรียนมีความรู้ และความเข้าใจในเนื้อหาวิชาต่าง ๆ ของวิชาสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม การให้ความรู้นั้นอาจแบ่งเป็นชั้น ๆ หรือพฤติกรรมตามลำดับ ความยากง่ายเพื่อให้ผู้เรียนสามารถจดจำระลึกนึกถึงเรื่องราวด้านสุขภาพได้ สามารถตีความ และจินตนาการเหตุการณ์ที่พบเห็นได้นำสิ่งที่รู้เห็นไปใช้ได้แยกแยะเรื่องราวต่าง ๆ ได้ ผสมผสาน ความรู้เก่าเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ สามารถประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อสุขภาพได้

2. เจตคติทางด้านสุขภาพ (Health Attitude) เป็นพฤติกรรมทางด้านความรู้สึกหรือทางด้านจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับท่าที ความรู้สึก ความชอบ อารมณ์ การยอมรับหรือไม่ยอมรับ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล สังเกตด้วยตาเปล่าไม่ได้ เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ ได้แก่ การที่นักเรียนมีเจตคติ หรือปฏิกิริยาในด้านความรู้สึกต่อเรื่องสุขภาพดีขึ้น หรือเพิ่มพูนมากขึ้นกว่าเดิม

3. การปฏิบัติทางด้านสุขภาพหรือสุขภาพปฏิบัติ (Health Practice) เป็นกระบวนการทางด้านร่างกายหรือการใช้กล้ามเนื้อ ได้แก่ การที่นักเรียนได้กระทำหรือมีความสามารถในการปฏิบัติในสิ่งที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสม

4. ทักษะทางด้านสุขภาพ (Health Skill) ได้แก่ การที่นักเรียนได้มีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ หรือมีสุขนิสัยจนเกิดความชำนาญ ชำนาญ แคล่วคล่อง ว่องไว และเรียบร้อยมากขึ้นกว่าเดิม

จากพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การศึกษานั้นไม่ใช่เพียงแต่การให้ความรู้ แต่การศึกษาช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ อันเป็นผลทำให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและเหมาะสม

โอเรม (Orem) ได้พัฒนาแนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นทฤษฎี การดูแลสุขภาพตนเองได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง กล่าวว่าการดูแลสุขภาพตนเองคือ กระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่ง ทำหน้าที่ด้วยตัวเองในกิจการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย และการรักษาโรคในระดับทรัพยากรสาธารณสุขพื้นฐาน ในระบบบริการสาธารณสุข (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533 : 98; อ้างอิงมาจาก Lowell. 1976 : 206 - 210) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533 : 49) คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค

2. การดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่บุคคลรู้ว่าตนเจ็บป่วย

ในทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นถือว่า การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลนั้นเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย

แต่การที่จะให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในกระบวนการจัดการศึกษานั้นถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้และทางเจตคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร ดังนั้นในการวางแผนงานสุขศึกษาในโครงการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขนั้น นักสุขศึกษาจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลที่จะเข้าถึงมีส่วนประกอบของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่ต้องแก้ไข รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นในการวางแผนงาน ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพก่อนเริ่มโครงการนี้จะช่วยในการวางแผนงานทางสุขศึกษาว่าต้องการจะให้กลุ่มบุคคลนั้น ๆ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทั้ง 3 ด้าน (พิสมัย พัทธสวารกร. 2536 : 11 - 12)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย
3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพนั้นแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ พฤติกรรมด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ส่วนองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 173 - 185) ได้แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา
2. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ

3. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม
4. องค์ประกอบทางการศึกษา
5. องค์ประกอบทางการเมือง

ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ภูมิกาย ความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล เช่น การที่บุคคลหนึ่งกล่าวว่า เขาไม่สบายอาจเป็นวิธีหนึ่งของบุคคลในการแสวงหาความมั่นใจ และแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นในลักษณะที่เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นต้น

2. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้มาก เช่น จากสถิติการเกิดโรคติดต่อต่าง ๆ จะพบในกลุ่มประชากรที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างยากจนมากกว่าประชากรที่มีฐานะปานกลาง หรือร่ำรวย แต่สำหรับกลุ่มที่มีความเป็นอยู่ค่อนข้างดี มักจะพบปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม

- ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมทางด้านสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ นั้น มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก ถ้าพ่อแม่ คนเลี้ยงดูส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อ มีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัวแล้ว ก็จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้เป็นอย่างมาก

- สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาดีกว่าประชาชนทั่วไป

- กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตามกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับในสังคม นักสุขศึกษาจึงควรใช้กลุ่มของสังคมให้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีสุขภาพที่ดีตามกัน

- วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการดำรงชีวิตของคนในสังคม อิทธิพลของวัฒนธรรมจะส่งผลต่อการปฏิบัติทางสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียง-

เหนือ เมื่อเจ็บป่วยมีไข้สูง ยังนิยมรักษาด้วยเวทมนตร์คาถาอยู่ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533 : 115)

4. องค์ประกอบทางการศึกษา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

5. องค์ประกอบทางการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนทางด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ เพราะแนวนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวน และความต่อเนื่องของบริการสาธารณสุขที่จัดให้กับประชาชน บางครั้งกฎหมายหรือข้อบังคับบางอย่างก็มีผลต่อสุขภาพได้เช่นกัน

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

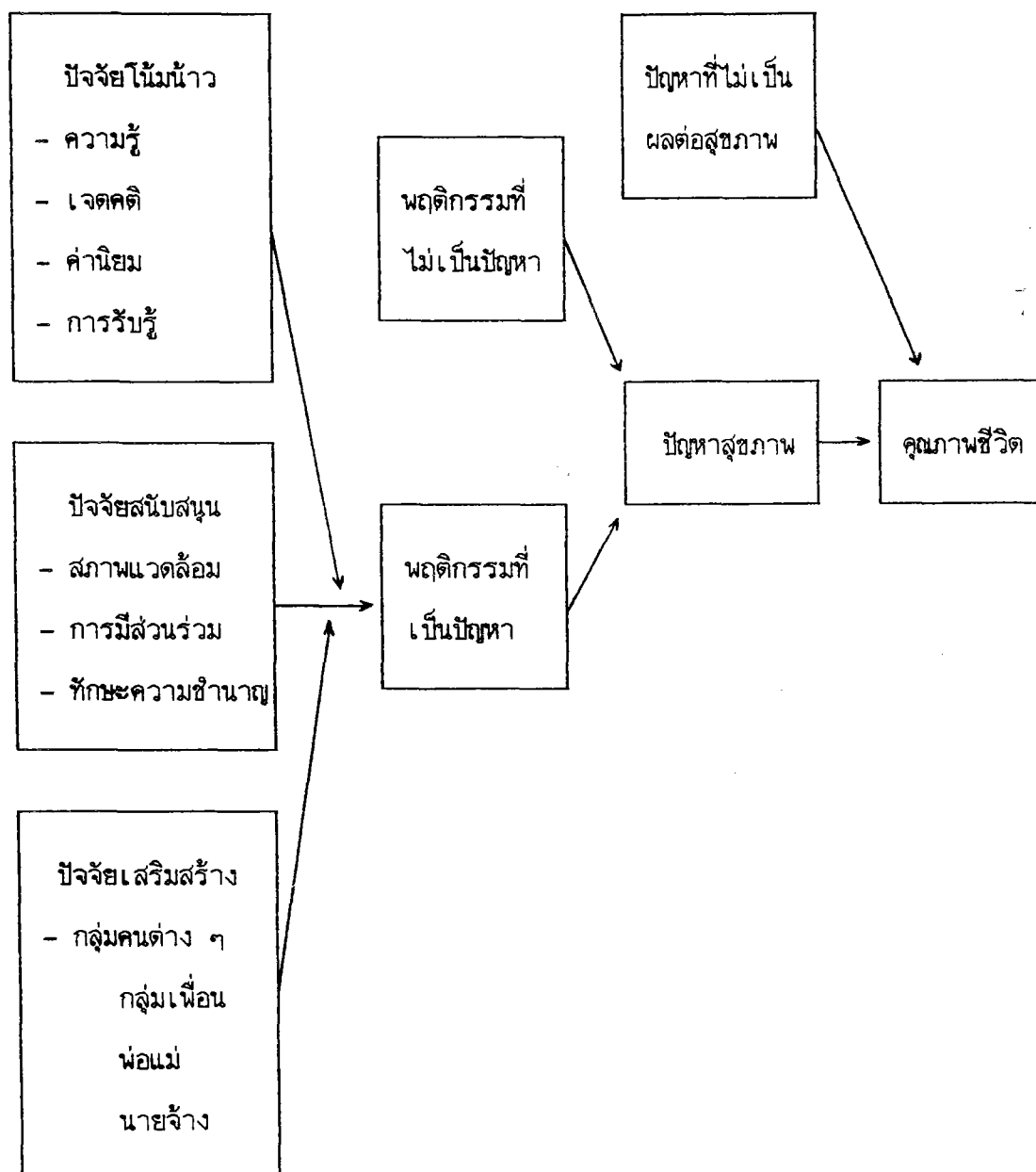
เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2528 : 24 - 26) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งจะอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากสภาพแวดล้อมในครอบครัว หรือจากสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเพียงพอ เหมาะสม และต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะ และพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดำเนินการโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เกิดมีขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้น หรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจ

ปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตัวเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ซึ่ง ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ ได้สรุปเป็นรูปแบบดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. 2535 : 25

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้าน จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ เช่น เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย ก็จะพยายามทุกวิถีทางให้

ตนเองหายจากการเจ็บป่วย การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องจะต้องมีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความรู้แนะนำหลักการใช้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจัยเสริมสร้าง มนุษย์ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาที่ถูกต้อง

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า "ผู้สูงอายุ" ไว้หลากหลาย ทั้งที่มีลักษณะใกล้เคียงและแตกต่างกัน เพื่อไว้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินความเป็นผู้สูงอายุของบุคคล การที่จะตัดสินว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น จะพิจารณาเพียงอายุอย่างเดียวคงไม่เหมาะสมนัก ดังที่ รุ่งโรจน์ พุ่มรื้อ (2527 : 13) ได้ให้ข้อพิจารณาของการเป็นผู้สูงอายุไว้ 2 ประเด็น คือ

1. กำหนดโดยกาลเวลาหรือการตัดสินโดยอายุ เช่น ในประเทศไทยถือว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ
2. เกิดขึ้นตามความเป็นจริง หรือตามสภาพที่พบเห็น โดยพิจารณาจากความเสื่อมโทรมของสังขารและสภาพอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้ที่มีอายุเท่ากัน อาจจะมีสภาพร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน และผู้ที่มีอายุต่างกันอาจจะมีสภาพที่ใกล้เคียงกันได้ เช่น ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี บางคนมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่บางคนมีอายุยังไม่ถึง 60 ปี กลับมีสภาพร่างกายทรุดโทรม ต้องประสบปัญหาในการดำรงชีวิตมากมาย จนกระทั่งไม่สามารถปรับตัวรับสถานการณ์ได้ บุคคลจำพวกหลังนี้จึงถือว่าเป็นผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลจำพวกแรก

เจมส์ และเรนเนอร์ (James and Renner. 1977 : 4 - 5) ได้ให้คำจำกัดความของวัยสูงอายุไว้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้ว ภายใต้อาณัติของภาวะแวดล้อมและจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ ซึ่งชนิดของความสูงอายุแบ่งเป็น 3 รูปแบบ

1. ความสูงอายุทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัย (Life Span) ของแต่ละบุคคล

2. ความสูงอายุทางจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้ การแก้ปัญหา เจตคติ ตลอดจนบุคลิกภาพ

3. ความสูงอายุทางสังคม (Sociological Aging) หมายถึง บทบาทในสถานะในครอบครัว การงาน และรวมทั้งความคาดหวังทางสังคมต่อคนคนนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกทางคุณค่า และความต้องการทางสังคม

ความสูงอายุทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาแล้ว เป็นกระบวนการสัมพันธ์ร่วมกันซึ่งแต่ละบุคคลอาจจะสูงอายุไม่เท่ากันหมดทั้ง 3 ด้าน

กรีสและบาร์ (Gress and Bar. 1984 : 36) ได้กล่าวว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุแตกต่างกันไป เช่น นักชีววิทยา กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของโมเลกุลและระดับเซลล์ในร่างกาย ส่วนนักจิตวิทยา กล่าวว่า เป็นความเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลที่เข้าสู่ความมีอายุ สำหรับนักสังคมวิทยาอธิบายว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2531 : 1) ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ โดยทั่วไปว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุก็มีความแตกต่างกันไป เช่น บางคนยังมีพลังกำลังกายที่แข็งแรง บางคนยังมีความสามารถในหน้าที่การงานสูง บางคนเป็นที่เคารพนับถือและได้รับการยอมรับจากสังคมให้เป็นบุคคลตัวอย่าง

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524 : 2) ได้กล่าวถึงชุมชนผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2506 ได้บัญญัติคำว่า "ผู้สูงอายุ" โดย พลตำรวจโทอรุณสิทธิ์ สิทธิสุนทร ว่า ผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชื่องช้า
3. เป็นผู้ที่สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับการช่วยเหลือ

จะเห็นว่าความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์อายุเป็นตัวกำหนด การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงเป็นผู้สูงอายุ

ในการพิจารณาความมีอายุของบุคคล เกษม และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 1) ได้ให้แง่คิดในการพิจารณาความมีอายุคล้ายคลึงกับที่ รุ่งโรจน์ นุ่มรื้อ กล่าวไว้ และให้รายละเอียดเพิ่มเติมในแง่ของสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ดังนี้

1. พิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สภาพต่าง ๆ ทางด้านร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผมหงอก สายตาวาวขึ้น ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ฯลฯ แต่การพิจารณาโดยใช้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนี้ยังไม่เป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนนัก เพราะบางคนมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายรวดเร็วมาก เช่น สายตาวาวตั้งแต่อายุเพียง 36 ปี

2. พิจารณาความมีอายุในแง่จิตใจ ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุจะมีลักษณะใจน้อย ไม่ยอมรับรู้ ยึดมั่นในความคิดของตนเป็นหลัก ไม่ค่อยยอมรับความรู้ใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีอารมณ์ไม่มั่นคง ใจจู้ ไข้บ่น หงุดหงิด หรือท้อแท้

3. พิจารณาความมีอายุในแง่สังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางด้านสังคมกว้างขึ้น และมีความสำคัญในฐานะของผู้มีประสบการณ์ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย แม้สังคมจะกว้างขึ้นซึ่งหมายถึงมีคนรู้จักมาก เห็นโลกกว้างกว่า ภูมิทัศน์ทางสังคมมากกว่า แต่บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการทำงานจะลดลง เนื่องจากความจำกัดของอายุ และความสามารถ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามแนวคิดที่ผ่านมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สามารถส่งผลถึงกันได้เสมอ เช่น เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมถอยลง อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการทำงานหรือการเข้าสังคม เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมตามมา และจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถ ภาพลักษณ์ บทบาททางสังคม ตลอดจนอาจต้องสูญเสียเพื่อน สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ดังความเห็นของ บาร์โรว์ และสมิท (Barrow and Smith. 1979 : 18) ซึ่งให้ความสำคัญในด้านจิตใจที่จะนำมาตัดสินความมีอายุ โดยเน้นในเรื่องของความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) ซึ่งรวมถึงความรู้สึกต่อเอกลักษณ์ (Sense of Identity) ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ (Body Image) และความนับถือตนเอง (Self - Esteem) คือบุคคลที่คิดว่าตนเองเป็นผู้สูงอายุ บุคคลนั้นก็จะเป็นผู้สูงอายุจริง ซึ่งต่างกับบางคนที่มีอายุมาก แต่ยังมีความคิดว่าตนยังไม่ใช่ว่าเป็นผู้สูงอายุ มีความกระฉับกระเฉงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี

คนเหล่านั้นก็อาจจะดูเหมือนไม่ใช่ผู้สูงอายุ ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับตนเองอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการตัดสินใจว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุ นอกจากนั้นเขายังได้กล่าวถึง การพิจารณาในแง่การต่อสู้กับความเครียดและความเจ็บปวด คือ เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมในลักษณะที่เลื่อมลง ถ้าไม่สามารถปรับตัว รับผิดชอบต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ก็จะสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่สามารถปรับตัวรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

จากแนวคิดในการพิจารณาความมีอายุที่กล่าวมาทั้งหมดสอดคล้องกับ อวย เกตุสิงห์ (2523 : 9) ที่แบ่งความสูงอายุออกเป็น 4 อย่าง คือ

1. แก่โดยอายุ คือ แก่เพราะเกิดมานาน
2. แก่โดยสังขาร คือ แก่ตามสภาพของร่างกาย
3. แก่โดยจิตใจ คือ แก่ไปตามความนึกคิด
4. แก่โดยสังคม คือ แก่เพราะเหตุแวดล้อมและประสบการณ์

การชราภาพโดยอายุ หรือการกำหนดความสูงอายุด้วยกาลเวลา ในแต่ละประเทศจะมีการกำหนดที่แตกต่างกันออกไป เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ แต่ในประเทศที่พัฒนาช้ากว่าจะมีการกำหนดเกณฑ์อายุที่ต่ำกว่านั้น อย่างไรก็ตาม จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ได้กำหนดเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายเป็นผู้สูงอายุ (กรมประชาสัมพันธ์. 2525 : 10) และจารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 8) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัย

จากแนวคิดที่ผ่านมาพอสรุปได้ว่า การตัดสินใจว่ามีอายุขึ้นอยู่กับมุมมองหลายด้าน สำหรับการตัดสินใจว่ามีอายุของแต่ละบุคคล อาจใช้มุมมองเหล่านั้นมาประกอบกัน แต่ในลักษณะของชนกลุ่มใหญ่ การกระทำเช่นนั้นอาจไม่สะดวกนัก และบางครั้งอาจเกิดปัญหา การตัดสินใจไม่ได้ตามมา จึงจำเป็นต้องมีเกณฑ์ตัดสินใจที่แน่นอน ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการได้ด้วยเช่นกัน (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 4)

จันทนา รัตนธัชชัย (2533 : 36) ได้รวบรวมความหมายของความสูงอายุเป็นหมวดหมู่ดังนี้

1. ความสูงอายุในเชิงชีวภาพ (Biological Age) เป็นการจำแนกลักษณะโดยคาดคะเนประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายซึ่งจะเป็นไปตามอายุขัย (Life Span) การจัดความสูงอายุในเชิงชีวภาพนี้ทำได้โดยดูจากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ หัวใจ สมอง เป็นต้น ผู้ที่อายุน้อยย่อมมีประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ ภายในร่างกายสูงกว่าผู้ที่อายุมากกว่า

2. ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยา (Psychological Age) เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลเพื่อให้สามารถเข้าได้กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีอายุเท่า ๆ กัน ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยาที่มีความสำคัญเท่ากับความสามารถในการทำงานของอวัยวะที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น สมอง ระบบการไหลเวียนของเลือดซึ่งจะพิจารณาความสามารถเหล่านี้ได้จากความจำ การเรียนรู้ สถิติปัญหา ความชำนาญ ความรู้สึก แรงจูงใจ และอารมณ์ ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยานี้มีความหมายเดียวกับความสูงอายุในเชิงการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Age) ซึ่งหมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมกับบทบาท ความรับผิดชอบ และวัยของตนเองในสังคมนั้น ๆ

3. ความสูงอายุในเชิงสังคม (Social Age) หมายถึง พฤติกรรมตามอุปนิสัยและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในสังคมเดียวกัน โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมที่อายุเท่า ๆ กัน คุณลักษณะทางชีวภาพและจิตวิทยาของบุคคลมีผลต่อรูปแบบพฤติกรรมและความรู้สึกที่คุณค่าทางสังคมได้

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และคนอื่น ๆ (2531 : 27) ได้อธิบายว่าผู้สูงอายุมิได้มีกลุ่มเดียว และมีได้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่มีลักษณะที่แตกต่างกันตามปฏิทินอายุถึง 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (The Young Elderly) มีอายุต่ำกว่า 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (The Middle-Aged Elderly) มีอายุระหว่าง 75 ปี ถึง 84 ปี
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (The Old Elderly) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

ยूरิก และคนอื่น ๆ (Yurick and others. 1980 : 31) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ของสหรัฐอเมริกาเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ 60 - 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเซลล์ของร่างกายตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงตายไปในที่สุด ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการเจริญเติบโตและกระบวนการเสื่อมโทรม ซึ่งอัตราการเกิดของกระบวนการทั้งสองนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยวัยเด็กกระบวนการเจริญเติบโตจะมากกว่ากระบวนการเสื่อมโทรมในขณะที่วัยสูงอายุมีกระบวนการเสื่อมโทรมมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโต จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางร่างกายที่แสดงว่าเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ผมจะเปลี่ยนเป็นสีเทา บางส่วนร่วงหล่นไป ฟันชำรุดหักและผุ ผิวหนังเหี่ยวย่นและแห้งมากขึ้น การมองเห็นจะต้องใช้แสงสว่างช่วงมากขึ้น หรืออาจต้องใช้แว่นตาช่วย การได้ยินจะเสื่อมลงหรือต้องใช้เครื่องช่วยในการฟัง

ฟอง เกิดแก้ว (2525 : 124) ได้กล่าวถึง ลักษณะของผู้สูงอายุประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. เมื่อใดกำลังกายและสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลงก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ
2. ขาดหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทำงานเลี้ยงชีพได้น้อยลงกว่าเดิม ในลักษณะที่ร่างกายไม่อำนวยให้ทำ แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ

3. มีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น เป็นต้นว่า มีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและมีการแยกตัวตามลำพัง ขาดการติดต่อกับสังคมส่วนรวม เห็นคุณค่าของตัวเองลดลง ต้องการให้ผู้อื่นสนใจ และเป็นที่ยอมรับของสังคม

คุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 7 ประการด้วยกัน ซึ่งปรากฏว่า เซอร์วิลตัน เซอร์วิล เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะครบถ้วนสมบูรณ์ (ประสพ รัตนกร. 2534 : 18) คุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุทั้ง 7 ประการ คือ

1. เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (Good Health)
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยหมดหวัง (Hopefulness)
3. เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง (Activeness)
4. เป็นผู้ที่ทำตัวดี (Charming Personality)

5. เป็นผู้ที่เชื่อถือได้ (Trustworthiness)
6. เป็นผู้ที่มีเกียรติในตนเอง (Dignity)
7. เป็นผู้ที่มีความสุภาพ (Nobility)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางแต่ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีเดียวอธิบายถึง การเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นผู้สูงอายุได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปเป็นที่ยอมรับทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวถึงผู้สูงอายุเชิงชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งสมพันธ์ หิญชีระนันท์ (2535 : 1 - 6) ได้รวบรวมและอธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสูงอายุ โดยมีแนวคิดเชิงพันธุกรรม ดังนี้

1.1 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic Theories)

กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายนั้นเกิดขึ้นตามพันธุกรรมที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมา โดยเชื่อว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลได้กำหนดไว้แล้วด้วย "นาฬิกาชีวิต" ซึ่งอยู่ในนิวเคลียส (Nucleus) และในไซโตพลาสซึม (Cytoplasm) จากการศึกษาเชื่อได้ว่าเซลล์ของร่างกายสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน 110 - 120 ปี โดยมีการแบ่งตัวได้มากที่สุดไม่เกิน 50 ตัว คือ จะแบ่งในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นประมาณ 30 ครั้ง ในช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย 20 ครั้ง หลังจากนั้นจะเริ่มเสื่อมทำลายลง ทฤษฎีตามแนวคิดดังนี้

- 1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theory) ซึ่งเชื่อว่าอายุขัยได้ถูกกำหนดโดยรหัสทางพันธุกรรม โดยพบว่าบรรพบุรุษในครอบครัวใดอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นจะมีอายุขัยยืนยาวไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามหากมีการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมอาจทำให้อายุขัยของบุคคลในครอบครัวนั้นเปลี่ยนแปลงไปได้

- 1.1.2 ทฤษฎีเซลล์พันธุกรรม (Cellular Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ายีน (Gene) ซึ่งเป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรมโดยหน่วยหนึ่งจะมาจากพ่อและอีกหน่วยหนึ่งมาจากแม่ ยีนมีส่วนประกอบทางเคมีคือ ดี เอ็น เอ (DNA) ซึ่งถ้าโมเลกุลของ ดี เอ็น เอ (DNA) ถูกทำลายการทำหน้าที่ของเซลล์จะเสียไปเกิดความผิดปกติและตายในที่สุดในการทำหน้าที่ของเซลล์จะเสียไป เกิดความผิดปกติและตายในที่สุด

1.1.3 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theory) เชื่อว่า เซลล์ของร่างกายมีการพัฒนาไปตามธรรมชาติ แต่อาจมีบางสิ่งมีผลกระทบต่อการส่งรหัสพันธุกรรม ทำให้เกิดการผ่าเหล่าและจากการศึกษาพบว่า รังสีเอกซ์เรย์ก่อให้เกิดการผ่าเหล่าและทำลาย เซลล์ให้มีอายุสั้นลง จากการติดตามชีวิตของบุคคลที่เมืองฮิโรชิมา ซึ่งได้รับรังสีจากระเบิดปรมาณู พบว่าบุคคลเหล่านี้มีอายุน้อยกว่าปกติ

1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory of Aging) เชื่อว่า เซลล์มีการทำงานต่อเนื่องกันโดยมีการทำงานร่วมกันของ ดี เอ็น เอ (DNA) และอาร์ เอ็น เอ (RNA) แต่เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ยีนจะค่อย ๆ มีการผิดปกติในการส่งรหัสพันธุกรรมความผิดพลาด จะมีมากขึ้นจนถึงจุดหนึ่ง เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายจะเสื่อมและหมดอายุลง

1.2 ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic Cellular Theories) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่และระยะเวลาของเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของเซลล์ได้แก่ ทฤษฎีต่อไปนี้

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้ เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานนานก็เกิดความผิดปกติขึ้นได้ แต่สิ่งมีชีวิต สามารถซ่อมแซมตัวเองให้ใช้งานต่อไปได้โดยการแบ่งตัวของเซลล์ แต่ก็มีเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ในที่สุดก็จะเสื่อมโทรมและตายในที่สุด ทำให้อวัยวะส่วนนั้นทำหน้าที่ลดลง เรื่อย ๆ มีอายุมากขึ้น

1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมของสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ ได้แก่ ไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) ที่เกิดจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน ในกระบวนการนี้การใช้ออกซิเจน มากเกินไปของผนังเซลล์ และไลโปฟุสซินยังเป็นของเสียจากกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้เซลล์มีอายุและตายได้นั้น เนื่องจากการสร้างอนุมูลที่มีฤทธิ์ในการทำลาย ซึ่งอนุมูลนี้เป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ เกิดจากผลพลอยได้ในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ และการใช้ออกซิเจนในเซลล์ อนุมูลนี้จะสะสมในเซลล์ทีละน้อย เมื่อมากขึ้นก็จะมีอันตรายต่อการ ทำหน้าที่ของเซลล์ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ และในที่สุดก็จะตาย

1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมโยงตามแนวขวาง (Cross - Linking Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความมีอายุเกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมโยงตามแนวขวางของโมเลกุลของโปรตีน ซึ่งเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลก็ได้ การเชื่อมโยงตามแนวขวางนี้จะเป็่มากและเร็วขึ้น เมื่อมีอายุระหว่าง 30 - 50 ปี (จันทนา รณฤทธิชัย. 2533 : 52) สารนี้ทำให้เกิดการเชื่อมโยงตามแนวขวางได้ทั่ว ไปขึ้นกับชนิดของอาหารและสิ่งแวดล้อม การเชื่อมโยงตามแนวขวางพบได้มากที่สุดคือ อีลาสติน และคอลลาเจน ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จะมีผลต่อการซึมผ่านของสารจากเซลล์หนึ่งสู่อีกเซลล์หนึ่ง มีผลต่อการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ต่อการบีบรัดตัวของหัวใจ และทำให้การซึมผ่านของก๊าซและสารอาหารเป็นไปไม่ได้ไม่เต็มที่ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ

1.3 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องทางสรีรวิทยา (Physiological Theories) กล่าวว่า ความมีอายุเป็นผลจากความล้มเหลวของการทำงานระบบต่าง ๆ ในร่างกายและความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยาดังทฤษฎีต่อไปนี้

1.3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง (T-Lymphocyte) ก็จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์นี้จะลดลง ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมสมรรถภาพลงมาก มีผลทำให้กลไกในการป้องกันตัวเองลดลงด้วย นอกจากนี้ระบบภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสมรรถภาพในการจดจำโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ในร่างกายด้วย ทำให้แอนติบอดีมีปฏิกิริยากับเซลล์ปกติของร่างกาย ในผู้สูงอายุมักจะมีการทำปฏิกิริยาของแอนติบอดีกับเซลล์ของร่างกายตนเอง (Autoimmunity) ทำให้เกิดโรคของภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune Disease)

1.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย มีผลทำให้การทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อไม่สามารถทำงานประสานและครอบคลุมซึ่งกันและกัน ก็จะทำให้มีผลต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำงานผิดปกติและตายในที่สุด

2. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Psychosocial Theories) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมักจะเป็นพร้อม ๆ กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสังคม ได้แก่ ทฤษฎีต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคมหรือทฤษฎีไร้การผูกพัน (Disengagement Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ เริ่มห่างหรือถดถอยออกไปทีละน้อยจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องละทิ้งบทบาทเดิมในสังคมภายหลังการเกษียณอายุ และการสูญเสียต่าง ๆ ในชีวิต จึงมีเวลาว่างมากขึ้น ยอมรับสภาพความเสื่อมถอยทางร่างกาย แบ่งเบาภาระที่ตน ไร้ความสามารถให้แก่ผู้สามารถมากกว่า ยอมรับสภาพของตนเอง พยายามหางานที่เหมาะสม กับความสามารถของตนทำและหาหนทางที่ทำให้จิตใจสงบ

2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่า ความสูงอายุ ยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเหมือนบุคคลในวัยกลางคน บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ ในการปรับตัวตามวัยนี้ควรเป็นคนกระฉับกระเฉงและกระตือรือร้นอยู่เสมอ ดังนั้นเมื่อย่างเข้าสู่ วัยเกษียณบุคคลนั้น ๆ ควรหางานใหม่ทำ เมื่อสูญเสียคู่ชีวิตหรือเพื่อนก็ควรหาเพื่อนใหม่ บางที อาจเข้าสังคมกับคนที่อ่อนวัยกว่าเป็นคนที่บุคลิกภาพแจ่มใส

2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่ขัดกับ 2 ทฤษฎี แรก พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนการ ดำเนินชีวิตของแต่ละคน ทฤษฎีนี้มีหลายรูปแบบ รูปแบบที่ผู้สูงอายุแสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาซับซ้อน ระหว่างบุคลิกภาพ และสภาพแวดล้อมต่อสังคม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นอุปนิสัย การตัดสินใจ ความ พื่อใจ อารมณ์ของแต่ละคน รูปแบบของทฤษฎีนี้เน้นที่บุคลิกภาพ กิจกรรม และความพอใจในชีวิต

3. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological Theories) ทฤษฎีเชิงจิตวิทยา (Psychological Theories) ทฤษฎีเชิงจิตวิทยาได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยาและ สังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไป ของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวง ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อยู่อาศัย

3.1 ทฤษฎีความปราชัย (Intelligence Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ ยังปราชัยและคงความเป็นปราชัยอยู่ได้ก็ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่ มีการ ค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

สรรพสิ่งใด ๆ ในโลกล้วนต้องมีการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นไปในทางเสื่อมหรือเจริญ งอกงามขึ้น ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะคือ

ระยะแรก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเจริญงอกงาม และสร้างเสริม

ระยะที่สอง เกิดขึ้นหลังอายุ 40 ปีไปแล้ว จะเป็นการลดอัตราความเจริญไปสู่ความเสื่อม ความเสื่อมถอยนี้จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลและจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปพร้อม ๆ กัน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา (Physical and Physiological Changes) การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายมีการเสื่อมมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อันเป็นผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายในคนกลุ่มนี้ เกี่ยวกับความเสื่อมสลายของอวัยวะต่าง ๆ จริยาวัตร คมพักษ์ (2525 : 43) และจงกล มหาวัจน์ (2527 : 18 - 19) ได้กล่าวไว้สรุปได้ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือจะเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิมลดลง ถึงร้อยละ 50 (Carnevali and Patrick. 1986 : 90) ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณแขนขา ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น การไหลเวียนเลือดลดลงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง

ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ ดังนั้นการระบายความร้อนโดยวิธีการระเหยจึงไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง เกิดอาการลมแดด (Heat Stroke) ได้ง่ายในเวลาที่อุณหภูมิของอากาศสูงขึ้น ต่อมไขมันทำงานลดลง จึงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย เซลล์สร้างสี (Melanocytes) ทำงานลดลง ทำให้สีผิวจางลง แต่อาจมีรงควัตถุสีน้ำตาลสะสมเป็นแห่ง ๆ ซึ่งมักพบบริเวณใบหน้า แขน และหลังมือ ที่เรียกว่า ผิวหนังตกกระ (Lentigo Senilis) (Carnevali and Patrick. 1986 : 90)

ผมและขนมีจำนวนลดลง เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมหงอก ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง

การรับรู้ลึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเย็นและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เนื่องจากการปรับตัวของเครื่องรับที่ผิวหนัง และการไหลเวียนเลือดปลายทางช้าลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย

1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System and Special Senses) ขนาดสมองลดลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นแทนที่เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) มาสะสมมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาท (Conduction Velocity) ลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า จนบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสมควรหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความไว เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่าย

การไหลเวียนเลือด และการใช้ออกกซิเจนของสมองลดลงอย่างมากจากอายุ 17 - 80 ปี หลอดเลือดของสมองเสื่อมหน้าที่ เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้นตามอายุ ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือด ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม และเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้

ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึก เพราะไขมันของลูกตาลดลง หนึ่งตามีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หนึ่งตาดก ม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือในเวลากลางคืน ต้องอาศัยแสงสว่างช่วยจึงจะมองเห็นได้ดีขึ้น สายตายาวขึ้น มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ความสามารถในการอ่านและลานสายตมลดลง ความไวในการมองภาพลดลง ความสามารถในการเทียบสี ลดลง ดังนั้น การเลือกใช้สีที่เห็นได้ชัดเจน ตกแต่งบ้านจะช่วยลดอันตรายเนื่องจากอุบัติเหตุภายในบ้านได้ การผลิตน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย

การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น พบได้ถึง 1 ใน 4 ของคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Birchenal and Streight. 1982 : 163) พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สาเหตุเนื่องมาจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory Nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียงบางลงและมีการเปลี่ยนแปลงในโพรงสะท้อนเสียง

หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลงผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้

การตมกลืนไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับกลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น กลืนก๊าซรั่ว หรือกลืนไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ประมาณ 2 ใน 3 ของต่อมรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี (Mummah and Smith. 1981 : 23) จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อยและเกิดภาวะเบื่ออาหาร

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) หลังอายุ 30 ปี จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงประมาณ 15 - 46 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว (Palmore. 1977 : 316) ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง

หลังอายุ 40 ปี อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้างทั้งในเพศหญิงและเพศชาย เซลล์กระดูกลดลง กระดูกมีน้ำหนักลดลง 35 เปอร์เซ็นต์ในผู้หญิง และ 12 เปอร์เซ็นต์ในผู้ชาย (Carnevali and Patrick. 1986 : 90) แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกนี้มักไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อนในอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญคือ บริเวณกระดูกอ่อนชายโครงจึงเป็นเหตุให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง การหายใจลำบากขึ้นต้องอาศัยการทำงานของกระบังลมมากขึ้น

กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่สัมผัสกันเกิดการเสียดของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อมีได้ง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีอาการเสื่อมได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

1.4 ระบบการไหลเวียนเลือด (Cardiovascular System) ในผู้สูงอายุ ลักษณะโครงสร้างของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปฟิซินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ขนาดของหัวใจอาจเล็กลงหรือโตขึ้นได้ (Carnevali and Partick. 1979 : 56) ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง ระยะเวลาการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง

ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณสมอง หัวใจ และไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง เกิดการเสื่อมและตายในที่สุด เนื่องจากการตอบสนองของระบบไหลเวียนเลือด (Baroreceptor) ต่อการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ร่วมกับความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากเกิดภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Postural Hypotension) ได้ง่าย ดังนั้น การเปลี่ยนท่าทาง (Posture) ต่าง ๆ ในผู้สูงอายุจึงควรกระทำอย่างช้า ๆ

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง มีผลทำให้การทำงานของปอด (Lung Compliance) ลดลง ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจ (Ventilation) ลดลง ซึ่งจะสามารถพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะหลังค่อมเอียง เนื่องจากกระดูกสันหลังเสื่อม

สำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขนกวัดหลอดทางเดินหายใจ ลดลง รีเฟล็กซ์การไอลดลง ประสิทธิภาพการไอลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ผนังของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง แดงง่ายและมีสีคล้ำขึ้น เพราะมีการดูดซึมสารที่มีสีเข้าไปสะสมมากขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมีฟันต้องใส่ฟันปลอม แต่ในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะไม่สามารถใส่ฟันปลอมได้ เป็นเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ทำให้ขาดสารอาหารประเภทอื่นที่สำคัญต่อร่างกายได้ ต่อม้าน้ำลายเสื่อมหน้าที่ ปากและลิ้นแห้ง การรับรสของลิ้นเสียไป จึงเกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น

การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลงร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านจิตใจและความวิตกกังวลในด้านต่าง ๆ สูงขึ้น อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นเกิดความรู้สึกหิวน้อยลง

การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อท้องลดลง ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายไม่มีกาก ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง การกระหายน้ำน้อยลง และพบมีภาวะการเกิดถุงตันของลำไส้ใหญ่ (Diverticulosis) ได้ถึง 1 ใน 3 ของคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Carnevali and Patrick. 1979 : 63) จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก

น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง แต่มีไขมันมาสะสมมากขึ้น การผลิตเอ็นไซม์เปลี่ยนแปลงโดยส่วนใหญ่จะมีการลดลงทั้งปริมาณและความเข้มข้น ระดับเอ็นไซม์อะมัยเลสลดลง แต่ยังมีปริมาณเพียงพอสำหรับการย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ระดับทริปซินลดลง แต่ระดับไลเปส และไบคาร์บอเนตยังคงที่ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารลดลง

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary System) ขนาดของไตลดลง น้ำหนักไตลดลงประมาณร้อยละ 30 และหน่วยไตมีจำนวนลดลงร้อยละ 30 - 40 เมื่ออายุ 25 - 85 ปี (Carnevali and Patrick. 1979 : 59) ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงประมาณร้อยละ 53 และอัตราการกรองไตลดลงร้อยละ 46 - 50 จากอายุ 20 - 90 ปี (Eliopaulos. 1979 : 49) การทำงานของท่อไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น

กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงเหลือเพียง 250 มิลลิลิตร (Ham and others. 1983 : 40) นอกจากนั้น ตัวรับการกระตุ้น (Stretch Receptor) ในกระเพาะปัสสาวะยังทำงานลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ เมื่อมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะ แต่ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อย เพราะมีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นพบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Eliopaulos. 1979 : 49) ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยครั้ง

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ เพราะไขมันใต้ผิวหนังลดลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) ต่อมธัยรอยด์มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีเนื้อเยื่อไขมันมาสะสมมากขึ้น การทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลงตามอายุ เนื่องจาก

กลไกการกระตุ้นต่อมธัยรอยด์จาก ที เอส เอช (TSH : Thyroid Stimulating Hormone) ล้มเหลว

ต่อมพาราธัยรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ โดยปกติในวัยเจริญพันธุ์ ฮอร์โมน เอสโตรเจนจะมีฤทธิ์ต้านฤทธิ์ของฮอร์โมนพาราธัยรอยด์ ดังนั้น การทำงานของฮอร์โมนพาราธัยรอยด์ จึงเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะระดับเอสโตรเจนลดลง

ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose Tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

ต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง (FSH : Follicle Stimulating Hormone) และ (LH : Luteinizing Hormone) รังไข่หยุดทำงานไม่หลังเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน สำหรับเพศชายการเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่าในเพศหญิง เพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อย ๆ ลดลงทีละน้อย ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และการหาทางออกของพฤติกรรมในผู้สูงอายุ แต่ส่วนมากมักพบผู้สูงอายุมีความสนใจและรู้สึกทางเพศมากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Change) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และจะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ (Eliopoulos. 1979 : 55) และการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย (Stuart and Sundeen. 1983 : 172)

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาวะติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือขาดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ไว้คุณค่า ไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อนจากความผูกพันที่เคยมี

ต่อสังคม และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว . เนื่องจากในวัยนี้บุตรธิดามักจะมีครอบครัวกันแล้ว และโดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่ และรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองน้อยลง

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Change) ปัจจุบันทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและทางจิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยที่มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้น ย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีดกันผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี

3.2 การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการขยายตัวหรือการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นใด หรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ มักจะถูกทิ้งไว้ข้างหลัง (เฟิร์ลิตี คำนวนคิลป์ และคนอื่น ๆ. 2523 : 3) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะทำให้เกิดความว้าเหว่

สรุป การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุนี้จะดำเนินต่อเนื่องกันไปอย่างช้า ๆ ตามกระบวนการสูงอายุ (Aging Process) และจะมีผลทำให้เกิดการเสื่อม และชราภาพของอวัยวะในระบบต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกว้าเหว่ รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต เกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ ทำให้บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุเปลี่ยน

ไป ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่ลูกหลานมีต่อผู้สูงอายุลดลงกว่าแต่ก่อน เกิดการสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ฉะนั้น การเปลี่ยนแปลงทั้งสามด้านจึงมีความสัมพันธ์และเป็นผลกระทบต่อกันในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกับการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง ในการส่งเสริมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์และมีความแข็งแรง ซึ่งจะก่อให้เกิดการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ร่างกายคนเรามีความต้องการการออกกำลังกายเช่นเดียวกันกับความต้องการในด้านอาหารและการพักผ่อน ทั้งนี้เพราะว่าการเคลื่อนไหวเป็นคุณสมบัติของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะสังเกตได้ว่าทารกในครรภ์มารดาเริ่มมีการเคลื่อนไหวหลังการปฏิสนธิประมาณ 4 - 5 เดือน ปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวที่ถูกต้องในระยะแรกจะทำให้การเคลื่อนไหวในครั้งต่อไปมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

อวย เกตุสิงห์ (2514 : 1) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของการออกกำลังกายไว้ว่า การออกกำลังกายอย่างถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา แม้ในคนป่วยยังต้องการออกกำลังกายเพื่อช่วยให้ฟื้นสภาพเร็วยิ่งขึ้น เด็กที่คลอดใหม่ต้องร้อง สะบัดแขนขา เป็นการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง วัยหนุ่มสาวการออกกำลังกายช่วยทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ในวัยชราการออกกำลังกายจะช่วยป้องกันและรักษาอาการของโรคที่เกิดในวัยชราได้ เช่น อาการปวดเมื่อย ท้องผูกเป็นประจำ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เพราะการไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอ

ฮิปปอกراطีส (Hippocrates) บิดาแห่งวงการแพทย์ เชื่อว่า การมีสุขภาพและสมรรถภาพทางกายดี จะเป็นสิ่งป้องกันตัวสำหรับบุคคลที่สำคัญยิ่ง และการใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอยู่เสมอ จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดีและมีการพัฒนาการดีขึ้น

สมรรถภาพทางกายเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิต เพราะว่าสมรรถภาพทางกายเป็นรากฐานเบื้องต้นในการที่จะทำให้มนุษย์ประกอบภารกิจในชีวิตประจำวันได้สำเร็จ บรรดาประเทศต่าง ๆ ที่มีความเจริญรุ่งเรืองมาตั้งแต่สมัยโบราณ จะพบว่าพลเมืองของประเทศเหล่านั้นต่างก็มีสุขภาพและสมรรถภาพสูงทั้งสิ้น กิจกรรมการออกกำลังกายในสมัยนั้นจะเป็นไปในลักษณะของการสร้างสมรรถภาพทางกายเป็นส่วนใหญ่ เช่น สร้างสมรรถภาพเพื่อกำลังทหาร เพื่อการแข่งขันกีฬา เพื่อการศึกษาวิจัย หรือเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

การสร้างสมรรถภาพทางกาย เป็นการทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมบางอย่างต้องการความแข็งแรง กิจกรรมบางอย่างต้องการความอดทน ซึ่งความแข็งแรงและความทนทาน มีแหล่งกำเนิดที่ไม่เหมือนกัน กล่าวคือ ความแข็งแรงขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของกล้ามเนื้อที่ห่อหุ้มหรือยึดเกาะกับกระดูกกล้ามเนื้อที่มีพื้นที่หน้าตัดของเส้นใย (Fiber) กว้างกว่า ย่อมมีความแข็งแรงกว่า ส่วนความทนทานนั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับความทนทานของกล้ามเนื้อแล้ว ยังขึ้นอยู่กับระบบไหลเวียนของเลือดและระบบหายใจอีกด้วย เพราะเลือดจะเป็นตัวนำออกซิเจนและอาหารไปให้เซลล์ของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ ทั้งร่างกาย และเป็นตัวนำเอาคาร์บอนไดออกไซด์และของเสียจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมาส่งให้ปอดและไต แต่อย่างไรก็ตาม ความแข็งแรงและความทนทานนี้ก็ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องและมีผลอีก เช่น อายุ เพศ จิตใจ อารมณ์ แรงจูงใจ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

คุณค่าและความสำคัญของการออกกำลังกาย แพทย์สภาแห่งประเทศไทย (2518 : 104) ได้สรุปไว้ ดังนี้

1. การออกกำลังกายช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ปอด ไต กระดูก และกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น และยังช่วยลดการเป็นโรคความดันเลือดสูง โรคแผลในกระเพาะอาหาร และไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นต้น
2. ผู้ที่ทำงานเบาโดยไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย อาจเป็นโรคเหนื่อยง่าย และทำให้เวียนศีรษะ การออกกำลังกายบ่อย ๆ จะช่วยป้องกันอาการเหล่านี้ได้
3. พระภิกษุ นักเรียน แม่บ้าน ช่างเย็บเสื้อผ้า นักธุรกิจ หรือผู้มีอาชีพงานเบา ๆ ควรหาเวลาออกกำลังกายทุกวัน อาการเหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ และนอนไม่หลับ อาจหายไปได้
4. บุรุษไปรษณีย์เป็นโรคหัวใจน้อยกว่าพนักงานโทรศัพท์ กระเป๋ารถเมล์เป็นโรคหัวใจน้อยกว่าคนขับรถเมล์ เพราะผลจากการเดินที่มากกว่านั่นเอง
5. การออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ทำให้การเป็นโรคติดเชื้อ เช่น หวัด เจ็บคอ ลดน้อยลง
6. ผู้ที่ทำงานเบา ๆ อาจเจ็บป่วยบ่อย ๆ
7. การเดิน การวิ่ง การทำกายบริหาร การทำโยคะ การรำมวยจีน ล้วนเป็นการบริหารกายที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น

8. การออกกำลังกายทุกวัน ทำให้แก่ช้า อายุยืน

9. ออกกำลังกายวันละนิด จิตแจ่มใส ถ้าไม่อยากหัวใจวาย ให้ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นประจำ ถ้าจะให้ได้รับประโยชน์อย่างแท้จริงจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักและวิธีการ มิฉะนั้นการออกกำลังกายอาจไม่ได้รับประโยชน์หรือบางครั้งอาจจะเป็นโทษก็ได้

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

เพื่อให้การออกกำลังกายได้ผลเต็มที่และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ออกกำลังกายพึงยึดข้อปฏิบัติ 10 ประการ ดังนี้ (วุฒิพงษ์ ปรมัตถากร และอารี ปรมัตถากร. 2537 : 35 - 37)

1. การประมาณตน สภาพร่างกายและความเหมาะสมกับกีฬาชนิดต่าง ๆ ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน แม้ในคนเดียวก็ในช่วงเวลาหนึ่งกับอีกช่วงเวลาหนึ่ง ก็แตกต่างกัน การเพิ่มผลของสมรรถภาพจากการฝึกซ้อมมีกฎตายตัวว่า จะต้องเป็นไปตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

มีข้อสังเกตที่สำคัญว่า การฝึกซ้อมหนักเกินไปหรือไม่ โดยสังเกตจากความเหนื่อย หากออกกำลังกายถึงขั้นเหนื่อยแล้ว ยังสามารถฝึกต่อไปได้ด้วยความหนักเท่าเดิม โดยไม่เหนื่อยเพิ่มขึ้น และเมื่อฝึกแล้วไม่เกิน 10 นาที ก็รู้สึกหายเหนื่อย แม้จะมีความอ่อนเพลียอยู่บ้าง แต่พอวันรุ่งขึ้นก็หาย แล้วกลับสดชื่นเช่นเดิม แสดงว่า การฝึกซ้อมหรือการออกกำลังนั้นไม่หนักเกินไป แต่ถ้ารู้สึกเหนื่อยแล้ว พอฝึกเล่นต่อไปกลับเหนื่อยเพิ่มมากขึ้นจนหอบ แม้ฝึกแล้วนานเป็นชั่วโมงก็ยังไม่หายเหนื่อย ในวันรุ่งขึ้นมีอาการอ่อนเพลียมาก แสดงว่า การฝึกซ้อมครั้งนั้นหนักเกินไป หากจะฝึกซ้อมใหม่จะต้องรอให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อน แล้วเริ่มใหม่ด้วยความหนักที่น้อยกว่าเดิม

2. การแต่งกาย กีฬาแต่ละชนิดต่างก็มีแบบของเครื่องแต่งกายที่ต่างกัน ในด้านการเคลื่อนไหว เครื่องแต่งกายที่เหมาะสมรัดกุม ย่อมทำให้การเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพดีกว่า และยังเป็นการป้องกันอันตรายอันอาจจะเกิดจากอุบัติเหตุจากการกีฬา ในด้านความอดทน จะต้องคำนึงถึงการระบายความร้อนออกจากร่างกายเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ชุดวอร์มอย่างพรวดพราด จุดประสงค์หลักของการใช้ชุดวอร์ม ก็คือ ทำให้ร่างกายอบอุ่นเร็ว เมื่อความอบอุ่นของร่างกายสูงถึงระดับหนึ่ง การทำงานของร่างกายจะได้ประสิทธิภาพสูงสุด แต่ถ้าอบอุ่น

เกินไป สมรรถภาพจะกลับลดลง สำหรับสภาพอากาศในประเทศไทย ไม่มีความจำเป็นหากจะใช้ก็ไม่ต้องใช้ระหว่างฝึกซ้อมหรือเล่นกีฬาประเภทที่ต้องใช้ความอดทน

3. เลือกเวลา ดินฟ้าอากาศ หมายถึง การกำหนดเวลาฝึกซ้อมที่แน่นอน และควรจะเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพราะมันมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย แต่มีข้อแนะนำว่า ในสภาพอากาศเย็นไม่เหมาะสมสำหรับการฝึกความอดทน การเลือกอากาศอาจทำได้ยาก แต่การเลือกเวลาทุกคนสามารถทำได้ เวลาที่เหมาะสม คือ ตอนเช้าตรู่และตอนเย็น ส่วนการฝึกด้านความแข็งแรงและความเร็วระยะสั้น อาจทำได้ในอากาศร้อน แต่ต้องทำในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่นกัน อย่างไรก็ตามหากซ้อมเพื่อการแข่งขัน ควรคำนึงถึงเวลาที่ใช้แข่งขันจริงด้วย

4. สภาพของกระเพาะอาหาร ตามหลักทั่ว ๆ ไป ควรให้งดอาหารหนักก่อนการแข่งขันหรือออกกำลังกายประมาณ 3 ชั่วโมง สำหรับกีฬาที่ต้องใช้ความอดทนนานเป็นชั่วโมง เช่น วิ่งมาราธอน จักรยานทางไกล ร่างกายต้องใช้พลังงานมาก หากท้องว่างอยู่นานอาจจะทำให้พลังงานสำรองหมดไป ดังนั้น ก่อนแข่งขันหรือระหว่างแข่งขันอาจจะให้อาหารที่ย่อยง่าย ในปริมาณไม่ถึงอิ่มเป็นระยะ ๆ ในเวลาอิ่มจัดกระเพาะอาหารจะทำให้การขยายตัวของปอดเป็นไปได้ไม่เต็มที่ ในขณะที่เดียวกันการไหลเวียนของเลือด จะต้องแบ่งเลือดส่วนหนึ่งไปใช้ในการย่อยอาหารและดูดซึมอาหาร เลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อจึงน้อยลง มีผลเสียต่อการออกกำลังกาย หากเป็นกีฬาที่ต้องมีการปะทะ กระเพาะอาหารที่เต็มจะแตกได้ง่ายกว่ากระเพาะที่ว่าง ดังนั้น จึงควรงดการออกกำลังกายในขณะอิ่มจัด

5. การดื่มน้ำ จากการทดลองทั้งในห้องปฏิบัติการและในสนามเกี่ยวกับสมรรถภาพของร่างกายที่ขาดน้ำและไม่ขาดน้ำ และได้ข้อสรุปตรงกัน คือ การขาดน้ำทำให้สมรรถภาพลดลง การให้น้ำชดเชยส่วนที่ขาดทำให้สมรรถภาพไม่ลดลง น้ำสำรองในร่างกายมีปริมาณร้อยละ 2 ของน้ำหนักตัว ดังนั้น การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายใด ๆ ที่มีการเสียน้ำไม่เกินร้อยละ 2 ของน้ำหนักตัว และก่อนการแข่งขันร่างกายอยู่ในสภาพที่ไม่ขาดน้ำ หรือในระหว่างเล่นไม่เกิดการกระหายน้ำ ผู้เล่นก็ไม่จำเป็นต้องดื่มน้ำในระหว่างนั้น

ความกระหายน้ำแสดงว่าร่างกายกำลังขาดน้ำ ชาดอยู่เท่าไรก็ใช้ความกระหายเป็นเกณฑ์ แต่จะต้องค่อย ๆ เติลปริมาณการดื่มออกไป ไม่ควรดื่มครั้งเดียวหมด

ในการทดลองของสถาบันกีฬาเวชศาสตร์แห่งเบอร์ลิน พบว่า การให้น้ำชดเชยในปริมาณที่เท่ากับสูญเสียในการออกกำลังกาย จะทำให้สมรรถภาพดีที่สุด แต่จะต้องแบ่งการชดเชยออกไปเป็นร้อยละ 25 ใน 1 ชั่วโมงก่อนการเล่น และอีกร้อยละ 75 เติลออกไปตามระยะเวลาของการเล่นหรือการออกกำลังกาย

6. ความเจ็บป่วย อาการแพ้อากาศ เป็นหวัด ถ้าไม่มีอาการอื่นร่วม เช่น มีไข้ เจ็บคอ ไอ อ่อนเพลีย ก็สามารถฝึกซ้อมหรือออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่ความเจ็บป่วยทุกชนิดทำให้สมรรถภาพลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นไข้ ซึ่งร่างกายมีอุณหภูมิสูงกว่าปกติ หัวใจต้องทำงานมากขึ้นเพื่อระบายความร้อน เมื่อไปออกกำลังกายเข้า การระบายความร้อนและหัวใจจึงต้องทำงานหนักขึ้น แม้แต่งานเบา ๆ ก็อาจจะกลายเป็นงานหนักเกินไปได้ และถ้าหากเป็นไข้ที่เกิดจากเชื้อโรค การไหลเวียนของเลือดที่เพิ่มขึ้นจากการออกกำลังกาย อาจจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ก่อให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย หรือในอวัยวะที่สำคัญซึ่งเป็นอันตราย

7. ความเจ็บป่วยระหว่างการออกกำลังกาย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุขึ้นในระหว่างการออกกำลังกาย ควรหยุดพัก หากเกิดการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย เมื่อได้พักชั่วคราวก็จะหายเป็นปกติ อาจจะลงเล่นต่อไปได้ แต่ถ้าออกกำลังกายต่อไปแล้ว อาการเดิมกลับเป็นมากขึ้น ต้องหยุดข้อนี้สำคัญมากสำหรับคนที่มียาอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะอาการหายใจขัด จุกแน่น เจ็บบริเวณหน้าอก ซึ่งอาจจะเป็นการของการขาดเลือดหล่อเลี้ยงหัวใจ หากฝืนเล่นต่อไป อาจจะเกิดหัวใจวายได้ ความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด การเคลื่อนไหวบังคับได้ไม่ปกติ เป็นสัญญาณแสดงว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น หากฝืนออกกำลังกายต่อไป โอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บจะมีมาก และความรุนแรงจะมากขึ้นตามลำดับเช่นกัน

8. ด้านจิตใจ ตามหลักจิตวิทยา การออกกำลังกายมีผลต่อจิตใจในการลดความเครียด ดังนั้น ระหว่างการฝึกซ้อมและออกกำลังกาย จึงควรทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง พร้อมทั้งจะเล่นพยายามขจัดปัญหาเรื่องที่รบกวนจิตใจ หากไม่สามารถขจัดได้จริง ๆ ก็ควรงดการฝึกซ้อม เพราะจะเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

9. ความสม่ำเสมอ ไม่ว่าการฝึกซ้อมเพื่อแข่งขันหรือเพื่อสุขภาพก็ตาม ต้องพยายามรักษาความสม่ำเสมอไว้ การฝึกหนักติดต่อกัน 1 เดือนแล้วหยุดไปครึ่งเดือน แล้วมาเริ่มต้นใหม่ จะเริ่มเท่ากับความหนักครั้งสุดท้ายก่อนหยุดไม่ได้ แต่จะต้องลดความหนักของการฝึกลงให้ต่ำกว่าการฝึกครั้งสุดท้าย แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่ม ลักษณะที่ซ้อมติดต่อกันแล้วก็หยุดดังกล่าว เราจะพบบ่อยในนักกีฬาไทย เพราะเมื่อหมดการแข่งขันก็หยุดฝึกซ้อม และจะเริ่มใหม่เมื่อจะเริ่มแข่งขันอีก โอกาสที่จะเพิ่มสมรรถภาพให้สูงกว่าเดิมจึงไม่มี เพราะผลของการเพิ่มสมรรถภาพ นอกจากจะขึ้นอยู่กับปริมาณความหนักของการฝึกซ้อมแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมออีกด้วย

10. การพักผ่อน หลังการฝึกซ้อมและการออกกำลังกายแล้ว จำเป็นจะต้องมีการพักผ่อนให้เพียงพอ โดยมีหลักสังเกตดังนี้ ก่อนการฝึกซ้อมครั้งต่อไป ร่างกายจะต้องสดชื่นอยู่ในสภาพเดิมหรือดีกว่าเดิม การฝึกซ้อมวันต่อมาจึงจะกระทำให้มากขึ้นตามลำดับ เนื่องจากการฝึกซ้อมและการออกกำลังกาย ต้องเสียพลังงานสำรองไป จำเป็นต้องมีการชดเชย รวมทั้งซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างเสริมให้แข็งแรงยิ่งขึ้น กระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในขณะที่ร่างกายมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอเท่านั้น

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายเป็นกุญแจสำคัญที่จะป้องกันความเสื่อมในวัยสูงอายุ โดยจะช่วยรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจและระบบการไหลเวียน ส่งเสริมความสามารถในการทำงานทั้งก่อนและภายหลังการเป็นโรค รวมทั้งมีสุขภาพจิตดี การออกกำลังกาย จะช่วยลดระดับของไขมันในเลือด และความเครียดได้ด้วย ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายให้มากเท่าที่จะทำได้ และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่สะดวกและปลอดภัยคือ การแกว่งแขน การเดิน การนั่ง การยกขา การนอนหงายยกขา การเดิน การเดินสลับ การก้าวเดิน การก้าวขา เหล่านี้เป็นต้น

ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีร่างกายอ่อนแอ สุขภาพกายและใจทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกายภายหลังการหยุดกิจกรรมงานต่าง ๆ ซึ่งบางคนมักเข้าใจว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยของการพักผ่อน แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่ต้องทำอะไรเลยในวันหนึ่ง ๆ นอกจากการนั่งพัก นอนพัก ความจริงแล้ว การนั่งพัก นอนพักในสภาพเช่นนั้นนาน ๆ กล้ามเนื้อจะลีบและเล็กลง เคลื่อนไหวเชื่องช้า อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่างกายเจ็บป่วยง่ายและบ่อยขึ้น ดังนั้น วิธีที่ดีที่สุดคือ การบริหารร่างกายตั้งแต่เนิ่น ๆ เป็นการป้องกันผลเสียต่าง ๆ ได้

ผลเสียที่ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย

1. กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงลงเรื่อย ๆ เนื่องจากไม่ได้ใช้งาน ไม่มีการทำงานของกล้ามเนื้อเท่าที่ควร
2. เกิดอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ เป็นลมได้ง่าย เพราะการนอนนาน ๆ ความดันโลหิตของร่างกายจะลดต่ำลง ร่างกายปรับตัวไม่ทันเมื่อลุกขึ้นหรือลุกขึ้นยืน

3. เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น เช่น โรคปอด และหัวใจไม่แข็งแรง ร่างกายมีความต้านทานต่ำ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

การออกกำลังกายไม่ใช่เป็นสิ่งที่ต้องห้ามสำหรับคนสูงอายุ คนสูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ ถ้าเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม และความหนักเบาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง

ประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ช่วยให้ออกซิเจนและขับถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์ได้มากขึ้น ทำให้เส้นเลือดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น อวัยวะทุกส่วนของร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น และขจัดของเสียได้มากขึ้น ประโยชน์ที่จะได้จากการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มี 4 ประการ ดังนี้ (สุชาติ โสภประยูร และคนอื่น ๆ. 2537 : 26)

1. เพื่อป้องกันการแก้อาการที่อาจจะพบได้ในผู้สูงอายุ เช่น อาการเมื่อย ท้องผูก ปวดตามข้อ ข้อขัด ข้อแข็ง หลังแข็ง ฯลฯ อาการเหล่านี้เกิดจากการขาดการออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวที่ไม่เพียงพอ

2. ช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เช่น ช่วยลดภาวะการอุดตันของก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดในกระแสเลือด โดยเฉพาะการอุดตันของเส้นเลือดในสมองของผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้เป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของข้อต่าง ๆ ให้เคลื่อนไหวได้สะดวก โดยเฉพาะข้อเข่า เมื่ออายุมากจะยึดติดกัน ทำให้ลุกนั่งและเดินไม่สะดวก และมีอาการปวดเมื่อยตามข้อต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังเพิ่มการเผาผลาญอาหารให้กับร่างกาย ทำให้ลดไขมันและน้ำตาลในกระแสเลือด ตลอดจนทำให้การขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น เพราะลำไส้มีการเคลื่อนไหวดี

3. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความชรา คือ ทำให้คนแก่ช้าลง โดยที่ความแก่เป็นเรื่องของธรรมชาติที่ห้ามไม่ได้แต่ก็อาจช่วยให้ดำเนินไปอย่างช้าลงได้โดยการออกกำลังกาย

4. การออกกำลังกายจะช่วยยืดเวลาให้ผู้มีอายุสามารถทำประโยชน์ได้มากขึ้น ทั้งประโยชน์ส่วนตัวและประโยชน์ส่วนรวมทางสังคม

5. ทำให้จิตใจสบาย ซึ่งมีสาเหตุจากหลายประการ สำหรับประการแรก จะรู้สึกว่าการแข็งแรงขึ้น สุขภาพสมบูรณ์ไม่เกิดความกังวลหรือทุกข์ร้อนใด ๆ ประการที่สอง ในการเล่นกีฬา

มักจะได้พบเพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่น ๆ นับเป็นการเพิ่มความสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสบายขึ้น

ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุบางท่านมีสุขภาพไม่แข็งแรง บางท่านอาจมีโรคประจำตัว หรือบางท่านอาจทำการบริหารร่างกายไม่ถูกต้อง เช่น หักโหมเกินไป ถ้าท่านมีอาการผิดปกติอย่างหนึ่งอย่างใด ขอให้ท่านหยุดบริหารร่างกาย และปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์

ประพจน์ เกตุราภาศ (2532 : 2 - 3) ได้กล่าวว่า อาการเตือนในขณะออกกำลังกาย มีดังนี้

1. หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นแรงหรือหัวใจเต้นช้าลงทันที
2. เจ็บที่บริเวณหัวใจ หรือร้าวไปที่ไหล่ข้างซ้าย หรือปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่
3. หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจขัดหรือหายใจไม่ทั่วท้อง
4. ง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้
5. เหงื่อออกมาก ตัวเย็น
6. รู้สึกหวั่นไหว โดยหาสาเหตุไม่ได้
7. มีอาการอ่อนแรง หรืออัมพาตบริเวณหน้า แขน ขา และอก
8. นุดไม่ชัด หรือพูดตะกุกตะกัก
9. มีอาการหน้ามืด ตามืด
10. หัวใจเต้นแรงแม้จะหยุดพักประมาณ 10 วินาที แล้วก็ตาม
11. อัตราชีพจรเต้นเร็วกว่า 140 ครั้งต่อนาที
12. ผู้สูงอายุต้องไม่มีประวัติว่าเป็นโรคหัวใจมาก่อน ถ้ามีก็ควรจะทำกายภาพบำบัดได้ การดูแลของแพทย์อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

13. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง อ้วนมาก คือ น้ำหนักเกินเกณฑ์เฉลี่ยถึง 10 กิโลกรัมขึ้นไป และผู้ที่อยู่ในระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย การออกกำลังกายต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และสัมพันธ์กับโรคที่เป็น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานควรเดินเล่นหรือวิ่งเหยาะๆ หลังรับประทานอาหารประมาณ 30 - 60 นาที ฝึกสัปดาห์ละ 6 วัน วันละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งชีพจรหลังการออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้งต่อนาที เพื่อให้ร่างกายไม่เครียดเกินไป

14. การออกกำลังกายต้องเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายที่หักโหมใช้ความรวดเร็ว ความอดทนหรือการแข่งขันประสิทธิภาพ แต่ควรเป็นการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ช่วยกระตุ้นความตื่นตัวให้แก่ร่างกายและจิตใจเป็นสำคัญ

ข้อห้ามในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

1. ไม่สบาย เช่น เป็นไข้ หรือมีอาการอักเสบของส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย
2. หลังจากฝนไ้มาใหม่ ๆ
3. ในสถานที่อากาศร้อนจัด อบอ้าว
4. หลังจากรับประทานอาหารมาใหม่ ๆ

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

เริ่มต้นโดยการผ่อนคลายจิตใจทำให้สบาย มีสมาธิ หายใจเข้าช้า ๆ และกลั้นไว้ประมาณ 2 วินาที แล้วหายใจออกช้า ๆ ให้ระยะที่หายใจเข้าและออกเท่า ๆ กัน ระยะที่หายใจเข้าและออกกินเวลาประมาณ 7 วินาที

ซูคักดี เวชแพทย์ (2527 : 177) กล่าวว่า ข้อเสนอแนะในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการสัมมนาทางด้านความแข็งแรงในผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกาไว้ดังนี้

1. การออกกำลังกายไม่ควรจำกัดความสามารถของร่างกายในทางที่ผิด
 2. ควรยืดกล้ามเนื้อเป็นประจำก่อนออกกำลังกาย (อบอุ่นร่างกาย) และภายหลังการออกกำลังกาย
 3. โปรแกรมฝึกการออกกำลังกาย ควรอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ นักกายภาพ หรือ นักพลศึกษา
 4. ผู้ที่เป็นนักกีฬาเก่า ควรออกกำลังกายตามศักยภาพและข้อจำกัดของตน
 5. ผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงควรมีส่วนในการออกกำลังกายได้มากเช่นเดียวกับผู้ชาย
- อวย เกตุสิงห์ (2536 : 59 - 60) กล่าวว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีหลักสำคัญคือ

1. ไม่ใช่แรงมากนัก เริ่มแต่น้อย ๆ ก่อน ทำแล้วรู้สึกกระฉับกระเฉง แสดงว่าพอดี หากทำแล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงแสดงว่าน้อยไป และถ้าหากปวดเมื่อยมากแสดงว่าหักโหมไป

2. ควรทำอย่างช้า ๆ ไม่ควรแข่งขัน และควรหยุดการออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเป็นไข้ มีความดันโลหิตสูง และรู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ

เป็นการยากที่จะพิสูจน์ได้แน่ชัดว่า การออกกำลังกายทำให้คนมีอายุยืนขึ้นได้ แต่มีหลักฐานแน่นอนว่า ผู้ที่ออกกำลังกายโดยถูกต้องเป็นประจำ แม้จะสูงอายุแล้วก็ยังคงมีความกระฉับกระเฉง มีสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ มีโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนเล็กน้อย สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้อีกต่อไปอีกแทนที่จะเป็นภาระแก่สังคม

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2536 : 7) ได้เสนอแนะ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายตามหลัก และวิธีการออกกำลังกาย ดังนี้

1. กำหนดให้การออกกำลังกายเป็นการพักผ่อนคลายความตึงเครียด ความเมื่อยล้า และความวิตกกังวล เช่น การบริหารร่างกาย การฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ การร่ำมวยจีน การฝึกโยคะ การเล่นกีฬาที่ให้ความเพลิดเพลินแต่ไม่ใช้การแข่งขัน

2. สร้างเสริมประสิทธิภาพและความทนทานในการทำงานประสานสัมพันธ์กันระหว่างระบบกล้ามเนื้อกับระบบประสาท ช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ กระตุ้นการเผาผลาญอาหารและการย่อยอาหาร ลดอาการท้องผูก กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ตามปกติการเดินเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป

3. เพิ่มความตึงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การยกน้ำหนักเบา ๆ การเดิน การว่ายน้ำ การเดินร่าเป็นจังหวะช้า ๆ และการฝึกแบบโยคะ

4. ควรออกกำลังกายอย่างช้า ๆ เรื่อย ๆ ได้ต้องการความเร็ว ควรมีช่วงพักในการออกกำลังกายบ้างพอสมควร การออกกำลังกายเร็ว ๆ นั้นไม่เหมาะเพราะทำให้เหนื่อยง่ายเกินไป

5. ไม่ออกกำลังกายที่หนักเกินไป คือ ต้องใช้แรงมาก ๆ อาจเกิดอันตรายได้ แต่ก็ไม่ใช้เบาจนเกินไปจนแทบไม่ได้ออกแรงเลยก็ไม่เกิดประโยชน์อีกเหมือนกัน

6. เกี่ยวกับความมากน้อย ควรถือหลักพอสมควร ไม่ออกกำลังกายจนเหนื่อยหอบหายใจไม่ทัน โดยทั่วไปจะหยุดพักเมื่อเหนื่อย ในรายที่ไม่ค่อยแข็งแรงดีอาจหยุดพัก หรือลดความเร็วลงจนรู้สึกหายเหนื่อยจึงเริ่มต้นใหม่

7. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่ทำบ้าง หยุดบ้างจะไม่ได้ผล

8. เมื่อออกกำลังกายแล้วต้องพักผ่อนให้หายเหนื่อย

9. ถ้าต้องการออกกำลังกายเป็นหมู่หลาย ๆ คน ควรอยู่ในวัยเดียวกัน เพราะการออกกำลังกายโดยเล่นร่วมกับผู้ที่มีวัยอ่อนกว่า อาจเป็นเหตุให้ต้องฝึกทำ อาจเป็นอันตรายได้

10. จังหวะของการออกกำลังกาย ไม่ควรเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน

อย่างไรก็ตาม วิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นวิธีที่เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของตนเอง เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัด ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ตามปกติควรออกกำลังกายวันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ครั้งละ 15 - 60 นาที ควรออกกำลังกายเป็นจังหวะและพอเหมาะกับสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งประเมินได้จากการคำนวณอัตราการเต้นของชีพจรในการออกกำลังกาย

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2527 : 12) ได้เสนอหลักปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุไว้หลายวิธีดังนี้

1. การบริหาร
2. การฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์และใช้อุปกรณ์
3. การฝึกความอดทนทั่วไป
4. การเล่นกีฬา
5. การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันหรืองานอดิเรก

1. การบริหาร จุดมุ่งหมายหลักของการบริหารคือ การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้อ และข้อต่อ ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยใช้เวลานวันละ 5 - 15 นาที วิธีทำกายบริหารมีหลายรูปแบบ เช่น การบริหารแบบหัดพละ การรำมวยจีน การฝึกโยคะ เป็นต้น

2. การฝึกแรงกล้ามเนื้อ โดยไม่ใช้อุปกรณ์คล้ายคลึงกับการบริหาร แต่มีการใช้แรงกล้ามเนื้อบางส่วนมากจนถึงขั้นที่ให้เกิดเป็นการฝึกแรงกล้ามเนื้อ ส่วนการฝึกโดยใช้อุปกรณ์นั้นโดยปกติจะใช้ในการเสริมสร้างสมรรถภาพของกล้ามเนื้อเป็นพิเศษในนักกีฬาบางประเภท หรือผู้ที่ต้องการเป็นนักเพาะกาย ส่วนในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี และสามารถทำกายบริหารและฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์ได้อยู่แล้ว ก็อบไม่มีความจำเป็น แต่ในรายที่ต้องการฟื้นฟูสภาพ หรือแก้ไข ความพิการ บางอย่างด้วยกายภาพบำบัด การใช้อุปกรณ์ เช่น ลูกน้ำหนัก สปริงยืด หรือแม้แต่อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ใช้ในการกระตุ้นกล้ามเนื้อ อาจมีความจำเป็น

สำหรับผู้สูงอายุ ถ้าหากปฏิบัติการบริหารโดยมีท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อค่อนข้างมาก ประกอบอยู่ด้วยแล้ว ไม่จำเป็นต้องฝึกแรงกล้ามเนื้อเป็นพิเศษโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป

ในกรณีที่ต้องการฝึกแรงกล้ามเนื้อบางส่วนที่บกพร่อง ควรเลือกการฝึกโดยไม่ใช่อุปกรณ์ช่วย หากไม่สามารถทำได้จึงใช้อุปกรณ์และต้องยึดหลักปฏิบัติดังนี้

2.1 ไม่ใช้น้ำหนักเกินกว่าร้อยละ 80 ของแรงสุด ของที่ทำได้ หรือความหนักที่ทำให้ไม่สามารถทำซ้ำได้ติดต่อกันถึง 6 ครั้ง ความหนักที่พอเหมาะคือร้อยละ 50 - 60 และทำซ้ำ 8 - 10 ครั้ง ซึ่งเรียกว่า 1 ชุด

2.2 เลือกท่าเฉพาะท่าที่จำเป็นที่สุดเพียงไม่เกิน 3 ท่าต่อวัน แต่ละท่าทำไม่เกิน 3 ชุด

2.3 สังเกตความเหนื่อยและเมื่อยล้าหลังการปฏิบัติครั้งแรก หากพักแล้วเกิน 10 นาที ยังไม่หายเหนื่อยหรือกล้ามเนื้อยังมีความเมื่อยล้าอยู่ การทำครั้งต่อไปต้องลดความหนักและจำนวนการทำซ้ำลง

2.4 อย่าแบ่งหรือกลั่นลมหายใจในขณะที่ออกแรงกล้ามเนื้อ พยายามหายใจเข้าออกให้เป็นจังหวะ สอดคล้องกับการออกแรง

3. การฝึกความอดทนทั่วไป เป็นการฝึกที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุเพราะทำให้การไหลเวียนเลือดและการหายใจดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทั่วไปดีขึ้นแล้วยังเป็นการป้องกันโรคหลายชนิดในผู้สูงอายุ และช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่เกิดอาการของโรคจากการเสื่อมสภาพขึ้นแล้วด้วย

การฝึกความอดทนทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุมีหลักปฏิบัติดังนี้

3.1 การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ควรให้มากถึงขีดจำกัดของข้อเช่น เหยียดจนสุดหรืองอจนสุด หรือจนถึงจุดที่เริ่มเกิดอาการเจ็บที่กล้ามเนื้อ หรือเจ็บที่ข้อในรายที่มีปัญหาของระบบการเคลื่อนไหวอยู่ก่อน

3.2 พยายามให้มีการเคลื่อนไหวในข้อต่อต่าง ๆ จนครบหรือเกือบครบทุกข้อต่อ และแต่ละข้อต่อให้มีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่ข้อนั้นจะเคลื่อนไหวได้ ในภาวะปกติจนครบทุกทิศทาง

3.3 จำนวนครั้งของการทำซ้ำในแต่ละท่าขึ้นอยู่กับความหนักเบาของท่าที่ทำและระยะเวลาที่ใช้ในการทำแต่ละท่า ในท่าที่ใช้แรงงานกล้ามเนื้อค่อนข้างมาก อาจทำเพียง 6 - 10 ครั้งก็เป็นการเพียงพอแต่ในท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อน้อย เช่น การแกว่งแขน อาจทำมากกว่า 50 ครั้งก็ได้

3.4 ระหว่างปฏิบัติต้องควบคุมในการหายใจเป็นไปอย่างสม่ำเสมอไม่แบ่ง หรือ กลั่นการหายใจ การฝึกความอดทนทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุมีหลักปฏิบัติดังนี้

3.4.1 เลือกชนิดการฝึกที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม

3.4.2 หมั่นสังเกตความหนักของการฝึกโดยอาศัยการสังเกตความเหนื่อย คือไม่เหนื่อยจนหอบ หายใจไม่ทัน และเมื่อพัก 10 นาที จะรู้สึกหายใจเหนื่อยเป็นปกติหรือเกือบปกติ อาจอาศัยการนับชีพจร กล่าวคือ เมื่อพัก 10 นาที อัตราชีพจรควรลดต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที

3.4.3 ระหว่างออกกำลังกาย ควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะตามการออกกำลังกาย การหายใจลึกอาจผ่อนทางปากด้วยก็ได้ ห้ามเร่งการหายใจให้เร็วขึ้น

3.4.4 เมื่อฝึกไปได้ระยะหนึ่ง ความเหนื่อยจะน้อยลงและชีพจรหลังออกกำลังกายต่ำกว่าเดิม อาจลองเพิ่มความหนักขึ้นทีละน้อย

3.4.5 ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นระหว่างออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจขัด ต้องลดความหนักลงหรือหยุดออกกำลังกายต่อไป

4. การเล่นกีฬา กีฬาเป็นรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุอาจนำมาใช้ ฝึกฝนร่างกายได้ โดยมีทั้งข้อดีและข้อเสียเมื่อเปรียบเทียบกับ การออกกำลังกายดังกล่าวข้างต้น

4.1 ข้อดี ได้แก่

4.1.1 มีความสนุกสนานตื่นเต้นไม่น่าเบื่อหน่าย

4.1.2 มีแรงผลักดันที่ทำให้ฝึกซ้อมสม่ำเสมอ

4.1.3 ได้สังคม

4.2 ข้อเสีย ได้แก่

4.2.1 จัดความหนักเบาได้ยาก บางครั้งอาจหนักเกินไปหรือน้อยเกินไป

4.2.2 การแข่งขันบางครั้งเพิ่มความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ

4.2.3 มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่า

หากมีผู้สูงอายุเลือกการเล่นกีฬาเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพพึงยึดหลักปฏิบัติ ดังนี้

1. เลือกกีฬา

- กีฬาที่ไม่มีการปะทะ
- กีฬาที่การเคลื่อนไหวไม่ยุ่งยากซับซ้อนมาก

- กีฬาที่ไม่มีการออกแรงสูงสุดในช่วงเวลาสั้น ๆ
 - กีฬาที่สามารถควบคุมความหนักเบาได้ด้วยตนเอง
 - กีฬาที่ให้ผลต่อสมรรถภาพทางกายด้วยความอดทนทั่วไป
2. ไม่ควรถือการแข่งขันเป็นสำคัญ ควรเป็นการเล่นแบบสนุกสนานมากกว่า
 3. เล่นกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน
 4. ไม่ฝืนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

5. การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันและงานอดิเรก มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ถูกลูกหลานห้ามใช้แรงงานในชีวิตประจำวัน และห้ามทำงานอดิเรกที่ใช้ร่างกายความเข้าใจผิดว่าผู้สูงอายุควรงดการใช้ร่างกายและต้องพักผ่อนมาก แท้จริงแล้วการใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน หรือการทำงานอดิเรกที่ใช้ร่างกาย หากจัดให้พอเหมาะแล้วจะเป็นการฝึกฝนร่างกายของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี งานอดิเรกหลายอย่างที่นอกจากให้ประโยชน์ทางสุขภาพกายและจิตแก่ผู้สูงอายุแล้วยังให้ผลประโยชน์ด้านการครองชีพอีกด้วย เช่น การทำสวน ซ่อมแซม เครื่องใช้ไม้สอย เลี้ยงเด็ก ฯลฯ แต่ทั้งนี้จะต้องจัดหรือปรับให้เข้ากับหลักของการฝึกฝนร่างกาย ทั้งในแง่ปริมาณ และส่วนประกอบอื่น ซึ่งได้แก่ ปัจจัยในตัวเอง ปัจจัยนอก และการพักผ่อน

การบริหารกายสำหรับผู้สูงอายุ

ท่าที่ 1 การหายใจ

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อให้สุขภาพของผู้สูงอายุดี การบริหารร่างกายที่ถูกต้อง คือ การหายใจลึก ๆ ซึ่งท่านสามารถทำในเวลาใดก็ได้ และควรทำในขณะบริหารร่างกายเป็นอย่างยิ่ง

วิธีบริหาร

1. หายใจเข้าทางจมูกอย่างช้า ๆ จนสุด ซึ่งสามารถสังเกตได้โดยการวางมือทั้งสองข้างบนหน้าท้อง จะเห็นหน้าท้องโป่งออก



2. หายใจออกทางปาก หน้าท้องจะแฟบลง และปล่อยตัวตามสบาย



ภาพประกอบ 3 ทำบริหารการหายใจ

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เป็นการเพิ่มกำลังและผ่อนคลายกล้ามเนื้อตา
วิธีบริหาร

1. ศีรษะตั้งตรง มองเพ่งไปข้างหน้า



2. กลอกตาไปทางซ้าย



3. กลอกตาขึ้นบน



4. กลอกตาไปทางขวา



5. กลอกตาลงล่าง จำไว้ว่าอย่าขยับศีรษะ เวลากลอกตา



ภาพประกอบ 4 ทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตา

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 3 การบริหารใบหน้า

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อยืดและเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อใบหน้า

วิธีบริหาร

1. บริหารกล้ามเนื้อทุกส่วนของหน้า โดยการเลิกคิ้วทั้งสองข้าง ทำหน้าย่นอยู่ ทำจมูกยื่นส่ายไปมาห่อปาก



2. เบิกตากว้าง ทำจมูกบาน และขม้ม



ภาพประกอบ 5 ท่าการบริหารใบหน้า

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 4 ท่าบริหารคอ

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อยืดกล้ามเนื้อต้นคอ

วิธีบริหาร

1. ก้มศีรษะช้า ๆ



2. เงยหน้าขึ้นให้ศีรษะตั้งตรง



3. เอียงคอจากไหล่ข้างหนึ่ง
ไปอีกข้างหนึ่ง



4. บิดคอพร้อมกับก้มคอลงจากไหล่
ข้างหนึ่งไปหาไหล่อีกข้างหนึ่ง



ภาพประกอบ 6 ท่าบริหารคอ

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 5 ทำนั่งห้อยแขน

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของไหล่

วิธีบริหาร นั่งห้อยแขนลงข้างลำตัว แกว่งแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้า หมุนเป็น

วงกลม หมุน 3 - 5 รอบ หมุนย้อนทางเดิม 3 - 5 รอบ



ภาพประกอบ 7 ทำนั่งห้อยแขน

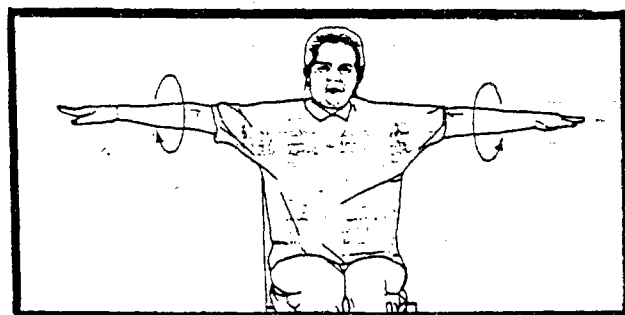
ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 6 ทำกางแขน

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อไหล่ และต้นแขนพร้อมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวของไหล่

วิธีบริหาร กางแขนออกให้เสมอไหล่ หมุนแขนเป็นวงกลม จากวงเล็กค่อย ๆ ใหญ่ขึ้น

หมุน 3 - 5 รอบ หมุนย้อนทางเดิม 3 - 5 รอบ



ภาพประกอบ 8 ทำกางแขน

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 7 ท่ากอด

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มเพื่อยืดบริเวณหลังส่วนบน ไหล่และต้นแขน
วิธีบริหาร

1. นั่งตัวตรง เอาแขนทั้งสองข้างโอบกอดตัวเองให้แน่น



2. เหยียดแขนออกและแกว่งไปข้างหลังช้า ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 9 ท่ากอด

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 8 ทำดัดนิ้วและฝ่ามือ

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อยืดข้อมือและนิ้ว

วิธีการบริหาร

1. ประสานมือที่บริเวณหน้าอก



2. เหยียดออกเต็มที่ หมุนข้อมือให้ฝ่ามือออกนอกตัว ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



หมายเหตุ ถ้าประสานมือไม่ได้หรือลำบาก ให้วางมือซ้อนกันขณะทำการบริหาร

ภาพประกอบ 10 ทำดัดนิ้วและฝ่ามือ

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 9 ท่าก้มตัวห้อยแขน

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น หรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดเส้นยืดสาย และเพิ่มกำลังบริเวณหลังส่วนล่าง

วิธีการ

1. นั่งตัวตรง ปล่อยตัวตามสบาย



2. ค่อย ๆ ก้มตัวลง ห้อยแขนลงข้าง ๆ ขา ทั้งศีรษะก้มลง ปล่อยตัวตามสบาย แล้วค่อยเงยตัวขึ้นตรงอย่างช้า ๆ ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 11 ท่าก้มตัวห้อยแขน

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 10 ท่าก้มตัวหาเช่า

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น หรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อเพิ่มกำลังและยืดหลัง

วิธีการ

1. อยู่ในท่านั่ง ประสานมือรอบหัวเช่า



2. โน้มตัวเฉพาะช่วงบนเข้าหาเช่า กลับสู่ท่านั่งเดิมอย่างช้า ๆ แล้วเปลี่ยนไปประสานมือรอบหัวเช่าอีกข้างหนึ่ง โน้มตัวหาเช่าอีกข้างหนึ่ง โน้มตัวหาเช่าแต่ละข้าง 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 12 ท่าก้มตัวหาเช่า

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 11 ท่าก้มตัวแตะพื้น

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น หรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดและเพิ่มกำลังส่วนหลัง

วิธีการ นั่งตัวตรง ค่อย ๆ ก้มตัวเท่าที่จะทำได้ จนสามารถเอามือแตะพื้น แล้วกลับอยู่ในท่านั่งอย่างช้า ๆ ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 13 ท่าก้มตัวแตะพื้น

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 12 ท่าแขม่วท้อง

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น หรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้อง

วิธีการ นั่งตัวตรงแขม่วท้อง จนกระทั่งส่วนหลังบริเวณเอวแนบติดกับเก้าอี้ ห้ามกลั้นหายใจ

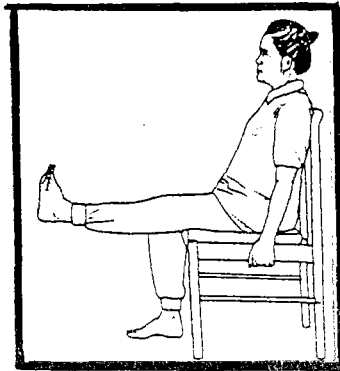


ภาพประกอบ 14 ท่าแขม่วท้อง

ท่าที่ 13 ท่าเหยียดขา

ท่านี้เหมาะสำหรับ ผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น หรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อเพิ่มกำลังต้นขา

วิธีบริหาร นั่งตัวตรงยกปลายเท้าขึ้นข้างหนึ่งเหยียดเข่าตรง ยกขาขึ้นเท่าที่จะทำได้ อาจใช้มือประสานใต้ต้นขา เพื่อช่วยยกขาขึ้น แล้วค่อย ๆ วางขาลงช้า ๆ กลับสู่ท่าเดิม ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง เสร็จแล้วทำสลับขาอีกข้าง 3 - 5 ครั้ง เช่นกัน



ภาพประกอบ 15 ท่าเหยียดขา

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 14 ท่าควงเท้า

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็นหรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของเข่า

วิธีบริหาร นั่งตัวตรงยกปลายเท้าขึ้นข้างหนึ่งพ่นพื้นเล็กน้อย ควงเท้าเป็นวงกลมช้า ๆ ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง เสร็จแล้วควงกลับทิศ 3 - 5 ครั้ง ทำสลับขาอีกข้างละ 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 16 ท่าควงเท้า

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

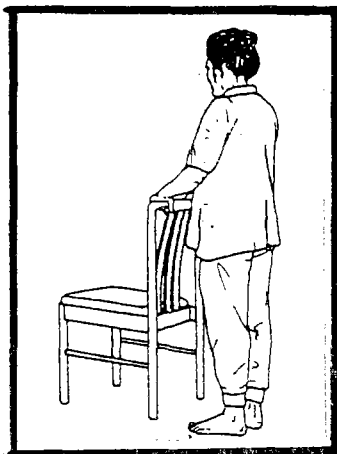
ท่าที่ 15 ทำยืนงอเข่า

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เดินโดยใช้เครื่องพยุง และผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดกล้ามเนื้อ

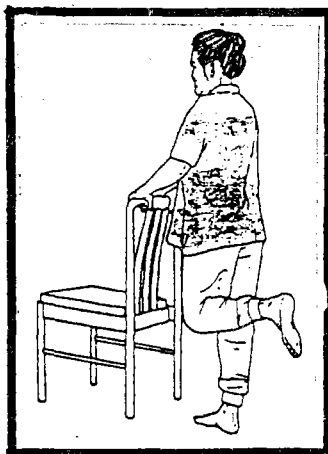
ต้นขา

วิธีบริหาร

1. ยืนเอามือข้างหนึ่งจับเก้าอี้ เพื่อพยุงตัว



2. งอเข่ายกปลายเท้าไปด้านหลัง นับ 1 ถึง 5 แล้ววางลง ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง แล้วทำสลับขาอีกข้างหนึ่ง 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 17 ทำยืนงอเข่า

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 16 ท่าเหวี่ยงขา

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง และผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดกล้ามเนื้อต้นขา

วิธีบริหาร

1. ยืนเอามือข้างหนึ่งจับพนักเก้าอี้
2. กางขาข้างหนึ่ง ควางขาไปข้างหน้าเป็นวงกลม ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง แล้วพัก ควางขาไปข้างหลังเป็นวงกลม ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง หมุนตัวทำสลับข้างเช่นเดียวกัน



ภาพประกอบ 18 ท่าเหวี่ยงขา

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 17 ท่าเอนตัว

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง และผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างและข้างลำตัว

วิธีบริหาร

1. ยืนเอามือจับเก้าอี้ กางขาพอเหมาะ
2. ยกแขนอีกข้างหนึ่งเหนือศีรษะ เอนตัวเข้าหาเก้าอี้โดยใช้เอว จนรู้สึกว่าด้านข้างลำตัวด้านนอกยืดออก ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง ทำสลับข้าง 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 19 ท่าเอนตัว

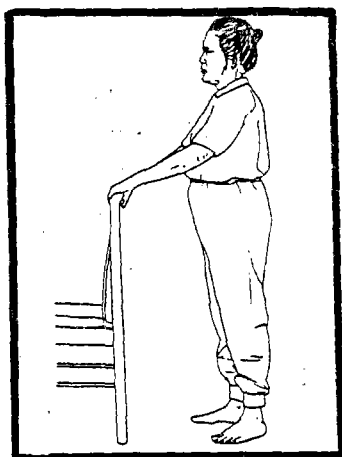
ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 18 ทำย่อตัว

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เดินโดยใช้เครื่องพยุง และผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อเพิ่มความตึงและกำลังของกล้ามเนื้อขา

วิธีบริหาร

1. ยืนหันหน้าเข้าหาเก้าอี้ เอามือจับพนักเก้าอี้ทั้งสองมือ
2. เท้าแยกห่างกันพอเหมาะ ย่อตัวลงโดยให้ศีรษะตั้งตรง หลังตั้งตรง และเท้าวางราบพื้น ย่อตัวลงในระดับที่นั่งเก้าอี้ ไม่ต้องย่อมากจนถึงขนาดนั่งยอง ๆ ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 20 ทำย่อตัว

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 19 ท่าเหยียดน่อง

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เดินโดยใช้เครื่องพยุง และผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดกล้ามเนื้อน่อง

วิธีบริหาร

1. ยืนหันหน้าเข้าหาเก้าอี้ วางมือทั้งสองบนพนักเก้าอี้
2. ก้าวขาข้างหนึ่งไปข้างหน้า งอเข่าขาที่อยู่ข้างหน้า ทำนี้จะเหยียดกล้ามเนื้อน่องของขาหลัง ให้เท้าราบกับพื้น โน้มตัวไปด้านหน้าและอยู่นิ่งนับ 1 ถึง 10 ทำสลับขาอีกข้างหนึ่ง



ภาพประกอบ 21 ท่าเหยียดน่อง

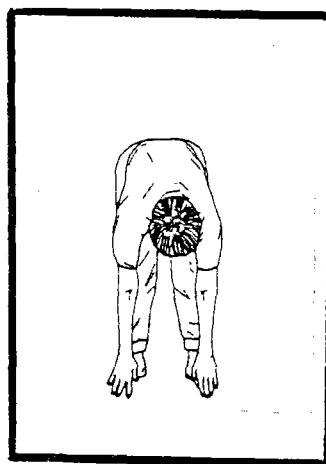
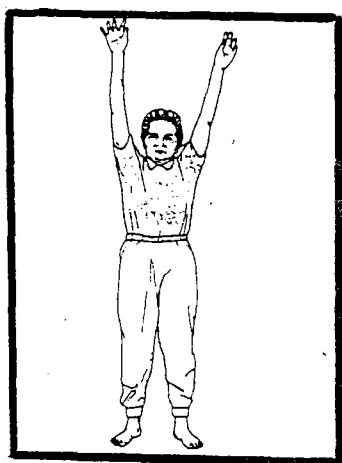
ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 20 ทำยืดตัว

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดกล้ามเนื้อตลอดทั้งตัว

วิธีบริหาร

1. ยืนกางขาเล็กน้อย ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ นับ 1 ถึง 4 ในขณะเดียวกัน ก็ค่อย ๆ ยืดตัวและแขนขึ้นเรื่อย ๆ ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง
2. ก้มตัวลงเอามือแตะพื้น โดยงอบริเวณเอวและเข่าเล็กน้อย นับ 1 ถึง 4 ในขณะที่ยกตัวลงอย่างช้า ๆ ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



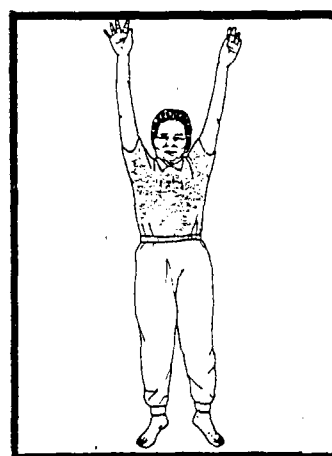
ภาพประกอบ 22 ทำยืดตัว

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 21 ท่าเซ่งเท้า

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับอุ้งเท้า ข้อเท้า และน่อง
วิธีบริหาร

1. ยืนกางขาพอเหมาะ บิดปลายเท้าออกนอก
2. เซ่งเท้าโดยยกส้นขึ้นพร้อมกับชูแขนทั้งสองข้างเหนือศีรษะ เพื่อช่วยการทรงตัว
ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง
3. ยืนในท่าปลายเท้าชี้ไปข้างหน้า แล้วเซ่งพร้อมกับชูแขนขึ้นเหนือศีรษะ ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง
4. ยืนในท่าปลายเท้าชี้เข้าใน แล้วเซ่งพร้อมกับชูแขนขึ้นเหนือศีรษะ ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง



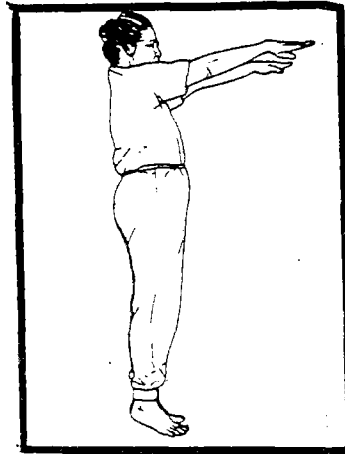
ภาพประกอบ 23 ท่าเซ่งเท้า

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 22 ทำยืนกระโดดน้ำ

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อฝึกการทรงตัวให้ดีขึ้น

วิธีบริหาร ยืนแยกเท้าเล็กน้อย แขนแนบลำตัว เขย่งปลายเท้า ยกแขนไปข้างหน้า ให้ขนานกับพื้น คอว่ามือ นิ่งในท่านั้น 1 ถึง 10 ทำซ้ำอีกครั้ง เมื่อการทรงตัวดีขึ้น ให้นับ 1 ถึง 15 หรือมากกว่า



ภาพประกอบ 24 ทำยืนกระโดดน้ำ

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 23 ทำยืนขาเดียว

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อฝึกการทรงตัว

วิธีบริหาร

1. ยืนแยกเท้าเล็กน้อย มือเท้าสะเอว ศีรษะตั้งตรง
2. ยกขาข้างหนึ่งขึ้นช้า ๆ ให้ฝ่าเท้าแนบขาข้างที่ยืนจนถึงเข่า หยุดนิ่งนับ 1 ถึง 10 ทำสลับขาอีกข้างหนึ่ง เมื่อชำนาญแล้ว ให้หลับตาทำ หรือนับให้นานขึ้น



ภาพประกอบ 25 ทำยืนขาเดียว

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 24 ทำเดินเป็นเส้นตรง

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ช่วยรักษาท่าทางที่ดี

วิธีบริหาร

1. วางเท้าข้างหนึ่งอยู่หน้าเท้าอีกข้างหนึ่งเหมือนยืนอยู่บนเส้นตรง ให้ศีรษะตั้งตรง และมองตรงไปข้างหน้า กางแขนออกเพื่อช่วยการทรงตัว
2. เริ่มเดินโดยให้ส้นเท้าของเท้าหน้าไปวางตรงปลายเท้าของเท้าหลัง ทำซ้ำต่อไปแบบนี้เรื่อย ๆ
3. ต่อไปเดินถอยหลัง ให้ปลายนิ้วเท้าแตะส้นเท้าเช่นเดียวกัน



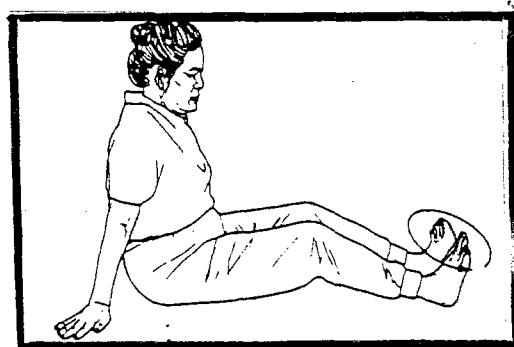
ภาพประกอบ 26 ทำเดินเป็นเส้นตรง

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 25 ทำควงปลายเท้า

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น ผู้สูงอายุที่เดินโดยใช้เครื่องพยุง และผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อบริหารข้อเท้า

วิธีบริหาร นั่งกับพื้น เขยียดขาไปข้างหน้า งอเข่าเล็กน้อย ให้ส้นเท้าแตะพื้น แล้วควงปลายเท้าเป็นวงกลม ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง และหมุนกลับทิศ 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 27 ทำควงปลายเท้า

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 26 ท่าเซียบซา

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น หรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดกล้ามเนื้อต้นขา

วิธีบริหาร นั่งกับพื้น ชันเข่าหาหน้าอก กอดเข่าข้างนั้นด้วยมือทั้งสองข้าง ซ้ายอีกข้างเหยียดตรง และกระดกข้อเท้าขึ้น ค่อย ๆ เซียบซาข้างที่กอดเข้าไว้ เซียบออกเล็กน้อย (ทีละนิ้ว) โดยแขนยังโอบรอบเข่า โนมืดตัวตามเข่าพร้อมกันไป จะรู้สึกมีการยืดที่ต้นขาด้านหลัง ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง ทำสลับซ้ายอีกข้างหนึ่ง 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 28 ท่าเซียบซา

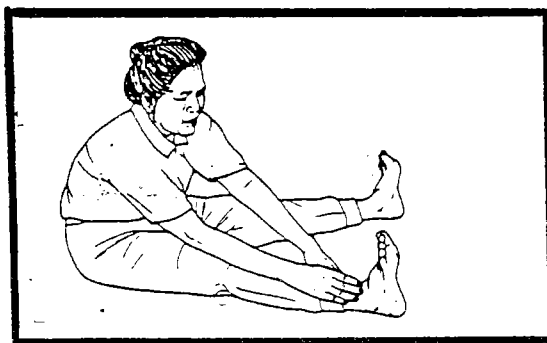
ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 27 ทำนั่งโหม้ตัว

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น หรือเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง หรือผู้สูงอายุที่ปกติ เพื่อยืดหลังส่วนล่าง และต้นขา

วิธีบริหาร

1. นั่งกับพื้น กางขาและเหยียดไปข้างหน้า เข่าอเล็กน้อย โหม้ตัวไปบนขาข้างหนึ่ง อย่างช้า ๆ (งอที่เอว) ให้โหม้ตัวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (อย่ากลั้นลมหายใจ)



2. นั่งตัวตรง แล้วโหม้ตัวไปข้างหน้าระหว่างขาทั้งสองข้าง แล้วนั่งตัวตรง



3. โหม้ตัวไปบนขาอีกข้างหนึ่ง แล้วนั่งตัวตรง ทำซ้ำทั้งหมดอีก 1 ครั้ง



ภาพประกอบ 29 ทำนั่งโหม้ตัว

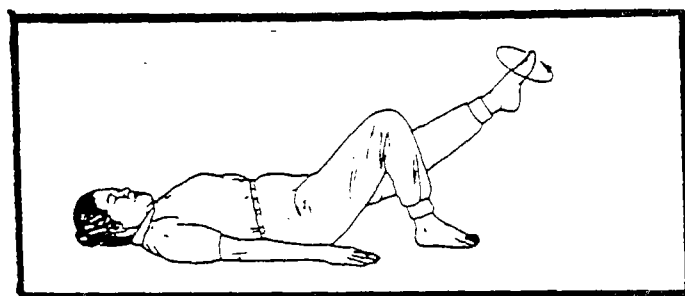
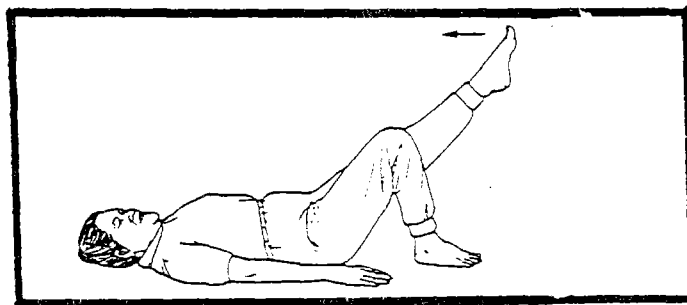
ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 28 ท่านอนยกขา

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อขา และหน้าท้อง ขณะเดียวกันเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อเท้า

วิธีบริหาร

1. นอนหงายบนพื้น งอเข่าข้างหนึ่ง ขาอีกข้างเหยียดตรง ยกขาข้างที่เหยียดตรงขึ้นช้า ๆ นับ 1 ถึง 3 แล้ววางขาลง
 2. ยกขาข้างที่เหยียดตรงขึ้น ค้างไว้ และกระดกเท้าขึ้นลงหลาย ๆ เที้ยว แล้ววางขาลง
 3. ยกขาข้างเดิมขึ้นมาอีก และหมุนเท้าเป็นวงกลม 3 ครั้ง และหมุนกลับทิศอีก 3 ครั้ง แล้ววางขาลง
- ทำสลับขาอีกข้างหนึ่ง



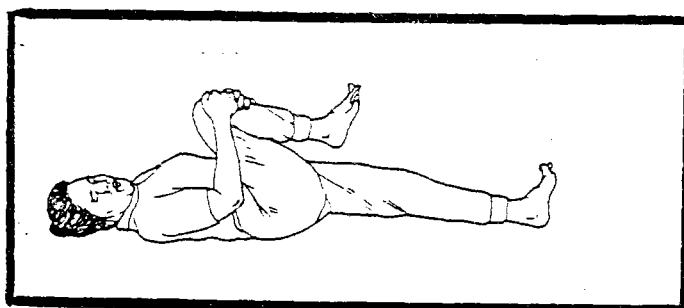
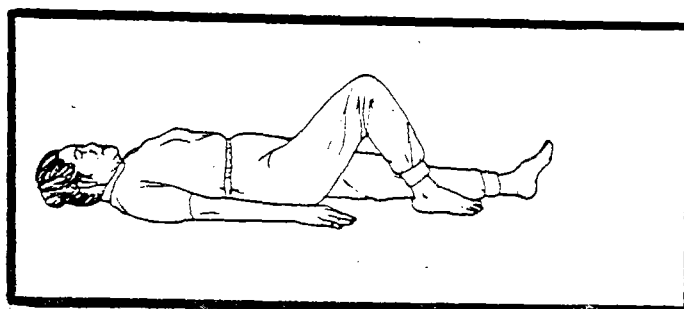
ภาพประกอบ 30 ท่านอนยกขา

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 29 ท่านอนกอดเข่า

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง
วิธีบริหาร

1. นอนบนพื้น งอเข่าข้างหนึ่ง
2. เอามือทั้งสองจับหัวเข่า และดึงเข่าเข้าหาหน้าอก นึก ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง ทำ
สลับขาอีกข้าง 3 - 5 ครั้ง



ภาพประกอบ 31 ท่านอนกอดเข่า

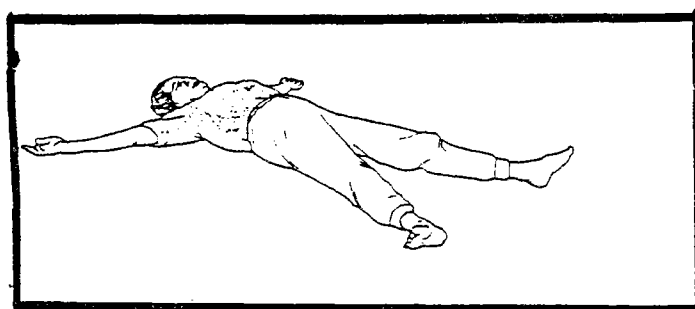
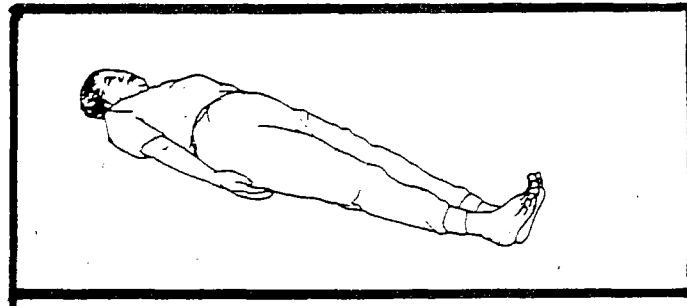
ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 30 ทำนอนกางแขนและขา

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อยืดทุกส่วนของร่างกาย

วิธีบริหาร

1. นอนหงายกับพื้น แขนและขาแนบกับลำตัว
2. กางแขนและขาออกโดยไม่ต้องยกแขนและขาให้พ้นพื้น แล้วหุบแขนและขา ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง



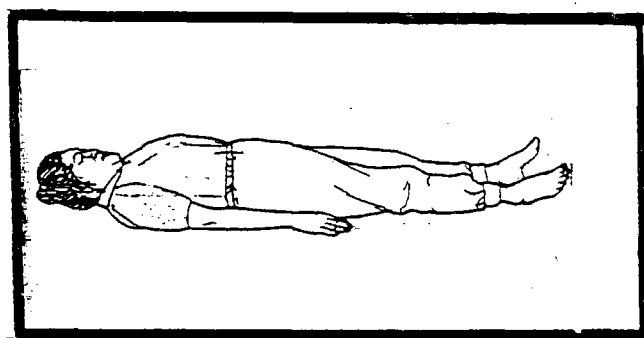
ภาพประกอบ 32 ทำนอนกางแขนและขา

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

ท่าที่ 31 การผ่อนคลาย

ท่านี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ขอแนะนำให้ท่านใช้เวลากับการผ่อนคลายอย่างเต็มที่
 วิธีการ นอนหงายราบกับพื้นในท่าที่ท่านรู้สึกสบายที่สุด หลับตา และแบ่งสมาธิไปที่
 การหายใจ ให้หายใจอย่างช้า ๆ และลึก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน
 ของร่างกาย เริ่มที่เท้าก่อน โดยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อบริเวณ
 เท้า ต่อมาเริ่มทำที่ขา ก้น หน้าท้อง หลัง หน้าอก แขน มือ ไหล่ คอ
 และใบหน้า

ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อใบหน้า ให้อ้าปากกว้าง ย่นจมูก ทำตาเหลือ
 รวมทั้งการแสดงสีหน้าแบบต่าง ๆ แล้วพยายามคลายกล้ามเนื้อทุกมัดเช่นกัน
 เมื่อกล้ามเนื้อของท่านได้ผ่อนคลายแล้ว จะรู้สึกว่าร่างกายหนัก ขณะเดียวกัน
 จะรู้สึกขลุ่ยขลุ่ย สิ่งที่สำคัญคือ การแบ่งสมาธิที่การหายใจ ทำจิตใจให้
 ปลอดโปร่ง ไม่ฟุ้งซ่าน จะทำให้ท่านได้ผ่อนคลายอย่างแท้จริง และเป็น
 เวลานาน



ภาพประกอบ 33 ท่าการผ่อนคลาย

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2530.

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

ลิปแมน (Lipman. 1961 : 265 - 271) ได้ศึกษามโนทัศน์ของบทบาทและชีวิตของคู่สมรสในผู้เกษียณอายุ เพื่อต้องการทราบว่ามโนทัศน์ของบทบาทเพศชายและหญิง จะมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการปรับตัวของพวกเขาหรือไม่ และพบว่าการเกษียณอายุทำให้ผู้ชายมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยกระทำเป็นประจำอย่างเห็นได้ชัด มีการใช้เวลาว่างมาสนใจงานบ้านช่วยเหลือแม่บ้านมากขึ้น ทำให้บทบาทของเพศชายและเพศหญิงภายหลังเกษียณไม่มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเห็นว่า ต่างฝ่ายต้องปรับตัวเพื่อช่วยเหลืองานในบ้าน และสิ่งสำคัญที่ทำให้ชีวิตคู่มีความสุข คือ จะต้องมีความรัก ความเข้าใจ ความเป็นเพื่อนและเข้ากันได้

เจลโซ และรีฟเวอร์ส (Jalso and Rivers. 1965 : 263 - 268) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็น และการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของกลุ่มประชาชน 340 คน ในรัฐนิวยอร์กซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันในอายุ ระดับการศึกษา เพศ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีทั้งให้ผู้ตอบได้ตอบเองและให้ผู้เชี่ยวชาญสัมภาษณ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างสูง (0.63) ระหว่างคะแนนของความคิดเห็นกับคะแนนการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นทำให้เกิดการปฏิบัติทางโภชนาการและด้านการศึกษาสูงขึ้นกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นและการปฏิบัติที่มีเหตุผล

ไรลีย์ และฟอนเนอร์ (Riley and Foner. 1976 : 110) พบว่า ปัญหาในการปรับตัวต่อการออกจากงานของคนชราคือ ปัญหาการเงินร้อยละ 40 ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร้อยละ 28 ปัญหาไม่มีงานทำร้อยละ 22 ปัญหาคู่สมรสเสียชีวิตร้อยละ 10 แต่การศึกษาของแฮร์ริส และคนอื่น ๆ (Harris and others. 1983 : 216 - 217) พบว่า ปัญหาการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุการทำงาน ส่วนใหญ่เกิดจากขาดการเตรียมตัวสำหรับการเกษียณอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้ ตำแหน่งหน้าที่ และการศึกษาในระดับต่ำ เกี่ยวกับลักษณะการเตรียมตัว แฮร์ริสกล่าวว่าผู้เกษียณอายุ การงานควรจะได้มีการเตรียมอย่างน้อยด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและด้านจิตใจ อารมณ์ ส่วนการเตรียมงานอดิเรกและกิจกรรมในยามว่างก็เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตเช่นกัน ซึ่งในปี ค.ศ. 1975 แฮร์ริส ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ (Harris and Others. 1987 : 690)

1. การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง
2. การเตรียมพินัยกรรม
3. การเตรียมสะสมเงิน
4. การเรียนรู้เกี่ยวกับเงินบำเหน็จ บำนาญ และสวัสดิการที่ได้รับ
5. การเตรียมที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง
6. การเตรียมงานอดิเรกและกิจกรรมในยามว่าง
7. การตัดสินใจว่าจะพักอาศัยร่วมกับผู้ใด
8. การเตรียมวางแผนทำงานเต็มเวลา หรือล่องเวลา
9. การพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
10. การเข้ารับการแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุ
11. การเตรียมย้ายไปอยู่กับญาติหรือบุตรหลาน

ผลของการศึกษาพบว่า ผู้เกษียณอายุการงานมีการเตรียมทำพินัยกรรม เตรียมสะสมเงิน เตรียมวางแผนการทำงานเต็มเวลาหรือล่องเวลา และมีการเข้ารับการแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุ น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และในปีเดียวกัน ไดเคิลแมน (Diekelmann. and others. 1987 : 691) ได้ทำการศึกษพบว่า การเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน มีค่าสหสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับความสำเร็จในชีวิตภายหลังเกษียณของผู้เกษียณอายุการงาน

* ซาเนส (ละออง สุวิทยาภรณ์. 2534 : 41; อ้างอิงมาจาก Shasas. 1968 : 211 - 213) ได้ศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาและสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศ เดนมาร์ก อังกฤษ และอเมริกา โดยให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเอง พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองนั้น มีการเปลี่ยนแปลงทางลดน้อยของความสมบูรณ์ของร่างกาย และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

คอตเทรล และเอชเลีย์ (Cottrell and Athley. 1976 : 109 - 110) ในกลุ่มตัวอย่างครูและพนักงานโทรศัพท์ พบว่า ร้อยละ 49 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวต่อการเกษียณอายุการงานได้ภายใน 3 เดือน และพบว่าเพศหญิงมีปัญหามากกว่าชาย และความสามารถในการปรับตัวได้เร็วขึ้นอยู่กับรายได้เพียงพอ และมีงานกึ่งฝีมือทำ มีร้อยละ 30 ที่มีปัญหาต่อการปรับตัว ซึ่งประมาณร้อยละ 7 มีปัญหาการปรับตัวต่อการออกจากงาน และร้อยละ 23 ประสบปัญหาต่อการสวมบทบาทผู้เกษียณอายุการงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเกษียณอายุการงานของ ชไนเดอร์และสตริบ (Schneider and Streib. 1976 :

109) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ไม่พอใจในการเกษียณอายุการงาน และประมาณร้อยละ 10 หลีกเลี่ยงปัญหาการปรับตัวต่อการเกษียณอายุโดยการกลับเข้าสู่การทำงานใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทอมสัน (Thomson. 1972 : 402) เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้เกษียณอายุการงาน และพบว่า ผู้เกษียณอายุที่ไม่ได้ทำงานมีชวัญต่ำกว่าผู้เกษียณอายุที่ยังทำงาน ส่วนการแสดงออกทางสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมหรือองค์การในวัยที่ผ่านมาไม่มีผลโดยตรงต่อชวัญ แต่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นสิ่งที่มอิทธิพลโดยตรงต่อชวัญของผู้เกษียณอายุการงาน และในปีต่อมาเขาได้ศึกษาบทบาทของการใช้เวลาว่างกับการทำงานที่มีผลต่อชวัญของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบผู้เกษียณอายุการงานกับผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพรับจ้าง พบว่า ผู้เกษียณอายุการงานมีชวัญต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ชวัญของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ รายได้ และอายุ ผู้เกษียณอายุการงานที่มีชวัญต่ำจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพไม่ดี รายได้น้อย และอายุมาก

ทิสซู่ (Tissue. 1972 : 94) ได้ศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองได้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำในสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,402 คน เปรียบเทียบการวัดสถานะทางสุขภาพจากจำนวนวันที่เจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 64 - 74 ปี และผู้สูงอายุกลุ่ม 75 ปีขึ้นไป ตอบว่าสุขภาพดี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ ผู้สูงอายุชายตอบว่าสามารถทำงาน และกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

แอชลีย์ (Atehley. 1976 : 110 - 111) กล่าวว่า ผู้ที่ต้องออกจากงานเพราะเกษียณอายุ ต้องปรับตัวต่อสิ่งเกี่ยวข้องกับการเกษียณอายุ 2 ประการ คือ การสูญเสียและการเสียรายได้ นอกจากนี้ในบางครั้งคนชราที่เกษียณอายุอาจปรับตัวต่อสุขภาพที่ทรุดโทรมลงคือ การสูญเสียชีวิต ปัญหาที่พบในการปรับตัวในช่วงการออกจากงานของคนชราคือ ปัญหาการเงินร้อยละ 40 ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร้อยละ 28 ไม่มีงานทำร้อยละ 22 คู่สมรสตายร้อยละ 10

แกรนเนย์ (Graney. 1976 : 701 - 707) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุขมากจะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข จะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมน้อยลง

เฮิน และเชน (Hain and Chen. 1976 : 16) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทำการศึกษาผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ในเมืองแอร์ (Erie) รัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา โดยการสร้างแบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากด้านต่าง ๆ 3 ด้าน คือ 1) เงื่อนไขทางสุขภาพ 2) การทำงานของร่างกาย 3) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มผู้สูงอายุ ชายที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุหญิงที่อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุคู่จำนวนทั้งสิ้น 128 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 24.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดรู้สึกว่าคุณภาพในปัจจุบันไม่ดี ร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุชี้ว่าการทำงานของร่างกายไม่ดี และร้อยละ 11.7 ของผู้สูงอายุไม่เคยไปพบแพทย์เลย

คาสเซม และแฮคเคทท์ (Cassem and Hackett. 1991 : 53) ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ (Coronary Care Unit) จำนวน 441 คน พบว่าส่วนมากเป็นผู้สูงอายุประมาณ 145 คน หรือ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด และพบว่าร้อยละ 47 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจเนื่องจากความวิตกกังวล และอีกร้อยละ 44 เกิดจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจมีสาเหตุของโรคจากความวิตกกังวล

ลินน์ และคนอื่น ๆ (Linn and others. 1979 : 276 - 281) ได้ศึกษาความแตกต่างของเพศและเชื้อชาติต่อการปรับตัวด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มคนผิวขาว ผิวดำ และคนคิวบา พบว่า การปรับตัวด้านการทำหน้าที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมของเพศหญิง และเพศชาย มีความคล้ายคลึงกันทั้ง 3 กลุ่ม เพศหญิงจะมีส่วนร่วมในสังคมดีกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีจะมีการปรับตัวที่ไม่ดีด้วย ผู้สูงอายุที่มีชนชั้นทางสังคมต่ำ จะมีภาวะความเศร้ามากกว่า และมีการยกย่องตนเองน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีชนชั้นสูง

ฮิมเมลฟาร์บ และเมอร์เรล (Himmelfrab and Murrell. 1984 : 167) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย 713 คน และเพศหญิง 1,338 คน พบว่าร้อยละ 17 ของเพศชาย และร้อยละ 21 ของเพศหญิงมีอาการของความวิตกกังวลที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

พาเรนท์ (Paren. 1984 : 250) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับความรู้สึกสำนึกในคุณค่าตนเองและภาวะความซึมเศร้า จากกลุ่มผู้สูงอายุอาสาสมัครที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน พบว่า ภายหลังจากการออกกำลังกาย 1 เดือนติดต่อกัน คะแนนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้น และคะแนนความซึมเศร้ามลดลง

เลมอน (Lemon. 1985 : 4) ได้ศึกษา ความต้องการในเรื่องของการวางแผน เพื่อการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ ในบริษัท ที จี แอนด์ วาย (TG and Y) เกี่ยวกับเรื่องการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ พบว่า เพศชายสนใจเรื่องสุขภาพกายและจิตมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่อยู่ใน

วัยหนุ่มสนใจในเรื่องการบริหารด้านการเงินและในกลุ่มที่มีรายได้น้อยจะสนใจในเรื่องของการใช้เวลาว่าง และที่อยู่อาศัย

โฮเวอร์ต (Howard. 1986 : 1405) ศึกษาในเรื่อง "ผลของการอบรมให้ความรู้ในการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุต่อการดำรงชีวิตหลังเกษียณอายุ" ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ได้รับการอบรมจะมีรายได้และกิจกรรมดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม และในกลุ่มที่มีรายได้น้อยจะมีความพอใจในสภาพเศรษฐกิจของตนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรมในสภาพเศรษฐกิจเช่นเดียวกัน

ฮอช (Hoch. 1987 : 267) ได้นำทฤษฎีการปรับตัวของรอยไปศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เผชิญกับสิ่งเร้าที่ไม่เกี่ยวข้องกับสภาวะของโรค โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 48 คน ที่มีอายุระหว่าง 65 - 70 ปี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วย เพศหญิง 11 คน เพศชาย 5 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากัน และระยะเวลาในการเกษียณเท่ากัน โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 และ 3 เป็นกลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแล โดยอาศัยรูปแบบการปรับตัวของรอย และรูปแบบการดูแลสุขภาพของนิวแมนตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์วัดระดับความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ ภายหลังการศึกษา พบว่า การใช้การดูแลโดยอาศัยรูปแบบการปรับตัวของรอย และรูปแบบระบบการดูแลสุขภาพของนิวแมนในกลุ่มทดลองภาวะความซึมเศร้านลดลงและความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ในระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยในประเทศไทย

สายฝน เกษมกิจวัฒนา (2523 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบของการศึกษาเฉพาะรายในกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ทุกรายได้รับการพยาบาลตามหลักการของทฤษฎีการปรับตัวของรอยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลอันหมายถึง การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลได้จากเครื่องมือที่ผู้ทำการวิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความสามารถในการปรับตัวทั้งในระยะก่อนและหลังการให้การพยาบาล

ไปแล้วทุกสัปดาห์ ผลปรากฏว่า ภายหลังการให้การพยาบาลแล้วกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการปรับตัวเข้ากับลักษณะความเจ็บป่วยดีขึ้นตามลำดับ

นิรลัทธ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523 : 154 - 175) เกี่ยวกับความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ในประเทศไทยจำนวน 825 คน จากการศึกษาปัญหาของคนชราพบว่า ปัญหาเด่นของคนชราไทยคือ ปัญหาด้านจิตใจ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่วนการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับปัญหาการปลดเกษียณในกลุ่มผู้เกษียณอายุราชการ ซึ่งมีประมาณร้อยละ 9 พบว่า คนชราส่วนใหญ่มองการปลดเกษียณในแง่ดี และทำใจให้ยอมรับได้ สามารถปรับตัวปรับใจเข้ากับชีวิตภายหลังเกษียณได้ มีเพียงส่วนน้อยที่เคยมีตำแหน่งทางการงานสูงจะรู้สึกหวาดกลัวและปรับตัวได้ยากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ส่วนความคิดเห็นของคนชราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อให้ชีวิตมีความสุข พบว่า สิ่งที่ควรเตรียมอย่างยิ่งคือเงินทอง ทรัพย์สิน และบ้านที่อยู่อาศัย คิดเป็นร้อยละ 75 อีกร้อยละ 25 มีความเห็นต่างกันไปหลายด้าน เช่น การเตรียมด้านครอบครัว จิตใจ และการงาน เป็นต้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2532 : 49) ที่ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว โดยสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั่วประเทศ ที่มีอายุ 70 - 74 ปี จำนวน 1,574 คน พบว่าพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อดำรงชีวิตเมื่ออายุมากขึ้นนั้น ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวคิดเป็นร้อยละ 59.3 และไม่มีการเตรียมตัวร้อยละ 40.7 กลุ่มที่มีการเตรียมตัวส่วนใหญ่เป็นการเตรียมด้านทรัพย์สิน เงินทองและที่อยู่อาศัย คิดเป็นร้อยละ 88.8 ส่วนที่เหลือร้อยละ 11.1 เป็นการเตรียมตัวด้านอาชีพการงาน ส่วนการศึกษาของศิริวรรณ ลิ้นไชย (2532 : 67) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐทุกภาคในประเทศไทย จำนวน 130 คน ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต คือ การใช้เวลาว่าง การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้สภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสำเร็จในการทำงาน ยกเว้นเพศไม่สัมพันธ์กับความพึงพอใจ ส่วนการศึกษาปัจจัยด้านการเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 45.4 รองลงมาคือ ระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.1 และ 21.1 ตามลำดับ ส่วนลักษณะความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตพบว่า การเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในชีวิต ($r = 0.5220$)

นิตา ชูโต (2525 : 103) ศึกษาเรื่อง คนชราไทย จากผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 90 อยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือครอบครัว ซึ่งเป็นบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ลูก ๆ ของ ผู้สูงอายุในการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ยากจน และปัญหาสุขภาพตามลำดับ

ประพิมดาว สุคนธ์ (2526 : 72) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเชื้อเพลิง กรุงเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุมักจะประสบปัญหาด้านจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวลสูง มีขวัญกำลังใจ และความพอใจในชีวิต และสภาพจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

จารุวรรณ เหมะสร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 60) ได้ศึกษาถึงความ ต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนิคมบ้านพักรอไฟ มักกะสัน กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่ามากที่สุด รองลงมาคือ การเคี้ยวอาหารลำบาก ด้านความสามารถทางด้านหน้าที่ของร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ได้เอง โดยผู้สูงอายุชายจะมีความสามารถดีกว่าผู้สูงอายุหญิง

วารุณี ตีรณวัฒนากุล (2526 : 135) ได้ศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมายาอาส ซิเนียร์ไวรัส จำนวน 24 ราย ที่มารับบริการจากคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามารัตน์ ภายในระยะ 3 เดือน หลังจากได้รับการสอนพยาบาลโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย พบว่า

1. หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสภาพโรคที่เป็นอยู่ และมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 0.01 และ 0.001

2. ในเดือนที่ 1 และ 3 ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี ภาวะของโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในเดือนที่ 2 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เชมิกา ยามะรัต (2527 : 118) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ : ศึกษา กรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 319 คน โดยใช้ แบบสอบถามพบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขกับการได้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมมากกว่า การถอนตัวออกจากสังคม และพบว่าสุขภาพที่ผู้สูงอายุประเมินเองมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ในชีวิตมากกว่าจำนวนโรคและปัญหาสุขภาพ

เสาวภาพ วิจิตวาทิ (2527 : 62 - 76) ทำการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการบริการด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ในเขตพญาไท กรุงเทพฯ จำนวน 120 คน โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สถานภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้จากบุตร เฉลี่ยเดือนละมากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป และมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองเคยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน
2. การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับท้องเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ระบบข้อและกล้ามเนื้อ และปัญหาเกี่ยวกับตา
3. ผลการเปรียบเทียบความต้องการการบริการด้านร่างกายจากครอบครัวของผู้สูงอายุ เพศชาย และเพศหญิง พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีความต้องการระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันที่ระดับการมีนัยสำคัญที่ .05 ในเรื่องผู้สูงอายุเพศชายมีความต้องการรับประทานประเภทเนื้อ ไข่ นม และวิตามินบำรุงร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีความต้องการมากในการออกไปเลือกซื้ออาหารด้วยตนเอง
4. ผลการเปรียบเทียบความต้องการด้านจิตใจ และอารมณ์ จากครอบครัวของผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิง พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีความต้องการการบริการด้านจิตใจและอารมณ์ จากครอบครัวในด้านอื่น ในระดับปานกลางและไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญที่ .05
5. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการบริการด้านเศรษฐกิจและสังคมจากครอบครัวของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีความต้องการการบริการด้านเศรษฐกิจและสังคม จากครอบครัวในด้านอื่น ๆ ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันในระดับนัยสำคัญที่ .05

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2528 : 180 - 181) ได้สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในปัจจุบันด้านสถานภาพสมรส สภาวะสุขภาพ การได้รับความเคารพนับถือ การทำประโยชน์แก่สังคม และการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดำรงชีวิต ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุทั้งประเทศพบว่า ร้อยละ 54 ยังคงอยู่กับคู่สมรสและร้อยละ 42 เป็นหม้าย เฉพาะในกรุงเทพมหานครนั้น สัดส่วนของผู้ที่อยู่กับคู่สมรสและเป็นหม้ายพอ ๆ กัน ประมาณกลุ่มละร้อยละ 40 เท่านั้นที่ยังอยู่กับคู่สมรส ที่เหลือเป็นหม้ายเป็นส่วนใหญ่ มีกลุ่มเป็นโสดหย่าร้าง แยกประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

2. สภาวะสุขภาพ ประมาณร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุ เพศหญิง ตอบว่าสุขภาพดี เมื่อพิจารณาเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบว่า ร้อยละ 74 ในเพศชาย และร้อยละ 65 ในเพศหญิง ตอบว่าสุขภาพดี (ไม่เจ็บป่วย) เมื่อพิจารณาแยกตามอายุพบว่า ร้อยละ 35 ของผู้ที่ตอบว่ามีสุขภาพดีลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุ เช่น ร้อยละ 80 ในกลุ่มอายุ 60 - 64 ปี มาเป็นร้อยละ 63 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (เพศชาย) ส่วนในเพศหญิง ถ้าร้อยละในแต่ละช่วงอายุไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้นในช่วงอายุ 70 - 74 ปี ในต่างจังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีประมาณร้อยละ 50 - 60 และลดลงตามอายุเช่นเดียวกัน

3. การพึ่งพาอาศัย ในผู้สูงอายุทั่วไปพบว่า ร้อยละ 58 พึ่งพาอาศัยอยู่ ร้อยละ 40 พึ่งพาตนเองได้เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า ร้อยละ 48 ในเพศชายพึ่งพาอาศัย และร้อยละ 49 พึ่งตนเองได้ แต่ในเพศหญิงนั้น ร้อยละ 66 และร้อยละ 32 พึ่งตนเอง อัตราการพึ่งตนเองนี้จะลดลงตามอายุเรื่อย ๆ เฉพาะในกรุงเทพมหานครพบว่า ในเพศชายผู้สูงอายุ ร้อยละ 51 พึ่งพาอาศัย และร้อยละ 48 พึ่งตนเอง ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 70 พึ่งพาอาศัย และร้อยละ 30 พึ่งตนเอง และอัตราพึ่งตนเองนี้จะลดลงตามอายุเช่นเดียวกัน

4. การได้รับความเคารพนับถือ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 93 กล่าวว่า ได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลแวดล้อมในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกันมากนัก (ร้อยละ 94 ในเพศชาย และร้อยละ 91 ในเพศหญิง) เมื่อพิจารณาเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบว่าร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุ กล่าวว่า ได้รับความเคารพนับถือดี (ทั้งในเพศชายและเพศหญิง) ในขณะที่ต่างจังหวัดมีเพียงร้อยละ 89 ในเพศหญิง และร้อยละ 93 ในเพศชาย และอัตราการได้รับความเคารพนับถือใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มอายุ

5. การได้ทำประโยชน์ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 85 ในเพศชาย และร้อยละ 76 ในเพศหญิง ได้ทำประโยชน์แก่สังคม และถ้าสัดส่วนนี้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงอายุเมื่อพิจารณาในกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 73 ได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม และในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงเล็กน้อย

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527 : 60 - 63) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 176 คน พบว่า ผู้เกษียณอายุราชการส่วนใหญ่ปรับตัวได้ดีภายหลังเกษียณ ส่วนความสัมพันธ์ของการปรับตัวกับปัจจัยที่นำมาศึกษา ด้านเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับตำแหน่งหน้าที่

การงานก่อนเกษียณ ระยะเวลาภายหลังเกษียณ การมีส่วนร่วมในสังคม ความสมดุลของรายรับ-รายจ่าย และสถานภาพสุขภาพ พบว่า

1. ผู้ที่มีรายรับ-รายจ่ายสมดุล ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีรายรับ-รายจ่ายไม่สมดุล
2. กลุ่มข้าราชการระดับ 7 - 8 ปรับตัวได้ดีที่สุด
กลุ่มข้าราชการระดับ 1 - 2 ปรับตัวได้น้อยที่สุด
3. กลุ่มที่มีระยะเวลาหลังเกษียณ 0 - 3 ปี มีการปรับตัวได้ดีที่สุด
กลุ่มที่มีระยะเวลาหลังเกษียณ 7 - 10 ปี ปรับตัวได้น้อยที่สุด
4. ผู้เกษียณอายุที่มีสถานภาพสุขภาพดี จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี
5. ผู้เกษียณที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย

ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว พบว่า ไม่มีผลต่อการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการ

เชมิกา ยามะรัต (2527 : 117 - 119) ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำนวน 319 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า คนชราส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523) ที่พบว่า ผู้เกษียณอายุส่วนใหญ่ปรับตัวได้ดีภายหลังเกษียณ ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต คือ สถานภาพสมรส ตำแหน่งครั้งสุดท้ายก่อนเกษียณ ความเสียเปรียบสัมพันธ์ การมีงานอดิเรกและงานยามว่าง การมีส่วนร่วมทางสังคม ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และญาติ ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระดับชั้น จำนวนปีหลังเกษียณและภูมิสำเนา ซึ่งตัวแปรเกี่ยวกับสถานภาพสมรส และจำนวนปีหลังเกษียณ ได้ผลต่างจากการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่สัมพันธ์กับการปรับตัว แต่จำนวนปีหลังเกษียณสัมพันธ์กับการปรับตัว

ดวงฤดี ลาสุชะ (2527 : 54 - 56) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบจัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเมือง 30 คน เขตชนบท 90 คน รวม 120 คน ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโดยส่วนรวมเหมาะสมปานกลาง ต่างจากการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปรับตัวได้ดี เมื่อพิจารณาการปรับ

ตัวในแต่ละด้าน พบว่า การปรับตัวด้านสรีรวิทยามีความเหมาะสมดี ส่วนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์พึ่งพาผู้อื่น เหมาะสมปานกลาง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว คือ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและสุขภาพอนามัย ส่วนตัวแปรด้านเพศ ชอบเขตที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสัมพันธ์ (2528 : 23 - 32) ได้สำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนดินแดง เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนและให้บริการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบุตร บุตรเป็นผู้จัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในบ้าน และมอบเงินให้ผู้สูงอายุมีหน้าที่ช่วยดูแลบ้าน ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีส่วนน้อยที่ค้าขายและบุตรอยู่ในฐานะยากจน ปัญหาความขัดแย้งกับครอบครัวมีน้อย ปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจ

รำพรรณ ภทรนิตย์ (2529 : 78 - 85) ศึกษาผลของการใช้เวลาต่อสุขภาพจิตในข้าราชการบำนาญเกษียณอายุ ในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 60 - 70 ปี จำนวน 213 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อการเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 90.1 เห็นว่าการเกษียณอายุราชการเป็นสิ่งที่ดี ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประสบหลังการเกษียณคือ รายได้ลดน้อยลงไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ปัญหารองลงมา คือ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ ประพิมพ์ดาว สุคนธ์ (2526 : 39) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขตยานนาวา กรุงเทพฯ จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาการเงิน ร้อยละ 78.12 รองลงมาคือปัญหาที่อยู่อาศัยและสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากรายได้ลดลง ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ได้

ส่วนการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ได้แก่ จำนวนบุตร จำนวนคนที่มารับผิดชอบ ความเพียงพอต่อการใช้จ่าย ความรู้สึกสูญเสียและการใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั่วไป ตัวแปรที่ไม่พบสหสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคือ อายุ จำนวนปีหลังการเกษียณอายุ วุฒิการศึกษา รายได้ต่อเดือน เงินเดือนเดือนสุดท้าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความพอใจในความเป็นอยู่ และการใช้เวลาทำกิจกรรมด้านศาสนา

สมศรี กัมธมาลา (2529 : 45 - 47) ทำวิจัยเรื่องการส่งเสริมบทบาทของผู้เกษียณอายุให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับบริหาร นักวิชาการ และนักปฏิบัติการ ที่มีคุณวุฒิระดับปริญญาตรีขึ้นไป จากทุกสาขาวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างการปฏิบัติงาน เป็นปีสุดท้ายก่อนเกษียณอายุ ในหน่วยงานภาครัฐบาล รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานเอกชน เขต

กรุงเทพฯ จำนวน 116 ราย และทำการศึกษากลุ่มผู้ที่เกษียณอายุแล้ว 18 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาข้อมูลส่วนหนึ่งที่เกี่ยวกับภาวะความพร้อมต่อการเกษียณอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวต่อการเกษียณอายุ ร้อยละ 68.18 ซึ่งจำแนกลักษณะการเตรียมตัวเป็นการเตรียมด้านจิตใจให้ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 34.54 เตรียมเรื่องการดำเนินชีวิตในอนาคต เช่น เตรียมที่อยู่อาศัย เตรียมเงินไว้ใช้จ่าย เตรียมพึ่งตนเอง เตรียมหางานอาชีพ และงานอดิเรก ร้อยละ 20.00 ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 13.64 เป็นการเตรียมใช้เวลาว่างทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เตรียมตัวซึ่งมีจำนวน ร้อยละ 31.82 ให้เหตุผลว่าสุขภาพร่างกายยังแข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องเตรียม อีกกลุ่มหนึ่งเห็นว่า ตนเองพร้อมอยู่แล้วทำให้ไม่ทราบว่าจะเตรียมตัวอะไรบ้าง เหตุผลประการอื่น ๆ คือรอให้ทุกอย่างมาถึงก่อน หรือปล่อยไปตามยถากรรม และเมื่อทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในช่วงภายหลังเกษียณ จำนวน 18 ราย พบว่าผู้เกษียณอายุราชการ มีปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 60 และร้อยละ 20 มีปัญหาไม่สามารถปรับตัวได้ภายหลังเกษียณ

จันทนา กาญจนพ้อง (2530 : 87) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 380 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

อดิศร คันทรส (2530 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงผลการศึกษาฝึกแบบหมุนเวียนที่มีต่อความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกายของผู้ชายสูงอายุ ได้ทำการศึกษาในผู้ชายสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 55 - 65 ปี ซึ่งมีได้ออกกำลังกายเป็นประจำ จำนวน 28 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 14 คน คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายตามโปรแกรม (เดินแอโรบิค วิ่งเหยาะๆ) ใช้เวลาในการฝึก 10 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง ขณะฝึกทำการวัดสมรรถภาพทางกายในด้านอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก ความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัวโมเลกุลเตอรอล ไคโกลีม์เซอไรด์ กลูโคส ความสามารถในการจับออกซิเจนสูงสุด คลื่นอาร์คลื่นทีและเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกาย แล้วนำผลที่ได้จากการวัดก่อนการฝึก หลังการฝึก 5 สัปดาห์ หลังการฝึก 10 สัปดาห์ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก การมีสารน้ำดี (Cholesterol) สามารถจับออกซิเจนสูงสุด คลื่นอาร์ คลื่นที และเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกาย

ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 0.01 0.01 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ไตรกลีเซอไรด์ กลูโคส (Triglyceride Glucose) ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก การมีสารน้ำดี (Cholesterol) สามารถจับออกซิเจนสูงสุด และเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกาย ก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 5 และหลังการฝึก 10 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 0.01 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ไตรกลีเซอไรด์ กลูโคส (Triglyceride Glucose) คลื่นอาร์ และคลื่นที ก่อนการฝึก หลังการฝึก 5 สัปดาห์ และหลังการฝึก 10 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพของกายทุกตัวแปรระหว่างการทดสอบของกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาของอดิศร กำหนดรูปแบบของการออกกำลังกายแอโรบิก 2 รูปแบบ คือ เดิน แอโรบิก และวิ่งเหยาะๆ ซึ่งอาจเกิดการบาดเจ็บในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ นอกจากการ รำมวยจีนเท่านั้น ที่ยังไม่พบการบาดเจ็บ

จารุวรรณ ศรีสว่าง (2532 : 84) ศึกษา "กิจกรรมและความคาดหวังของข้าราชการ ที่เกษียณอายุในประเทศไทย" พบว่า ข้าราชการเกษียณอายุยังคงทำกิจกรรมต่อไปหลังจากที่เกษียณ แล้ว กล่าวคือ จะยังรักษาระดับกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ ซึ่งผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับผล การศึกษาวิจัยของ เขมิกา ยามะรัต เรื่อง "ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา" ศึกษากรณีข้าราชการ บำเหน็จบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (2527 : 119) ซึ่งพบว่า คนชราล้วนใหญ่ยังมีระดับ กิจกรรมสูง มีบทบาทในการทำงาน และมีส่วนร่วมทางสังคมสูง ซึ่งก็เป็นการสนับสนุนทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2532 : 132) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมและ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง โดยยึดหลักว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอายุถึง 70 - 74 ปี จัดได้ว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวแล้วโดยสุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 1,574 คน เป็นชาย 653 คน หญิง 921 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์

ทางกาย ร้อยละ 15.5 อีกร้อยละ 84.5 จัดอยู่ในกลุ่มอ่อนแอ ในกลุ่มที่มีความสมบูรณ์ทางกาย 244 คน (ร้อยละ 15.5) พบว่า มีความสมบูรณ์ทางจิต ไม่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะจิตเสื่อม 138 คน กลุ่มนี้จัดว่าสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) เมื่ออายุ 60 ปี เป็นคนที่แข็งแรงอยู่แล้ว จากการศึกษาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนทางสุขภาพ พบว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 39.5 ผู้สูงอายุกลุ่มที่สมบูรณ์แข็งแรงพบว่ามีอัตราการออกกำลังกายมากกว่า และผู้สูงอายุไม่ค่อยสนใจเรื่องสุขภาพตนเองพบว่าไม่เคยตรวจเช็คร่างกายเลย ร้อยละ 80.1 เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาในครอบครัว พบว่า ไม่เคยขัดแย้งเลยหรือนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 86.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.2 ยังอยู่กับลูก และพบว่า การที่ผู้สูงอายุอยู่กับลูกหลานนั้นไม่มีปัญหาเลยถึง ร้อยละ 84.2 ในส่วนที่เกี่ยวกับทัศนคติต่อตนเองและปัญหาของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.8 เห็นว่าตนเองแก่แล้ว ความรู้สึกต่อชีวิตตนเองพบว่ากว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.6) มองชีวิตในทางลบ ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบมากที่สุดเป็นเรื่องสุขภาพ

พีระสิทธิ์ คำวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (2532 : 102) ได้ศึกษาถึงความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชรา โดยทำการศึกษาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ทั้งในและนอกสถานสงเคราะห์ในกรุงเทพมหานคร และจากจังหวัดภูเก็ต พังงา และสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองตนเองว่ายังมีคุณค่าต่อครอบครัวทั้งในด้านมีคุณค่าต่อลูกหลาน เป็นที่พึ่งทางใจ เพศชายมีความทันสมัยมากกว่าเพศหญิงและโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากตามลำดับ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนโลหิต ความโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับไขข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย

มารศรี นุชแสงพลี (2532 : 109 - 111) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 197 คน จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลางค่อนข้างสูง ต่างจากการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527) ซึ่งพบว่า ผู้เกษียณอายุมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต คือ สถานภาพสมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่ร่วมกับคู่สมรส จะมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หย่า หม้าย ตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต คือ ระดับการศึกษา การมีงานอดิเรก สุขภาพ รายได้ ความถนัดในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน ตัวแปรที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิฐานะเดิม ที่มาของรายได้ ความรู้สึก

พอหรือไม่พอต่อรายได้ที่รับจำนวนสมาชิกในครอบครัว การเป็นเจ้าของบ้าน การมีงานทำ ระดับ การพึ่งพา ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและการมีเพื่อนสนิท ผลการศึกษาตัวแปรระดับการศึกษาและ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านต่างจากการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต (2527) ที่พบว่าระดับการ ศึกษาไม่สัมพันธ์กับความพึงพอใจ และความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ (2534 : 17 - 25) ศึกษาถึงความต้องการด้านสุขภาพ อนามัยของผู้สูงอายุ ในชุมชนผู้สูงอายุของมูลนิธิวิจัยประสาทวิทยาไท พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับตา คือการมองไม่เห็น มองเห็นไม่ชัดมากที่สุด รองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับฟัน และปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทตามลำดับ ในด้านการเข้ารับบริการทางแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา สูงกว่า มีความต้องการเข้ารับบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า ในด้าน ความสามารถของหน้าที่ของร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุชาย

อารมณ วุฒิพฤษ และคนอื่น ๆ (2532 : 125) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 266 คน เป็นเพศหญิง 177 คน เพศชาย 39 คน ในชุมชน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการทำกิจกรรม ต่าง ๆ การออกกำลังกาย การใช้ยา ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและ จิตใจ มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่ประเมินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้พบว่า พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับสภาวะการ เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.02$) กลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายเป็น ประจำ และไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$)

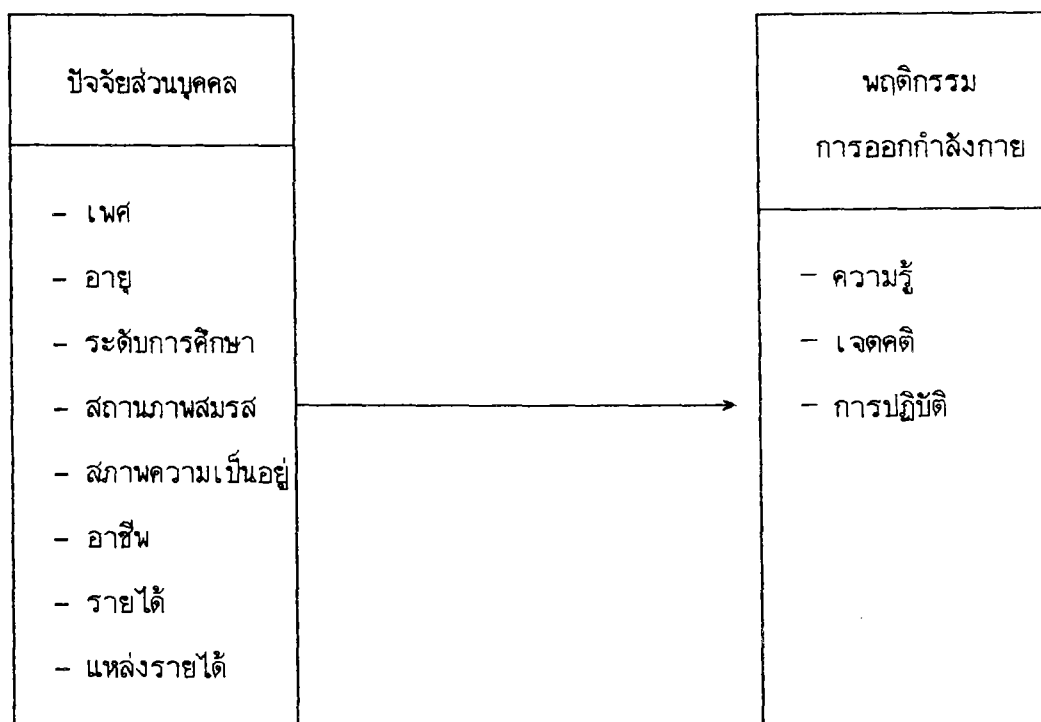
นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแล ตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน ที่มีอายุระหว่าง 60 - 92 ปี พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และสามารถทำนายภาวะ สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 74 ปี) ที่ถือว่าเป็นวัยที่ยังสามารถทำงานได้ ยังมีความกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว และการที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เป็นการ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีโอกาสนำมาพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี

รู้สึกว่าคุณค่า มีความฉลาด จึงรับรู้และประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับที่ดี และยังพบว่าสิ่งชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

มณฑา เจริญกุล (2534) ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน มีอายุระหว่าง 60 - 86 ปี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ศึกษา มีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 74 ปี) ซึ่งยังมีความเสื่อมของร่างกายไม่มากนัก ทำให้บุคคลประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ดี และเครื่องบ่งชี้วัดอีกด้านหนึ่งของการมีภาวะสุขภาพดีคือ การไม่มีความเจ็บป่วย

สุนรณี นันทชัย (2534) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 96 ปี จำนวน 100 คน พบว่า ความไว้วางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความไว้วางใจสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษาสามารถทำนายความไว้วางใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพในระดับดี ไม่มีความแตกต่างในแต่ละเพศ ผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่ เป็นโสดหรือผู้ที่อยู่คู่สมรส ซึ่งอาจเนื่องมาจากการสูญเสียคู่สมรสหรือต้องหย่าหรือแยกจากคู่สมรส ทำให้เกิดความสะเทือนใจและมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งมีผลต่อสุขภาพโดยรวมได้ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ

จากการศึกษาแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ โดยการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยและสมมติฐานการวิจัยต่อไป



ภาพประกอบ 34 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน

20. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีรายได้ต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
21. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีรายได้ต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
22. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีแหล่งรายได้ต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
23. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีแหล่งรายได้ต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
24. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีแหล่งรายได้ต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน
25. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจจะมีความรู้สัมพันธภาพบวกกับเจตคติในเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
26. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจจะมีความรู้สัมพันธภาพบวกกับการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
27. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจจะมีเจตคติสัมพันธภาพบวกกับการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2539 จำนวน 384 คน เป็นชายจำนวน 115 คน และหญิงจำนวน 269 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 196 คน เป็นผู้สูงอายุชายจำนวน 60 คน และผู้สูงอายุหญิงจำนวน 136 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้และแหล่งรายได้ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) มี 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีลักษณะในทางบวกและทางลบ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในด้านกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพิจารณาใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบทดสอบจากตำรา เอกสาร แบบสอบถามและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบทดสอบวัดความรู้และแบบสอบถามวัดเจตคติ และการปฏิบัติด้านกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
4. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่สร้างเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาพันธ์เพื่อขอคำแนะนำปรับปรุงแก้ไข

เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ

1. แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ถ้าตอบข้อถูกจะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดหรือไม่ตอบจะได้ 0 คะแนน แล้วนำคะแนนทั้งหมดมาจัดระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

กลุ่มความรู้ดี	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป
กลุ่มความรู้ปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 50 - 74
กลุ่มความรู้ต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50
2. แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ มีข้อคำถามที่เป็นเจตคติทางบวกและทางลบ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
 - 2.1 เมื่อเป็นข้อคำถามทางบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน
 - 2.2 เมื่อเป็นข้อคำถามทางลบ ถ้าตอบว่า

เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน

การจัดระดับเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยส่วนรวม
หรือรายข้อ อาศัยคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับเจตคติ
2.34 - 3.00	ดี
1.67 - 2.33	ปานกลาง
1.00 - 1.66	ต่ำ

3. แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีข้อความ
ที่เป็นการปฏิบัติทางบวกและทางลบ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

3.1 เมื่อเป็นข้อความทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0

3.2 เมื่อเป็นข้อความลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	2

การจัดระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยส่วนรวม
หรือรายข้ออาศัยคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34 - 2.00	ดี
0.67 - 1.33	ปานกลาง
0.00 - 0.66	ต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ได้รับปรังแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) และความเหมาะสมของภาษา การใช้เกณฑ์ให้คะแนนความสอดคล้องตามจุดประสงค์การเรียนรู้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124) ดังนี้

ให้คะแนน +1 สำหรับแบบทดสอบและแบบสอบถามที่มีความสอดคล้องกับ

จุดประสงค์การเรียนรู้

ให้คะแนน 0 สำหรับแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้อง

กับจุดประสงค์การเรียนรู้

ให้คะแนน -1 สำหรับแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

กับการเรียนรู้

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องและค่าดัชนี ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ โดยใช้สูตรไอซี (IC) โดยผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .50 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่า แบบทดสอบและแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า .50 ผู้วิจัยจะตัดออก (บุญเชิด ภิญโญนันตพงษ์. 2527 : 69 - 70)

2. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ได้ตรวจแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งไม่ใช่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน

3. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนนหาความยากง่ายและหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ใช้เทคนิคร้อยละ 27 ของคะแนนกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ หาค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) โดยเปิดตารางสำเร็จรูปของจุง เต ฟาน (Fan. 1952 : 1 - 32) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 99 - 102) ข้อคำถามที่จะใช้ได้จะมีค่าของความยากง่าย (p) ในช่วง .20 - .80 และมีค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ .20 ขึ้นไป

ส่วนแบบสอบถามวัดเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item Analysis) โดยใช้เทคนิค ร้อยละ 25 แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) เลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 1.75 หรือมากกว่า ถือว่าเป็นข้อคำถามที่ใช้ได้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114 - 116)

4. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบทดสอบและแบบสอบถาม ที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ในแต่ละข้อ 3 ไปหาค่าความเชื่อมั่น สำหรับแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตร KR_{20} ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น .73 ส่วนแบบสอบถาม เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 96) แบบสอบถาม เจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น .78 และแบบสอบถามการปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น .80

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการร่วมมือผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 60 วัน ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2540
3. ผู้วิจัยคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้จำนวน 196 ฉบับ เป็นผู้สูงอายุชาย 60 คน คิดเป็นร้อยละ 30.60 ผู้สูงอายุหญิง 136 คน คิดเป็นร้อยละ 69.40 ผู้วิจัยจึงได้นำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลต่อไป

วิธีการจัดการกับข้อมูล

การค้นคว้าวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (Statistical Package for the Social Science Personal Computer Plus) วิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนตัว
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบทดสอบ และแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. นำคะแนนจากแบบทดสอบด้านความรู้ และแบบสอบถามด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1 2 และ 3
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Anylysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24
6. ในกรณีที่ผลการทดสอบระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน คูลส์ (Newman Keuls Method)
7. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย ใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตรดังนี้

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ

N แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 78)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 79)

$$S = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-2)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้

2.1.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา (นางรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124) โดยแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

- + 1 เมื่อแน่ใจข้อความนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจข้อความนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าสูตร

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) เป็นรายข้อ

2.2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 27 ของ จุง-เต-ฟาน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 99 - 102)

2.2.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edward) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test Independent) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114 - 116)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{s_H^2 + s_L^2}{n}}}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาของการแจกแจงแบบค่า t
$\bar{X}_H$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนสูง
$\bar{X}_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ
S_H^2	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนสูง
S_L^2	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนต่ำ
n	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละกลุ่ม

2.3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ใช้สูตร KR_{21} คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Formula 21) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 131 - 132)

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] 1 - \frac{\bar{X}(n - \bar{X})}{nS^2}$$

เมื่อ r_{tt}	แทน	ความเชื่อของแบบทดสอบ
n	แทน	จำนวนข้อทั้งหมดของแบบทดสอบ
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.3.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 119)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum V_i^2}{V_t^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
V_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
V_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
$\sum V_i^2$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้การทดสอบค่าสถิติ (t-test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 2 และ 3 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 177)

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

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

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 ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบสถิติค่าเอฟ (F-test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

MS_B แทน ค่าผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

ในการนี้พบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธี นิวแมน-คูเอลส์ (Newman-Kuels Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 262 - 272)

$$q = \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน q-Statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ค่าสถิติ t (t-test) ระหว่างคะแนนของผู้สูงอายุเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 325 - 332)

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

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด X

$\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum Y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X และ Y

N แทน จำนวนคน

ทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันด้วยค่าสถิติที (t-test) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที (t-test)

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้

N แทน จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
- $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
- S.D. แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
- t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาแบบที (t - distribution)
- F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาแบบเอฟ (F - distribution)
- df แทน ชั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)
- SS แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
- MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
- * แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (Statistical Package for the Social Science\ Personal Computer Plus) มาวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจโดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละและเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าสถิติของคะแนนจากแบบทดสอบด้านความรู้และแบบทดสอบด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของค่าตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 2 และ 3

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24

ตอนที่ 5 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพทั่วไปของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ โดย แจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ ซึ่งปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้และแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล ตำรวจ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	30.60
หญิง	136	69.40
รวม	196	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
60 - 64 ปี	72	36.70
65 - 70 ปี	88	44.90
71 ปีขึ้นไป	36	18.40
รวม	196	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้าศึกษาโรงเรียนประถมศึกษา	10	5.00
ประถมศึกษา	66	33.70
มัธยมศึกษา	64	32.70
อุดมศึกษา	56	28.60
รวม	196	100.00
สถานภาพการสมรส		
โสด	30	15.30
คู่ (อยู่รวมกัน)	112	57.10
คู่ (แยกกันอยู่)	12	6.10
หม้าย	42	21.50
รวม	196	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาพความเป็นอยู่		
อยู่คนเดียว	14	7.20
อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน	140	71.40
อยู่กับคนอื่น	42	21.40
รวม	196	100.00
อาชีพ		
รับจ้าง	72	36.70
ค้าขาย	58	29.60
ข้าราชการบำนาญ	66	33.70
รวม	196	100.00
รายได้		
ไม่มีรายได้	12	6.10
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	16	8.20
2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน	68	34.70
สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	100	51.00
รวม	196	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งรายได้		
อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)	84	42.90
รัฐบาล (บำนาญ)	56	28.50
ญาติ	28	14.30
อื่น ๆ	28	14.30
รวม	196	100.00

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ ปรากฏว่า

ผู้สูงอายุจำนวน 196 คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงจำนวน 136 คน

ร้อยละ 69.40 และเพศชาย 60 คน ร้อยละ 30.60

กลุ่มอายุ อายุระหว่าง 65 -70 ปีมากที่สุด จำนวน 88 คน ร้อยละ 44.90 รองลงมา อายุระหว่าง 60 - 64 ปี จำนวน 72 คน ร้อยละ 36.70 และน้อยที่สุดอายุ 71 ปีขึ้นไป จำนวน 36 คน ร้อยละ 18.40

ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 66 คน ร้อยละ 33.70 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 64 คน ร้อยละ 32.70 ระดับอุดมศึกษา จำนวน 56 คน ร้อยละ 28.60 และน้อยที่สุด ไม่ได้เข้าศึกษาโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 10 คน ร้อยละ 5.00

สถานภาพการสมรส มีสถานภาพคู่สมรส (อยู่ร่วมกัน) มากที่สุด จำนวน 112 คน ร้อยละ 57.10 รองลงมาเป็นหม้าย จำนวน 42 คน ร้อยละ 21.50 เป็นโสด จำนวน 30 คน ร้อยละ 15.30 และน้อยที่สุดสถานภาพคู่สมรส (แยกกันอยู่) จำนวน 12 คน ร้อยละ 6.10

สถานความเป็นอยู่ อยู่กับคู่ครอง บุตรหลานมากที่สุด จำนวน 140 คน ร้อยละ 71.40 รองลงมาอยู่คนเดียว จำนวน 42 คน ร้อยละ 21.40 และน้อยที่สุด อยู่คนเดียว จำนวน 14 คน ร้อยละ 7.20

อาชีพ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 72 คน ร้อยละ 36.70 รองลงมาเป็นข้าราชการ บำเหน็จบำนาญ จำนวน 66 คน ร้อยละ 33.70 และน้อยที่สุด อาชีพค้าขาย จำนวน 58 คน ร้อยละ 29.60 ส่วนเกษตรกรไม่มีในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้

รายได้ ผู้สูงอายุมีรายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือนขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 100 คน ร้อยละ 51.00 รองลงมารายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 68 คน ร้อยละ 34.70 รายได้ที่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จำนวน 16 คน ร้อยละ 8.20 และน้อยที่สุดไม่มีรายได้ จำนวน 12 คน ร้อยละ 6.10

แหล่งรายได้ อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) มากที่สุด จำนวน 84 คน ร้อยละ 42.90 รองลงมามีรายได้จากรัฐบาล (บำนาญ) จำนวน 56 คน ร้อยละ 28.50 และลำดับสุดท้าย มีแหล่งรายได้จำนวนเท่ากัน จากญาติและอื่น ๆ จำนวน 28 คน ร้อยละ 14.30

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าสถิติของคะแนนจากแบบทดสอบด้านความรู้ และแบบสอบถามด้าน เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ซึ่งปรากฏตามตาราง 3 และ 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ระดับของพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ต่ำ	32	16.30
ปานกลาง	122	62.30
สูง	42	21.40
รวม	196	100.00
ระดับเจตคติ		
ปานกลาง	94	48.00
สูง	102	52.00
รวม	196	100.00
ระดับปฏิบัติ		
ต่ำ	2	1.00
ปานกลาง	96	49.00
สูง	98	50.00
รวม	196	100.00

จากตาราง 3 ระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
ผู้สูงอายุเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายปรากฏว่า

ระดับความรู้ ระดับปานกลางจำนวนมากที่สุด จำนวน 122 คน ร้อยละ 62.30
รองลงมาระดับสูง จำนวน 42 คน ร้อยละ 21.40 และระดับต่ำน้อยที่สุด จำนวน 32 คน
ร้อยละ 16.30

ระดับเจตคติ มีเจตคติระดับสูงมากกว่า จำนวน 102 คน ร้อยละ 52.00 และน้อยกว่า
จำนวน 94 คน ร้อยละ 48.00

ระดับปฏิบัติ มีการปฏิบัติระดับสูงมากที่สุด จำนวน 98 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมา
ระดับปฏิบัติปานกลาง จำนวน 96 คน ร้อยละ 49.00 และปฏิบัติต่ำน้อยที่สุด จำนวน 2 คน
ร้อยละ 1.00

ตาราง 4 สรุปพฤติกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม	N	$\bar{X}$	S.D.	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ระดับพฤติกรรม
ความรู้	196	59.95	14.26	20.00	85.00	ปานกลาง
เจตคติ	196	2.34	0.19	1.90	2.80	ดี
การปฏิบัติ	196	2.27	0.23	1.65	2.70	ปานกลาง

จากตาราง 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรม
ด้านเจตคติ ระดับดี ส่วนด้านความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม
ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 2 และ 3
ซึ่งปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูงอายุ
จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ด้านความรู้					
ชาย	60	59.333	13.575	-0.40	0.689
หญิง	136	60.221	14.592		
ด้านเจตคติ					
ชาย	60	2.293	0.149	-2.64**	0.009
หญิง	136	2.361	0.198		
ด้านปฏิบัติ					
ชาย	60	2.424	0.236	-1.27	0.205
หญิง	136	2.286	0.220		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 แสดงว่าคะแนนด้านความรู้ของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ว่า ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

คะแนนด้านเจตคติของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิงมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 กล่าวคือ ผู้สูงอายุหญิงมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุชาย

คะแนนด้านปฏิบัติของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ว่า ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม แบบวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24 ซึ่งปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
60 - 64	72	60.556	14.131
65 - 70	88	60.341	13.954
71 ปีขึ้นไป	36	57.778	15.420
รวม	196	59.949	14.259

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อายุ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 60.556 อายุ 65 - 70 ปี คะแนนเฉลี่ย 60.341 และอายุ 71 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 57.778 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม	2	209.717	104.859	0.513	0.599
ระหว่างกลุ่ม	193	39439.773	204.351		
รวม	195	39649.490			

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย
ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล
ตำรวจที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตาราง 8 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
60 - 64	72	2.299	0.181
65 - 70	88	2.389	0.187
71 ปีขึ้นไป	36	2.307	0.170
รวม	196	2.340	0.186

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อายุ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.299 อายุ 65 - 70 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.389 และอายุ 71 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 2.307 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	0.394	0.187	5.643**	0.004
ภายในกลุ่ม	193	6.402	0.033		
รวม	195	6.777			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน-คูล (Newman - Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	$\bar{X}$	2.299	2.307	2.389
60 - 64	2.299	-	0.008	0.090*
71 ปีขึ้นไป	2.307		-	0.082*
65 - 70	2.389			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 ผลการทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ย แสดงว่าผู้สูงอายุ 60 - 64 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุ 65 - 70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุ 65 - 70 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 11 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
60 - 64	72	2.243	0.217
65 - 70	88	2.301	0.227
71 ปีขึ้นไป	36	2.261	0.233
รวม	196	2.272	0.225

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อายุ 60 - 64 ปี คะแนนเฉลี่ย 2.243 อายุ 65 - 70 ปี คะแนนเฉลี่ย 2.301 และอายุ 71 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 2.261 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	0.139	0.070	1.378	0.255
ภายในกลุ่ม	193	9.752	0.051		
รวม	195	9.891			

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตำรวจที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตาราง 13 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่ได้เรียนในโรงเรียน	10	70.000	8.819
ประถมศึกษา	66	54.090	14.221
มัธยมศึกษา	64	57.500	13.093
อุดมศึกษา	56	67.857	11.941
รวม	196	59.949	14.259

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัันดังนี้ ระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 66 คน คะแนนเฉลี่ย 54.090 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 64 คน คะแนนเฉลี่ย 57.500 อุดมศึกษา จำนวน 56 คน คะแนนเฉลี่ย 67.857 และน้อยที่สุดไม่ได้เรียนในโรงเรียน จำนวน 10 คน คะแนนเฉลี่ย 70.000 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	7161.178	2387.059	14.107**	.01
ภายในกลุ่ม	192	32488.312	169.210		
รวม	195	39645.490			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman - Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	54.090	57.500	67.857	70.000
ประถมศึกษา	54.090	-	3.410	13.767*	15.910*
มัธยมศึกษา	57.500		-	10.357*	12.500*
อุดมศึกษา	67.857			-	2.143
ไม่ได้เรียนในโรงเรียน	70.000				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ย แสดงว่าผู้สูงอายุระดับประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อุดมศึกษาและไม่ได้เรียนในโรงเรียน ผู้สูงอายุระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุระดับการศึกษามัธยมศึกษาและไม่ได้เรียนในโรงเรียน และผู้สูงอายุระดับอุดมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่ได้เรียนในโรงเรียน	10	2.290	0.165
ประถมศึกษา	66	2.247	0.150
มัธยมศึกษา	64	2.364	0.187
อุดมศึกษา	56	2.432	0.179
รวม	196	2.340	0.186

จากตาราง 16 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ ไม่ได้เรียนในโรงเรียน คะแนนเฉลี่ย 2.290 ระดับประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 2.247 ระดับมัธยมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 2.364 และระดับอุดมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 2.432 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	1.109	0.370	12.519**	.01
ภายในกลุ่ม	192	5.668	0.030		
รวม	195	6.777			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman - Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	2.247	2.290	2.364	2.432
ประถมศึกษา	2.247	-	0.043	0.117*	0.185*
ไม่ได้เรียนในโรงเรียน	2.290		-	0.074	0.142*
มัธยมศึกษา	2.364			-	0.068
อุดมศึกษา	2.432				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุระดับประถมศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียน ระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา และผู้สูงอายุระดับมัศึกษามีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุระดับอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 19 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่ได้เรียนในโรงเรียน	10	2.170	0.215
ประถมศึกษา	66	2.250	0.247
มัธยมศึกษา	64	2.266	0.206
อุดมศึกษา	56	2.325	0.216
รวม	196	2.272	0.255

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ ระดับประถมศึกษามากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.250 รองลงมามัธยมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 2.266 อุดมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 2.325 และผู้ที่ไม่เรียนในโรงเรียน น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.170 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตาม ตาราง 20

ตาราง 20 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	0.296	0.099	1.973	.119
ภายในกลุ่ม	192	9.595	0.050		
รวม	195	9.891			

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตาราง 21 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.
โสด	30	56.667	17.087
คู่ (อยู่ร่วมกัน)	112	61.161	12.875
คู่ (แยกกันอยู่)	12	65.000	17.321
หม้าย	42	57.619	14.366
รวม	196	59.949	14.259

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ สถานภาพสมรสคู่ (อยู่ร่วมกัน) มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 61.161 รองลงมาเป็นหม้าย คะแนนเฉลี่ย 57.619 เป็นโสด คะแนนเฉลี่ย 56.667 และน้อยที่สุด สถานภาพสมรสคู่ (แยกกันอยู่) คะแนนเฉลี่ย 65.000 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	1021.811	340.604	1.693	.170
ภายในกลุ่ม	192	38627.679	201.186		
รวม	195	39649.490			

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตาราง 23 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.
โสด	30	2.373	0.166
คู่ (อยู่ร่วมกัน)	112	2.314	0.193
คู่ (แยกกันอยู่)	12	2.258	0.230
หม้าย	42	2.409	0.147
รวม	196	2.340	0.186

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัันดังนี้ สถานภาพสมรสคู่ (อยู่ร่วมกัน) มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.314 รองลงมาเป็นหม้าย คะแนนเฉลี่ย 2.409 เป็นโสด คะแนนเฉลี่ย 2.373 และน้อยที่สุด สถานภาพสมรสคู่ (แยกกันอยู่) คะแนนเฉลี่ย 2.258 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	0.390	0.130	3.913**	.009
ภายในกลุ่ม	192	6.386	0.033		
รวม	195	6.777			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 24 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 25

ตาราง 25 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	$\bar{X}$	2.258	2.314	2.373	2.409
คู่ (แยกกันอยู่)	2.258	-	0.056	0.115	0.151*
คู่ (อยู่ร่วมกัน)	2.314		-	0.059	0.095
โสด	2.373			-	0.036
หม้าย	2.409				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ (แยกกันอยู่) มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่ร่วมกัน) สถานภาพสมรสโสด และเป็นหม้าย ผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่ (อยู่ร่วมกัน) จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นโสด และเป็นหม้าย และผู้สูงอายุที่เป็นโสดจะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้เป็นหม้าย

ตาราง 26 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.
โสด	30	2.260	0.253
คู่ (อยู่ร่วมกัน)	112	2.288	0.219
คู่ (แยกกันอยู่)	12	2.242	0.363
หม้าย	42	2.248	0.221
รวม	196	2.272	0.225

จากตาราง 26 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ สถานภาพสมรสคู่ (อยู่ร่วมกัน) มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.288 รองลงมาเป็นหม้าย คะแนนเฉลี่ย 2.248 เป็นโสด คะแนนเฉลี่ย 2.260 และน้อยที่สุด สถานภาพสมรสคู่ (แยกกันอยู่) คะแนนเฉลี่ย 2.242 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 27

ตาราง 27 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	0.070	0.024	0.459	.712
ภายในกลุ่ม	192	9.821	0.051		
รวม	195	9.891			

จากตาราง 27 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตาราง 28 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

สภาพความเป็นอยู่	N	$\bar{X}$	S.D.
อยู่คนเดียว	14	50.714	18.898
อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน	140	61.929	14.022
อยู่กับคนอื่น	42	56.429	11.492
รวม	196	59.949	14.259

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 61.929 รองลงมา อยู่กับคนอื่น คะแนนเฉลี่ย 56.429 และน้อยที่สุดอยู่คนเดียว คะแนนเฉลี่ย 50.714 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 29

ตาราง 29 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	2263.061	1131.531	5.841**	.003
ภายในกลุ่ม	193	37386.429	193.712		
รวม	195	39649.490			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 29 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 30

ตาราง 30 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย
ของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

สภาพความเป็นอยู่	$\bar{X}$	50.714	56.429	1.929
อยู่คนเดียว	50.714	-	5.715	11.215*
อยู่กับคนอื่น	56.429		-	50.500
อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน	61.929			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่
คนเดียว มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่กับคนอื่น และอยู่กับคู่ครอง
บุตรหลาน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กับคนอื่น มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่
อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบ
ความแตกต่าง

ตาราง 31 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

สภาพความเป็นอยู่	N	$\bar{X}$	S.D.
อยู่คนเดียว	14	2.271	0.194
อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน	140	2.344	0.187
อยู่กับคนอื่น	42	2.352	0.180
รวม	196	2.340	0.186

จากตาราง 31 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.344 รองลงมา อยู่กับคนอื่น คะแนนเฉลี่ย 2.352 และน้อยที่สุด อยู่คนเดียว คะแนนเฉลี่ย 2.271 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 32

ตาราง 32 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	0.074	0.037	1.066	.346
ภายในกลุ่ม	193	6.703	0.035		
รวม	195	6.777			

จากตาราง 32 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกันและมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตาราง 33 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

สภาพความเป็นอยู่	N	$\bar{X}$	S.D.
อยู่คนเดียว	14	2.171	0.271
อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน	140	2.268	0.232
อยู่กับคนอื่น	42	2.321	0.171
รวม	196	2.272	0.225

จากตาราง 33 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัันดังนี้ อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.268 รองลงมา อยู่กับคนอื่น คะแนนเฉลี่ย 2.321 และน้อยที่สุด อยู่คนเดียว คะแนนเฉลี่ย 2.171 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 34

ตาราง 34 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	0.247	0.123	2.467	.088
ภายในกลุ่ม	193	9.645	0.050		
รวม	195	9.891			

จากตาราง 34 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกันและมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัน

ตาราง 35 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.
รับจ้าง	72	57.361	13.763
ค้าขาย	58	56.552	14.756
ข้าราชการบำนาญ	66	65.758	12.657
รวม	196	59.949	14.259

จากตาราง 35 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อาชีพรับจ้าง มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 57.361 รองลงมาข้าราชการบำนาญ คะแนนเฉลี่ย 65.758 และน้อยที่สุดค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 56.552 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 36

ตาราง 36 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	3378.413	1989.206	8.988**	.01
ภายในกลุ่ม	193	36271.077	187.933		
รวม	195	39649.490			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 36 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 37

ตาราง 37 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	$\bar{X}$	56.552	57.361	65.758
ค้าขาย	56.552	-	0.809	9.206*
รับจ้าง	57.361		-	8.397*
ข้าราชการบำนาญ บำนาญ	65.758			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 37 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง และข้าราชการบำนาญ ส่วนผู้สูงอายุรับจ้าง มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 38 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.
รับจ้าง	72	2.360	0.194
ค้าขาย	58	2.252	0.156
ข้าราชการบำนาญ	66	2.397	0.177
รวม	196	2.340	0.186

จากตาราง 38 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อาชีพรับจ้าง มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.360 รองลงมาข้าราชการบำนาญ คะแนนเฉลี่ย 2.397 และน้อยที่สุด ค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 2.252 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 39

ตาราง 39 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	0.694	0.047	11.013**	.01
ภายในกลุ่ม	193	6.082	0.032		
รวม	195	6.777			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 39 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 40

ตาราง 40 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	$\bar{X}$	2.252	2.360	2.397
ค้าขาย	2.252	-	0.108*	0.145*
รับจ้าง	2.360		-	0.037
ข้าราชการบำนาญ บำนาญ	2.397			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 40 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง และข้าราชการบำนาญ ส่วนผู้สูงอายุรับจ้าง มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 41 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.
รับจ้าง	72	2.288	0.234
ค้าขาย	58	2.209	0.223
ข้าราชการบำนาญ	66	2.312	0.208
รวม	196	2.272	0.225

จากตาราง 41 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อาชีพรับจ้าง มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.288 รองลงมาเป็นข้าราชการบำนาญ คะแนนเฉลี่ย 2.312 และน้อยที่สุด อาชีพค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 2.209 ผู้วิจัย จึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 42

ตาราง 42 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	0.357	0.178	3.608*	0.029
ภายในกลุ่ม	193	9.535	0.049		
รวม	195	9.891			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 42 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 43

ตาราง 43 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	$\bar{X}$	2.209	2.288	2.312
ค้าขาย	2.209	-	0.079*	0.103
รับจ้าง	2.288		-	0.024*
ข้าราชการบำนาญ บำนาญ	2.312			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 43 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง และข้าราชการบำนาญ ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 44 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

รายได้	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่มีรายได้	12	65.000	9.045
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	16	43.750	18.028
2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน	68	59.118	13.353
สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	100	62.500	12.998
รวม	196	2.272	0.225

จากตาราง 44 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ รายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 62.500 รองลงมา รายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน คะแนนเฉลี่ย 43.750 และต่ำสุด ไม่มีรายได้ คะแนนเฉลี่ย 65.000 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 45

ตาราง 45 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	5202.431	1734.143	9.666**	0.000
ภายในกลุ่ม	192	34447.059	179.412		
รวม	195	39649.490			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 45 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 46

ตาราง 46 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

รายได้	$\bar{X}$	43.750	59.118	62.500	65.000
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	43.750	-	15.368*	18.750	21.250
2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน	59.118		-	3.382*	5.882
สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	62.500			-	2.500*
ไม่มีรายได้	65.000				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 46 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุไม่มีรายได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,001 - 5,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันกับผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุไม่มีรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 47 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

รายได้	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่มีรายได้	12	2.208	0.192
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	16	2.263	0.199
2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน	68	2.327	0.179
สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	100	2.378	0.179
รวม	196	2.340	0.186

จากตาราง 47 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ รายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.378 รองลงมา รายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน คะแนนเฉลี่ย 2.327 รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และน้อยที่สุด ไม่มีรายได้ คะแนนเฉลี่ย 2.208 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 48

ตาราง 48 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	0.461	0.153	4.671**	0.003
ภายในกลุ่ม	192	6.316	0.033		
รวม	195	6.777	0.033		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 48 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 49

ตาราง 49 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
ของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

รายได้	$\bar{X}$	2.208	2.263	2.327	2.378
ไม่มีรายได้	2.208	-	0.055	0.119	0.170
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	2.263		-	0.064	0.115
2,001-5,000 บาทต่อเดือน	2.327			-	0.051
สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	2.378				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 49 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้อาจมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน รายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน และรายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากรายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุรายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 50 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
จำแนกตามแหล่งรายได้

รายได้	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่มีรายได้	12	2.300	0.178
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	16	2.113	0.254
2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน	68	2.238	0.249
สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	100	2.318	0.193
รวม	196	2.272	0.225

จากตาราง 50 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ รายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.318 รองลงมารายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน คะแนนเฉลี่ย 2.238 และต่ำกว่า 2,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 2.113 และไม่มีรายได้น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.300 ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 51

ตาราง 51 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	0.706	0.235	4.916*	0.003
ภายในกลุ่ม	192	9.186	0.048		
รวม	195	9.892			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 51 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 21

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน-คูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 52

ตาราง 52 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

รายได้	$\bar{X}$	2.113	2.238	2.300	2.318
ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	2.113	-	0.125	0.187	0.205
2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน	2.238		-	0.062	0.080
ไม่มีรายได้	2.300			-	0.018
สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	2.318				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 52 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ และมีรายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,001 บาทต่อเดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 53 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งรายได้	N	$\bar{X}$	S.D.
อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)	30	54.324	14.595
รัฐบาล (บำนาญ)	56	66.964	12.957
ญาติ	28	62.500	10.672
อื่น ๆ	28	59.643	12.541
รวม	196	59.949	14.259

จากตาราง 53 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกัันดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 54.324 รองลงมาแหล่งรายได้จากรัฐบาลเป็นข้าราชการบำนาญบำนาญ คะแนนเฉลี่ย 66.964 และน้อยที่สุด แหล่งรายได้จากญาติ คะแนนเฉลี่ย 62.500 และอื่น ๆ คะแนนเฉลี่ย 59.643 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 54

ตาราง 54 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	5413.180	1804.393	10.119**	0.000
ภายในกลุ่ม	192	34236.309	178.314		
รวม	195	39649.489			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 54 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 55

ตาราง 55 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งรายได้	$\bar{X}$	54.324	59.643	62.500	66.694
อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)	54.324	-	5.319	8.176	12.370
อื่น ๆ	59.643		-	2.857	7.051
ญาติ	62.500			-	4.194
รัฐบาล (บำนาญ)	66.694				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 55 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ อาชีพ อิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากแหล่งอื่น ๆ จากญาติ และจากรัฐบาล (บ้านญาติ) ส่วนผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้อื่น ๆ มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ และรัฐบาล และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านญาติ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 56 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งรายได้	N	$\bar{X}$	S.D.
อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)	84	2.267	0.173
รัฐบาล (บ้านญาติ)	56	2.425	0.161
ญาติ	28	2.361	0.203
อื่น ๆ	28	2.371	0.178
รวม	196	2.340	0.186

จากตาราง 56 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.267 รองลงมา แหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านญาติ) คะแนนเฉลี่ย 2.425 และสุดท้ายแหล่งรายได้จากญาติ คะแนนเฉลี่ย 2.361 และอื่น ๆ คะแนนเฉลี่ย 2.371 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 57

ตาราง 57 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	0.896	0.299	9.751**	0.000
ภายในกลุ่ม	192	5.881	0.301		
รวม	195	6.777			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 57 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 23

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 58

ตาราง 58 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งรายได้	$\bar{X}$	2.267	2.361	2.371	2.425
อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)	2.267	-	0.094	0.104	0.158
ญาติ	2.361		-	0.010	0.054
อื่น ๆ	2.371			-	0.054
รัฐบาล (บำนาญ)	2.425				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 58 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ แหล่งรายได้อื่น ๆ และจากรัฐบาล (บำนาญ) ส่วนผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากแหล่งอื่น ๆ และรัฐบาล (บำนาญ) และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากแหล่งอื่น ๆ มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บำนาญ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 59 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

แหล่งรายได้	N	$\bar{X}$	S.D.
อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)	84	2.257	0.230
รัฐบาล (บำนาญ)	56	2.325	0.209
ญาติ	28	2.161	0.199
อื่น ๆ	28	2.325	0.230
รวม	196	2.272	0.225

จากตาราง 59 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่างกันดังนี้ อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.257 จากรัฐบาล (บำนาญ) รองลงมา คะแนนเฉลี่ย 2.325 และน้อยที่สุด จากญาติ คะแนนเฉลี่ย 2.161 และอื่น ๆ คะแนนเฉลี่ย 2.325 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน ซึ่งปรากฏตามตาราง 60

ตาราง 60 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	0.601	0.200	4.141*	0.087
ภายในกลุ่ม	192	9.290	0.048		
รวม	195	9.891			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 60 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 24 ที่ว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีแหล่งรายได้ต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน

ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมนคูล (Newman-Keuls Method) ซึ่งปรากฏตามตาราง 61

ตาราง 61 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
ของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งรายได้	$\bar{X}$	2.161	2.257	2.325	2.325
ญาติ	2.161	-	0.096	0.164	0.164
อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)	2.257		-	0.068	0.068
รัฐบาล (บำนาญ)	2.325			-	0.054
อื่น ๆ	2.325				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 61 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างจากอาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) จาก รัฐบาล และจากญาติ ส่วนผู้สูงอายุอาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร) มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่แหล่งรายได้จากรัฐบาล และอื่น ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตอนที่ 5 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27

ตาราง 62 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม	N	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	196	1.000	0.321** (p<.01)	0.331** (p<.01)
เจตคติ	196		1.000	0.156* (p<.029)
การปฏิบัติ	196			1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 62 พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้น คะแนนเจตคติและคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้นแล้ว คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นด้วย

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ และแหล่งรายได้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ปี พ.ศ. 2539 จำนวน 196 คน เป็นผู้สูงอายุชาย จำนวน 60 คน และผู้สูงอายุหญิง จำนวน 136 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล ตำรวจ ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้และแหล่งรายได้ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) มี 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีลักษณะในทางบวกและทางลบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การค้นคว้าวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (Statistical Package for the Social Science Personal Computer Plus) วิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบทดสอบ และแบบสอบถาม และคัดเลือกรูปแบบที่สมบูรณ์ไว้
2. แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนตัว
3. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบทดสอบ และแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
4. นำคะแนนจากแบบทดสอบด้านความรู้ และแบบสอบถามด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1 2 และ 3

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Anylysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 และ 24

7. ในกรณีที่ผลการทดสอบระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน คูลส์ (Newman Keuls Method)

8. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25 26 และ 27

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีพฤติกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายด้านความรู้ และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านเจตคติอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกันมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีความรู้สัมพันธภาพบวกกับเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งรายละเอียดการอภิปรายมีดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน และสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 กล่าวคือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีชีวิตรอดอยู่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุทุกคนจะชวนช่วยกันที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตรอดอยู่ได้ ดังนั้นยังไม่อาจสรุปได้ว่า เพศเป็นปัจจัยที่กำหนดการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะจะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัย

หลายประการ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีส่วนสอดคล้องกับผลการวิจัยของเบญจวิมล สุเอียนทรเสวี (2527 : 51) ที่ศึกษาลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ผลการศึกษาพบว่า เพศ และระยะเวลาของการรักษา ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการเยียวยาของผู้ป่วย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 และข้อ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน แต่มีเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ดังที่ พยอมน อิงคตานุวัฒน์ (2531 : 106) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะในแง่ของความอ่อนไหว ทางกาย และความฉับไวของสมอง โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เริ่มเข้ามาคุกคามร่างกาย ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะยังคงมีความเสื่อมมากขึ้น พฤติกรรมบางอย่างก็จะปฏิบัติไม่ได้เช่นเดิม และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง พบว่า บุคคลที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่การศึกษาของ มูห์ เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman. 1988 : 643) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต พบว่า อายุมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

3. การศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และข้อ 8 ส่วนการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน แสดงว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) และมีผู้ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีผลทางตรงมากที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Muhlenkamp and Brerman. 1988 : 643) ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา กันธรักษา (2527 : 123) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงมีครรภ์ พบว่าการศึกษาสูงจะช่วยทำให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพดีขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำและสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2527 : 88) ที่ศึกษาความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือ โดยรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ยังเลิกล้มการค้นหาความรู้หรือการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ายากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มีลักษณะใคร่รู้ในสิ่งต่าง ๆ มากพอและขาดความเข้าใจในประโยชน์ จุดมุ่งหมายหรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติอย่างแท้จริง และสอดคล้องกับการวิจัยของกรุงไกร เจนพานิชย์ (2521 : 59 - 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกันว่าการไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาต่ำของผู้ป่วยทำให้การติดต่อกับแพทย์มีน้อยเพราะพูด ฟังหรืออ่านคำแนะนำไม่เข้าใจ บางรายไม่กล้าถามถึงการปฏิบัติตัว กลัวถูกหาว่าโง่ หรือด้วยความเกรงใจ

4. สถานภาพสมรส จากการศึกษานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 แต่มีความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 และข้อ 12 ที่ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน แสดงว่า สถานภาพสมรสคู่ มีความเชื่อการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงา หรือโดดเดี่ยว มีภารกิจกระทำร่วมกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของธระ สุขวัจน์ (2525 : 22) ที่กล่าวว่า ถ้าผู้สูงอายุที่สมรสตาย หรือแยกกันไป จะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจหดหู่เป็นทุกข์อย่างยิ่ง และสอดคล้องกับการวิจัยของฮอกส์เทล (Hogstel. 1981; อ้างอิงมาจาก เกษม และกุลยา ดันติผลาชีวะ. 2528 : 80) พบว่า ร้อยละ 22.5 ของคู่สมรสที่มีชีวิตอยู่จะตายตามไปภายใน 6 เดือนแรก หลังจากคู่สมรสเสียชีวิตไป โอเร็ม (Orem. 1985 : 91 - 120) ได้เห็นว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของตน โดยเฉพาะในด้านความรู้ลึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึง

การปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถทางหน้าที่ ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ซัดเพื่อนซึ่งเข้าใจกันดีมานาน การสูญเสียนี้เป็นเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ อ่อนล้าลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2527 : 67 - 68)

5. สภาพความเป็นอยู่ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ส่วนเจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 และ 15 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการเป็นอยู่ต่างกััน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแลจากผู้อื่น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้ารับบริการของสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐบาลและเอกชน โดยให้เหตุผลว่ามีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม จิตใจเข้ากับครอบครัวไม่ได้ ซาดผู้อุปการะเลี้ยงดู และที่นกออาศัย ซึ่งเกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 80) กล่าวว่่า เนื่องจากสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต และสภาพการเป็นอยู่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่ และสถานภาพหม้าย มีการร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรสจะมีคู่คิด คู่ปรึกษา สามารถไปร่วมกิจกรรมกันได้ มีการปะทะสังสรรค์กันได้มาก มีความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจกัน ในสถานภาพหม้าย ซึ่งเกิดจากการสูญเสียคู่สมรส ทำให้คู่สมรสซึมเศร้า นอนไม่หลับ จากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้เกิดการแข่งขันทางด้านการทำมาหากิน บุคคลต้องมีบทบาท หน้าที่ทางสังคมมากขึ้น ซึ่งได้แก่บทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด การนกออาศัยของผู้สูงอายุคงจะมีสภาพคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุอาจต้องอยู่คนเดียว โดดเดี่ยว ซาดการดูแลจากลูกหลานเท่าที่ควร เพราะลูกหลานหรือบุคคลในครอบครัว ต้องออกไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ในเวลากลางวันและเมื่อกลับเข้าบ้านเขาต้องมีภาระรับผิดชอบในครอบครัว จึงไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ พ่อแม่ปู่ย่าตายาย ที่เป็นผู้สูงอายุในบ้าน ผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องช่วยเหลือตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย เช่น การดูแลตนเอง และทั้งด้านสังคมและจิตวิทยา เช่น การปรับตัวให้เข้ากับสภาพของครอบครัว และสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (เพ็ญแข ประจณปัจจนิก. 2528 : 34)

6. อาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 17 18 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน แสดงว่า อาชีพเป็นปัจจัยส่วนหนึ่ง ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จาโลวีก และเพาเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10-15) ที่ได้ศึกษาพบว่า อาชีพของการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาเช่นกัน อาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ (ฉวีวรรณ อารยพันธุ์. 2524 : 44) ซึ่งจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของทิพย์ภา บุรี (2529 : 69) พบว่า อาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และเอกชน มีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสน่ห์ พบพาน (2528 : ข) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อม อำเภอนครหลวง ศึกษากรณีกิจการอุตสาหกรรมในเขตเกษตรกรรม พบว่า อาชีพรับราชการมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาอากาศเป็นพิษมากที่สุด และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอวยพร สุทธิสนธิ (2528 : ข) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี ผลพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้และการปฏิบัติเรื่องโรคมะเร็งแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วาสนา บุรณณวิวัฒน์ (2532 : 58) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ พบว่า กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าอาชีพทำนา ทำไร่ รับจ้างรายวัน และอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. รายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 และ 21 ส่วนความรู้ของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แสดงว่า สภาพเศรษฐกิจในวัยผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะประชาชนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 มีรายได้ต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของรายได้ประชาชนในประเทศ ซึ่งการศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้สูงขึ้น และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหามีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี (Jalowice and Power. 1981 : 10 - 15) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พาลมอร์

และลุยการ์ท (Palmore and Luickart. 1972 : 76) และผลการวิจัยของ วิลลิตส์ และ ไครเดอร์ (Willits and Crider. 1968 : 174) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ทั้งนี้ เกี่ยวเนื่องกับการมีแหล่งประโยชน์ที่ดี สามารถแสวงหาอาหารและแหล่งบริการทางสุขภาพได้ดีกว่า และสอดคล้องกับผลการวิจัยของเสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ (2523 : 66 - 72) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความแตกต่างของผู้สูงอายุที่มีรายได้มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการด้านความรับผิดชอบครอบครัว และรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ผู้ที่มีรายได้ของตนเองเกิดความมั่นใจ ในคุณค่าของตนเอง มีความรู้ลึกกว่าตนเองเกิดความมั่นใจในคุณค่าของตนเอง มีความรู้ลึกกว่าตนเองสามารถที่จะทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว และสังคมได้อีก ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ของตนเองมักจะยอมรับความจริง จึงมักจะไม่มีความต้องการสิ่งใดนอกเหนือจากที่ได้รับ

8. แหล่งรายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ที่มีแหล่งรายได้ต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 23 และ 24 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟิรลิตส์ คำนวนเคลป์ และคนอื่น ๆ (2523 : 154 - 175) ที่พบว่า จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การเกษียณอายุราชการ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองการปลดเกษียณในแง่ดี และทำให้ใจให้รับได้ สามารถปรับตัวปรับใจหลังเกษียณราชการได้ และจากการศึกษาของศิริวรรณ ลิ้นไชย (2532 : 67) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้เวลาว่าง การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งสุนัตรา สุภาพ (2521 : 49) ได้กล่าวถึง ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจหรือความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลาน หรือญาติ อาจจะทำให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพ แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงทางสังคมที่ต้องการเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การได้บำนาญ บำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ

จะเห็นได้ว่า ตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นเหล่านี้จะเป็นรากฐานในการตัดสินใจของบุคคลที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ดังต่อไปนี้

1. ควรมีการจัดคลินิกผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลให้แพร่หลายและในระดับอำเภอและจังหวัด ในการรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นทุก ๆ แห่งในประเทศ เพื่อบริการให้คำปรึกษาและตรวจร่างกาย ในการรักษาได้ทันท่วงที ช่วยป้องกันการเกิดภาวะสุขภาพเสื่อมอีกด้วย
2. แนวทางให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมการให้บริการอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การให้กำลังใจเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของร่างกาย เช่น ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ และบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งการส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิตใจ ลดภาระของสังคม และก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมให้มากที่สุด
3. ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ทั่วถึง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายหรือนันทนาการในชมรมได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบตัวแปรกลุ่มต่าง ๆ เท่านั้น จึงทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะที่เป็นข้อมูลพื้นฐานเท่านั้น ไม่สามารถนำไปแก้ไขปัญหาได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการมีพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย
2. ควรจะมีการศึกษา ติดตามผลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอีกครั้งในระยะเวลาต่อไป เพื่อดูแนวโน้มว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อหาทางป้องกันและแก้ไขต่อไป
3. ควรมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรด้านเพศ การศึกษา อาชีพ และการดูแลเอาใจใส่ของญาติ เพื่อเป็นแบบฉบับแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในบั้นปลายต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- นกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ วศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กอบกิจ ดันท์เจริญรัตน์. การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- การศึกษานอกโรงเรียน, กรม. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดศรีเดชา, 2528.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญกิจ, 2524.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2528.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2528.
- เกริกศักดิ์ บุญานวงศ์ สุรีย์ บุญานวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.
- กัลยาณีวัฒนา, สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้า. แม่เล่าให้ฟัง. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์, 2525.
- _____. เวลาเป็นของมีค่า. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์ลีนดิง กรุ๊ป จำกัด, 2530.
- ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจัดสรรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา.
- เชมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สม.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 - 2544. กรุงเทพฯ : สหกรณ์กลาโหมจำกัด, 2525.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, สำนักงาน. เรื่องนำรู้สำหรับข้าราชการเกษียณอายุ.

กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2533.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. คณะทำงานประมาณประชากรใน

คณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร : การวางแผนทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ :

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529.

คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนา, วุฒิสภา. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทาง

การแก้ไข. ม.ป.ท. 2534.

คณะกรรมการการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุในสังคมไทย.

กรุงเทพฯ : รายงานการวิจัย กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงสาธารณสุข,
2528.

คณะกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, สำนักงาน. แผนระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 - 2544. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ

การศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, 2525.

จงกล มหาวิจน์. "การดูแลผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 7 : 18 - 19; กรกฎาคม -

กันยายน, 2527.

จงรักษ์ ศุกกิจเจริญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเองสัมพันธภาพในครอบครัว

และพฤติกรรมเผด็จภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อดิสาเนา.

จรรยา เสียงเสนาะ. "เพื่อความสุขในวัยสูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 7 (12) : 36 -

39; 2527.

จรวยพร ธรณินทร์. กายวิภาคและสรีรวิทยาของการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ :

ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และคนอื่น ๆ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม,

2533.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.

จริยาวัตร คมพัยค์ษ์. "แก้อย่างมีความสุข," รามาทิปติสาร. 13 : 43 - 48; กันยายน,

2525.

- จันทนา รณฤทธิชัย. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- จารุวรรณ ศรีสว่าง. กิจกรรมและความคาดหวังของข้าราชการที่เกษียณอายุในประเทศไทย.
วิทยานิพนธ์ รศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. อัดสำเนา.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ
ในเขตมวกะสัน. รายงานการวิจัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- _____. "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 7 : 67 -
68; กรกฎาคม - กันยายน 2527.
- จำเรียง กุระมสุวรรณ และคนอื่น ๆ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพ
ส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. รายงาน
การวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จำเรียง กุระมสุวรรณ. "ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ," ใน จรัส เทียนประภาส
และพัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
รุ่งเรืองธรรม, 3 - 34; 2533.
- _____. "ผู้สูงอายุในสังคมไทย," ในการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 2 เรื่อง
การพยาบาลความก้าวหน้าในการศึกษาการวิจัยและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- _____. "พยาบาลกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาลศาสตร์.
7 : 20; มกราคม - มีนาคม 2532.
- จินตนา ยูนิพันธ์. "วันท้าย - วันสุข," ใน อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ นายแช ยูนิพันธ์.
กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช, 2520.
- จินตนา ศรีมูล. "จิตวิทยาพัฒนาการในวัยสูงอายุ," วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 12
(1) : 36 - 42; ม.ป.ป.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุน
ทางสังคมที่รับรู้ กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ วศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.

- ฉันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อุตส่าเนา.
- นายเกิด อภิชาติบุตร และพรจันทร์ สุวรรณชาติ. "การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ," เอกสารสอนชุดวิชาการเลือกรสรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หน่วยที่ 10. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2531.
- ชัยพร วิชชาวุธ และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมจริยธรรมในสังคมไทยในปัจจุบัน : ศึกษาตามแนวทางจิตวิทยาสังคม. งานวิจัยลำดับที่ 16. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีอายุยืน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศุภานิชการพิมพ์, 2532.
- _____. สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และกันยา ปาละวิวัฒน์. สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เพชรต้นการพิมพ์, 2528.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และคนอื่น ๆ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์ ยุทธนา อักษรนันท์ และวิญญารัตน์ ดันศิริ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : 2527.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2527.
- ชูศรี วงษ์เครือวัลย์. การเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ. พยาบาลสาร. 17(4) : 46 - 51; 2533.
- เชวง เดชะโกศยะ. อยู่เย็นเป็นสุข. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- เชื้อ ชนานพ. วิธีบริหารร่างกายอย่างง่ายกับการปฏิบัติตนให้อายุยืนและไม่ให้แก่เร็ว. กรุงเทพฯ : นิติตการพิมพ์, 2525.

- พัชรกร อ่วมบำรุง. การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
- ณัฐนาฏ ไชยศิริ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ดรุณี ชูณะวัตติ. "การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ," ในการประชุมวิชาการของภาควิทยาศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่อง การดูแลตนเอง : ทฤษฎีการปฏิบัติและการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ดรุณี ชมธวัช. "ความกังวลใจของผู้สูงอายุ," วารสารผู้สูงอายุ. 5(1) : 26 - 27; 2529.
- ดวงฤดี ลาคุชะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.
- _____. "ทิศทางการจัดการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ," พยาบาลสาร. 18(2) : 33 - 35; เมษายน - มิถุนายน 2533.
- ดวงสมร พันธุ์เสน. ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- ดำรง กิจกุลศล. คู่มือออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ดีจำกัด, 2537.
- ดิเรก ศรีสุโข. "คุณภาพพื้นฐานของเครื่องมือรวบรวมข้อมูลในการวิจัย," วารสารสหศึกษา. 12(48) : 24 - 29; 2532.
- ตุลิต สุนทรานู. "โรคทางกายและโรคทางใจของผู้สูงอายุ," คุรุปริทัศน์. ฉบับพิเศษ. กรุงเทพฯ : 2525.
- _____. "สุขภาพผู้สูงอายุ," เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับชาติระหว่างวันที่ 18 - 20 กันยายน 2528. กรุงเทพฯ : 2528. อัดสำเนา.
- ตุณณิ สุทธปริยาศรี. "ผู้สูงอายุ : ทรัพยากรสำคัญของสังคมไทย," เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : 2532. อัดสำเนา.

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ. ผลการฝึกแอโรบิคตามขั้นตอนแบบแรงกระแทกต่ำและปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และสารเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร. "สมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ," วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 3(2) : 117 - 118; พฤษภาคม - สิงหาคม 2532.

ทรงวิทย์ แสงศรี และทัศนีย์ ดุลิตสัทธวัฒน์. ระบบการออกจากราชการและบำเหน็จบำนาญใน 100 ปี มหาจักรีบรมราชวงศ์ และวิวัฒนาการของระบบข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2526.

ทวิสิทธิ์ ลิทธิกร. บูรณาการการสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : อักษรพัฒนา, 2531.

ทองใบ หงษ์เวียงจันทร์. เตรียมตัวเตรียมใจก่อนถึงวัยเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2531.

ทองอยู่ แก้วไทรยะ และคนอื่น ๆ. "ผู้สูงอายุในสังคมไทย," สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. 20(1) : 17 - 41; มกราคม - มิถุนายน 2531.

ทิพย์วัลย์ ขาวลำปางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารัตนบุรี. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

เทวี โพธิผล. เอกสารประกอบการอบรม : โครงการฝึกอบรมเป็นผู้บริโภคที่มีชีวิตสดใส. กรุงเทพฯ : 2533.

ถนอมรัตน์ อิ่มสมบูรณ์. "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24 - 26; เมษายน - พฤษภาคม 2528.

_____. "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," ข่าวสุขศึกษา. 4(2) : 38 - 43; เมษายน - กันยายน 2532.

ตระ สุขวัฒน์. "ความทุกข์ของผู้สูงอายุ," ให้ความรักนักศึกษามัธยมศึกษาผู้สูงอายุวัยอายุยืน. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

ธิดา ศรีไพพรรณ. บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาครัฐบาลและภาคเอกชน : เอกสารโครงการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง การประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., ม.ป.ป.

- นภาพร ชัยวรณ และมาลินี วงสิทธิ์. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- นภาพร ชัยวรณ. รายงานวิจัย แนวโน้มและลักษณะของประชากร สังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2528.
- นภาพร ชัยวรณ และคนอื่น ๆ. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- นลินี ชุณหวิริ. ผลการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีต่อองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายในหญิงสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคนอื่น ๆ. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รัตนธาร, 2520.
- นันทิกา ทวิชาชาติ และคนอื่น ๆ. "การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิต - สังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี," จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 35(4) : 195 - 203; เมษายน 2534.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองกับความร่วมมือโดยการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- นันทนวล ศรีจาด. ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนในชุมชนเชียงใหม่. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ, 2533.
- นรินาถ วิทย์โชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- นิตา ชูโต. รายงานการวิจัยเรื่อง คนชราไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- บรรลุ ศิริพานิช. "การเกษียณอายุ : ผลกระทบต่อสุขภาพและแนวทางแก้ไข," ใน รายงานการสัมมนา เรื่อง รูปแบบการเกษียณอายุที่เหมาะสมของผู้ปฏิบัติงาน ในภาครัฐและภาคเอกชน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2531.

- บรรลु ศิริพานิช. คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.พี.เอ. เบสท์ ชัฟฟลาย จำกัด, 2536.
- _____. "พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาวและแข็งแรง," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. การศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง 2531. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์, 2532.
- บรรลุ ศิริพานิช. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเกษมสุวรรณ, 2528.
- _____. "สุขภาพผู้สูงอายุ," คลินิก. 6(6) : 432 - 436; 2533.
- บริบูรณ์ พรพิบูรณ์. โลกยามชราและแนวคิดในการเตรียมตัวเพื่อความสุข. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์, 2526.
- บุญชีกกลาง, กรม. "รายงานจำนวนข้าราชการเกษียณอายุ," สมุดรายงาน. กรุงเทพฯ : กองอนุมัติจ่าย 2, ม.ป.ป.
- บุณศรี สระสะอาด. แนวทางการจัดบริการ ด้านส่งเสริมสุขภาพทางสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : กองส่งเสริมสาธารณสุข สำนักงานมัย, 2534.
- บุปผา นิละภมร. "ผู้สูงอายุกับกิจกรรมพิเศษ," วารสารผู้สูงอายุ. 5 : 71 - 73; เมษายน - กันยายน 2529.
- เบญจมา เลาหนูรังษี. ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.
- ประชากรศาสตร์, สถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผนประชากรและกำลังคน. เอกสารประกอบการสัมมนา ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528.
- ประชากรศาสตร์, สถาบัน. สรุปโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

ประชาสงเคราะห์, กรม. "ให้ความรักพิทักษ์อนามัยผู้สูงอายุ," ครูปริทัศน์ฉบับพิเศษ. 11; มกราคม 2526.

_____. "ให้ความรักพิทักษ์อนามัยผู้สูงอายุยิ่งขึ้น," ครูปริทัศน์. ฉบับพิเศษซานรับปีผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กระทรวงมหาดไทย, 2525. อัดสำเนา.

ประพิมพ์ดาว สุคนธ์. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนเชื้อเพลิง ยานนาวา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สด.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

_____. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

_____. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2520.

_____. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2532.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคนอื่น ๆ. "การศึกษาสภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และทักษะการปรับตัวของเยาวชนไทย," รายงานการวิจัย ทนวิจัยสนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2536.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษา หน่วยที่ 1 - 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.

ประสพ รัตนากร. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ : คณะกรรมาธิการวิสามัญ สวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคมวุฒิสภา, 2524.

_____. "วิจัยพัฒนา," ในรายงานการประชุมวิชาการประจำปี 2525 เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2525.

ประวิณ ฒ นคร. "การพัฒนสถานภาพข้าราชการและบำเหน็จบำนาญ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารงานบุคคลภาครัฐ หน่วยที่ 8 - 15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2531.

ปราณี ทัพไพเราะ. ผลของการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

ปราโมทย์ วังสะอาด. ปัจจัยที่มีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

แผนงานสาธารณสุข, กอง. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข, 2535.

พยาบาลราชบุรี, วิทยาลัย. คู่มือชมรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี. ราชบุรี : วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี, ม.ป.ป. อัดสำเนา.

พยาบาลแห่งประเทศไทย, สมาคม. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : 2533.

พรรณี ช.เจนจิต. จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์, 2528.

พระญาณสังวร (สุวฑฺฒโน), สมเด็จพระสังฆราช. ทำอย่างไรจิตจะผ่องใส (ชุดแสงส่องใจ). กรุงเทพฯ : บริษัท โรงพิมพ์สหมิตร จำกัด, ม.ป.ป.

พาร์คิบสัน, ซี นอร์ธคอต และคนอื่น ๆ. เตรียมตัวเตรียมใจก่อนถึงวัยเกษียณอายุ. แปลและเรียบเรียงโดย ศานติหงษ์ ว.จันทร์. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊พจำกัด, 2531.

พิชณ ประเสริฐสินธุ์. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อัดสำเนา.

พีรสิทธิ์ คำานวเคลิป์ และคนอื่น ๆ. ความทันสมัย ภาพพจน์ เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัย สถาบันนักพัฒนาบริหารศาสตร์, 2525.

ฟอง เกิดแก้ว. อนามัยส่วนบุคคลและอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

ภัทรพร สุขบุษย. "การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ," วารสารกองการพยาบาล. 15 : 14 - 21; พฤษภาคม - สิงหาคม 2531.

ภัสสร ลิมานนท์. "จากวันนั้นถึงวันนี้ : 20 ปี ของนโยบายประชากรไทย," วารสารประชากรศาสตร์. 6 : 8 - 12; มีนาคม 2533.

- ภัสสร ลิมานนท์. นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย : บทเรียนสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- มณฑนา เจริญกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ณิรัตน์ เฟื่องวุฒิราญ. "การเตรียมตัวก่อนเกษียณ," ใกล้หมอ. 15(9) : 84 - 86; 2534.
- มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532. อัดสำเนา.
- มาลี รัชตะนาวิน. ความต้องการการรับบริการทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
- มยุรา นพพรพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- มยุรี กลับวงศ์. การฝึกความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- มหาตไทย, กระทรวง. คู่มือข้าราชการว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ. กรุงเทพฯ : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2512.
- ยรรยงค์ ศุภรัตน์. "การเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุ," วารสารสุขภาพ. 6 : 65 - 68; กันยายน 2521.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- โยชิโอบิ มานาคา. คู่มือหมอประจำตัว. แปลโดย ละเอียต คีลน้อย. ม.ป.ป.
- ร่ำพรรณ ภักธนิตย์. ผลของการใช้เวลาต่อสุขภาพจิตในข้าราชการบำนาญเกษียณอายุในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

รำไพ สุขสวัสดิ์ ๗ อรุณยา. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : เอช - เอน การพิมพ์, 2532.

รจนา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว : ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.

วงเดือน ศิริวิรัช และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, 2532.

วรรณต์ ตริพรหม. "ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ,"

พยาบาลสาร. 18(2) : 22 - 30; เมษายน - มิถุนายน 2522.

วิจิตร นุยะโรตรระ. "การรักษาสุขภาพ ห้า อ. ชะลอชีวิต," สถานีแห่งความสุข. (9) :
11 - 14; ม.ป.ป.

_____. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2533.

_____. วัยทอง. กรุงเทพฯ : สยามบรรณาการพิมพ์, 2535.

_____. "วัยทอง," สัปดาห์ที่ 6 เพื่อชีวิตและสุขภาพ. 2(4) : 29 - 32; ม.ป.ป.

_____. "อาหารรักษาโรค," สัปดาห์ที่ 6 เพื่อชีวิตและสุขภาพ. 2(2) : 45 - 50;
ม.ป.ป.

วิจิตร ศรีสุพรรณ และดวงฤดี ลาสุชะ. "การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ," พยาบาลสาร.

18(2) : 36 - 39; เมษายน - มิถุนายน 2533.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองการวิจัยสำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ, 2530.

_____. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

_____. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
เรืองอักษร, 2524.

วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. "การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ," คลินิก. 7, 4 : 267 - 273;
เมษายน 2534.

วิฑูร แสงสิงแก้ว. รายงานเรื่องความก้าวหน้าของการดูแลผู้สูงอายุในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย
ประเทศฝรั่งเศส และการเจรจากับองค์การอนามัยโลกเรื่องผู้สูงอายุที่เห็นว่า ประเทศ
สวีเดนเซอร์แลนด์ พ.ศ. 2533 และรายงานการเดินทางเพื่อศึกษางานเกี่ยวกับโครงการ
ผู้สูงอายุประเทศเดนมาร์ก สวีเดน สหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2528. กรุงเทพฯ : กรม
การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2528.

- วิไลวรรณ พันธุ์ฤกษ์. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. "การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ," ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ชมรม. เวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 2. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- ศรีนครินทร์วิโรฒ, มหาวิทยาลัย. ประมวลบทความและผลงานทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แพร่พิทยา, 2521.
- _____. "อารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ," วารสารสวนปรุง. 3 : 4 - 5; ตุลาคม - ธันวาคม 2529.
- ศิริวรรณ สิ้นไชย. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. อัดสำเนา.
- ศึกษา วิโรจน์รัตน์ ลักษณะ ธรรมไพโรจน์. "สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ," รามาทิปดิสสาร. 13 : 49 - 52; กันยายน 2525.
- ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา, องค์การส่งเสริมกีฬาแห่งประเทศไทย. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : วิตอรีเพาเวอร์พอยท์จำกัด, 2526.
- สถิติสาธารณสุข, กอง. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2532. กรุงเทพฯ : ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2533.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงานสำนักรายการรัฐมนตรี. ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย. ม.ป.ท. 2534.
- สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. ข้อบังคับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย : ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ฉบับแก้ไข (พ.ศ. 2535) และระเบียบต่าง ๆ ที่แก้ไข. กรุงเทพฯ : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (สสท.), 2535.

- สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. รายงานประจำปี พ.ศ. 2536 ของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
ไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. กรุงเทพฯ : สภาผู้สูงอายุ
 แห่งประเทศไทย (สสท.), 2530.
- สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. วันแม่แห่งชาติ ปี 2530. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
 ป.สัมพันธ์พาณิชย์, 2530.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญิจ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
 ศรีอนันต์, 2525.
- สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก,"
ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สมชาติ เจียมประเสริฐ. การออกกำลังเพื่อการบำบัดรักษา. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์,
 2521.
- สมบัติ ตาปัญญา. "การวางแผนชีวิตก่อนและหลังการปลดเกษียณ," วารสารผู้สูงอายุ.
 5 : 49 - 50; เมษายน - กันยายน 2529.
- สมบูรณ์สุข อัมโหมสุ. "การดำเนินงานโครงการผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานี,"
การศึกษานอกโรงเรียน. 28(61) : 58 - 60; เมษายน - พฤษภาคม 2534.
 _____. "บทบาทของกรมการศึกษานอกโรงเรียนกับงานผู้สูงอายุ," ในรวมบทความการ
ศึกษานอกโรงเรียน เล่ม 10. 2534.
- สมพันธ์ หิฏฐิระนันท์. "แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ," ใน เอกสารประชุมวิชาการ
การพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 4 เรื่องการพยาบาลทางศัลยกรรมในผู้สูงอายุ.
 กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สมพร เทพสิทธิ์. แก้อย่างมีค่า - ชราอย่างมีสุข. กรุงเทพฯ : สมชายการพิมพ์, 2536.
 _____. "แก้อย่างมีค่า - ชราอย่างมีสุข," ข่าวสารสภาสังคมสงเคราะห์ฯ. 6(63) :
 89 - 103; กันยายน 2535.
- สมพร อินทร์แก้ว. "สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ," ที่ระลึกในพระราชทานเพลิงศพ พันโทสุวรรณ
สมบูรณ์สิน. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์, 2532.
- สมศรี กันทะมาลา. การส่งเสริมบทบาทของผู้เกษียณอายุให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม.
 เอกสารการวิจัยส่วนบุคคล. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2529.

สาธารณสุข, กระทรวง. การนำ จปฐ. มาใช้ในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2529.

_____. คนชราไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข,
2529.

สาธารณสุข, กระทรวง. "นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 -
2554)," ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 -
2539). กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง. คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
องค์การทหารผ่านศึก, 2529.

สุจินต์ ผลากรกุล. "โครงการวิจัยขององค์การอนามัยโลกในเรื่องผู้สูงอายุ : การประชุมของ
กลุ่มผู้สนใจ ณ เมืองเจนีวา วันที่ 21 - 22 มีนาคม 2532," วารสารกรมการแพทย์.
14 : 385; มิถุนายน 2532.

สุชาติ โสภประยูร และคนอื่น ๆ. การดูแลสุขภาพของบุคคลวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ :
อักษรเจริญทัศน์, 2537.

สุดาจันทร์ วัชรกิตติ. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและ
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ พบ.ม.
ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535. อัดสำเนา.

สุด แสงวิเชียร. "การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของผู้สูงอายุ," สารคดีราช. 9(22);
กันยายน 2513.

สุธีรา นัยจันทร์. การศึกษานโยบายของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณี
ครอบครัวผู้ใช้บริการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุติดเตียงและครอบครัวสมาชิกชมรม
ผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์, 2530. อัดสำเนา.

สุภาณี กาญจนจारी. "การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ," ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1.
สมจิต หนูเจริญผล บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินต์ริง,
2535.

_____. "การดูแลผู้สูงอายุในสมจิต หนูเจริญผล บรรณาธิการ," การพยาบาล
อายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ : มิตรเจริญการพิมพ์, 2524.

- สุมน มาตะพัฒน์. ประสิทธิผลของการอบรมเรื่องการเตรียมตัวเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจระดับประทวนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สุรกุล เจนอบรม. "การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุภายใต้กรอบของแผนฯ (พ.ศ. 2535 - 2539)," การศึกษานอกระบบ. 6(7) : 25 - 29; มกราคม 2535.
- _____. "การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความจำเป็นอันเร่งด่วน," ใน รวมบทบาทการศึกษา
นอกโรงเรียน เล่ม 6. ม.ป.ป.
- _____. วิทยาการในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. ปัญหาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สมชายการพิมพ์, 2536.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขต
กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : รายงานการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2532.
- / สุวิชา จันทร์สุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วม
ของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- เสก อักษรานุเคราะห์. การออกกำลังกายสำหรับคนวัยเสื่อม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- _____. การออกกำลังกายกลางแจ้งเพื่อสุขภาพและชลอความแก่. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- _____. ผลงานที่ใช้ในการออกกำลังกาย อบรมวิชาการสรีรวิทยา ครั้งที่ 5 สรีรวิทยา
ประยุกต์ของระบบทางเดินอาหาร โภชนาการ และการออกกำลังกาย 18 - 29
พฤษภาคม 2530. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2530.
- เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.
- เสาวภา วิจิตวาทย์. ความต้องการของผู้สูงอายุที่พำนักในครอบครัวแบบขยาย ในเขตภาคใต้.
วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527. อัดสำเนา.

เสาวรส สรรพพาศย์พิสุทธิ. "จำทำอย่างไรเมื่อเข้าวัย 60," ใกล้หมอ. 6 : 9 - 10; มิถุนายน 2525.

อดิสร คันทรส. ผลของการฝึกแบบหมุนเวียนที่มีความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและเปอร์เซ็นต์ไขมันของร่างกายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.

อนันต์ชัย อัดชู. สรีรวิทยาการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2527.

อนามัย, กรม กองอนามัยครอบครัว. "ผู้สูงอายุในเอเชีย," วารสารการอนามัยสิ่งแวดล้อม. 12 : 112; มกราคม - เมษายน 2532.

อนามัย, กรม. อาหารผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2535.

อภิญา กังสนารักษ์ และนายนิจ ชชภักดี. "ความสามารถทางสติปัญญา : การเรียนรู้และความจำระยะสั้น กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค," จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมหิตล. 15(11) : 10 - 12; พฤศจิกายน 2533.

อวย เกตุสิงห์. "การวัดความสมบูรณ์ทางกายของผู้สูงอายุ," สารศิริราช. 36, 5 : 323 - 326; พฤษภาคม 2527.

_____. "กีฬาอนามัยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่สง่า," การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2526.

อัญชลี กำพลรัตน์. "การจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ," ใน รวมบทความการศึกษานอกโรงเรียน เล่ม 11. กรุงเทพฯ : 292 - 295; 2535.

อัมพร มีสุข. "ใช้ชีวิตหลังเกษียณให้มีคุณค่าได้อย่างไร," ไทยรัฐ. 42(12233) : 19; 2534.

อัมพร โอตระกูล. "สุขภาพจิตผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 7 : 28 - 30; กรกฎาคม - กันยายน 2527.

อาภา ใจงาม. "พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล. 39 : 140 - 149; เมษายน - มิถุนายน 2533.

อารมณ วุฒิฤกษ์. "การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง," วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2 : 178 - 182; กันยายน - ธันวาคม 2531.

- อารมณ วุฒิพฤกษ์ และคนอื่น ๆ. "การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง," วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 3, 1 : 36 - 46; มกราคม - เมษายน 2532.
- อ่ำไพ ชนะกอก และคนอื่น ๆ. "แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่," พยาบาลสาร. 19(3) : 2; 2535.
- อุทุมพร จามรมาน. แบบสอบถาม : การสร้างและการใช้. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันนี้พับบลิชชิง, 2531.
- Adams, Davit L. "Analysis of a Life Satisfaction Index," Journal of Gerontology. 24(4) : 470 - 474; 1969.
- Allport, G. 'Attitudes' in C. Murchinson (Ed.). Handbook of Social Psychology. Worcester, Mass : Clark University Press, 1935.
- Anastasi, A. Psychological Testing. New York : McMillan, 1968.
- Anderson, Margareta Inger Gerd. Elderly Patients in Nursing Homes and in Home Care : Scope of Institutional care Characteristics, Motor and Intellectual Functions, Drug Consumption and Quality of Life (Dementia, Motor Functions). Sweden : Gothenburg University, 1989.
- Anderson, H. Newton's Geriatric Nursing. Saint Louis : The C. V. Prossby Company, 1971.
- Andrews, F. M. and S. B. Withey. Social Indicators of Well-Being : Americans' Preceptions, Evaluations, and Satisfactions. New York : Russel Sage, 1976.
- Atchley, R. C. Social Force and Aging. California : Wardswarth Publishing Company, 1988.
- _____. The Sociology of Retirement. Massachusett : Schenkwan Publishing Company Inc., 1973.
- Atchley, Robert C. The Sociology of Retirement. New York : Halsted Press, 1976.

- Atchley, Robert C. The Social Forces in Later Life. 3rd ed. Belmont, California : Wadsworth, 1980.
- Barrow, Geogia M. and Patricia A. Smith. Aging, Ageism and Society. St. Paul, Minn : West Publishing Company, 1979.
- Bauer, John and Andrew Mason. Asia 2010 : The Power of People. Reprint No.257 of East-West Population Institute. Honolulu : East-West Center, 1990.
- Beek, S. H. Adjustment and Satisfaction with Retirement. Journal of Gerontology. 3(5) : 616 - 624; 1982.
- Bengtson, Vern L. The Social Psychology of Aging. New York : The Babbs-Merrill Company, Inc., 1973.
- Bernita, M. S. Handbook of Gerontological Nursing. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1984.
- Best, John W. Research in Education. Fourth Edition. New Delhi : V. K. Batrd at Peart offset Press, 1983.
- Binstock, Robert H. and Linda K. George. Handbook of Aging and the Social Science. Academic Press, Inc., 1990.
- Birren, James E. and Jeyne V. Renner. Handbook of the Psychological of Aging. New York : Van Nostrand Peihold Company, 1997.
- Birren, Jame E. The Psychology of Aging. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, Inc., 1964.
- Blazer, D. Emotional Problems in Later Life : Intervention Strategies for Professional Caregivers. New York : Springer, 1990.
- Bloom, B. S. (Ed.) Taxonomy of Educational Objectives : The Classsification of Educational Goals, Handbook I : Cognitive Domain. New York : David McKay Company, 1956.
- Bloom, S. Benjamin. Toxonomy of Education Objective. Hand Book I : Cognitive Domain. New York : David Mc.Kay Company, Inc., 1975.

- Bradburn, N. M. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago : Aldine, 1969.
- Bulter, R. N. and M. I. Lewis. Aging and Mental Health : Positive Psychosocial Approacher. 2nd ed. Saint Louis : The C. V. Mosby Company, 1977.
- Burckhardt, Carol S. "The Impact of Arthritis on Quality of Life," Nursing Research. 34 : 11 - 16; January - February, 1985.
- Burggraf, V., and M. Stanley. Nursing the Elderly : A Care Plan Approach. Philadelphia : J. B. Lippincott, 1989.
- Burnside, Irene M. Nursing and the Aged. New York : McGraw-Hill, 1988.
- Burnside, I. M. "Recognizing and Reducting Emotional Problem in the Aged," Nursing 77. 56 - 59; March, 1977.
- _____. Nursing and The Aged. 3rd ed. New York : Mc.Graw Hill Book Company, 1988.
- Burrage, R. L. Physical Assessment : Musculskeletal and Nervous Systems. In W. C. Chenitz, J. T. Stone, and S. A. Salisbury (Eds.). Clinical Gernotological Nursing : A Guide to Advanced Practice. Philadelphi : W. B. Saunders, 1991.
- Campbell, A. "Subjective Measure of Well-being," American Psychologist. 31 : 117 - 124; Febuary, 1976.
- Camtor, M. and V. Little. Aging and Social Care. In Handbook of Aging and the Social Selences. 2nd ed. R. H. Blnstock and E. Shunas, eds. New York : Van Norstrand Veinhold, 1985.
- Carnevali, Doris L. and Patrick Maxine. Nursing Management for the Elderly. 2nd ed. Philadelphia : J. B. Lippincott Company, 1986.
- Carlson, R. J. and B. Newman. Issues and Trends in Health. St. Luis : C. V. Mosby, 1987.

- Cassidy, B. C. A Comparative Study of Retired Males, Late Onset Alcohol Abuse, Coping Processes, Stressful Life Events and Social Support. Thesis of Ph.D. Psychology. University of Nevada, Reno, 1984.
- Chatfield, Walter F. "Economic and Sociological Factors Influencing Life Satisfaction of the Aged," Journal of Gerontology. 32(4) : 593 - 599; May, 1977.
- Chayovan, N., Malinee Wongsith and Chanpen Saengtienchai. Socio-Economic Consequences of the Ageing of the Population : Thailand. Bangkok : Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1988.
- Chen, Ai Ju and Gavin Jones. Ageing in ASEAN. Its Socio-Economic Consequences. Singapore : Institute of Southeast Asian Studies, 1989.
- Chen, Ai Ju and Paul P. L. Cheung. The Elderly in Singapore : A Country Report. ASEAN Population Project Phase III. Singapore : Photoplates Pte. Ltd., 1988.
- Chenitz, W. C. and others. Clinical Gerontological Nursing : A Guide to Advanced Practice. Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1991.
- Cobb, S. Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine. 38(5) : 300 - 314; 1976.
- Coekherham, William C. Medical Sociology. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, Inc., 1982.
- Cornoni-Huntley, Joan C. and others. Health Status and Well-being of The Elderly. New York : Oxford University Press, Inc., 1976.
- Craig, G. J. Human Development. 6th ed. New York : Prentice Hall, 1992.

- Crandall, Richar C. Gerontology : A Behavioran Science Approach.
New York : Addison Wesley Company, 1980.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3nd ed.
New York : Harper and Row, 1970.
- Cutler, Stephen S. "Voluntary Association Participation and Life
Satisfaction," Journal of Gerontology. 28(1) : 96 - 100;
1973.
- David, C. Family and The State of Theory. New York : Harvester
Wheatsheal, 1991.
- Department of Medical Services, Thailand Ministry of Public Health
and World Health Organization. The Report on the Second
National Seminar on Health Services for the Elderly. Royal
River Hotel, Bangkok, (in Thail), 1990.
- Department of Public Welfare, Ministry of Interior. Annual Report
1989. Bangkok : Sahamitr Offset, 1989.
- Dember, W. N. and J. Warm. Psychology of Perception. Halt : Rinehart
and Winston, 1979.
- Dovall, E. M. Family Development. 1st ed. Philadelphia : J. B.
Lippincott, 1971.
- Ebersole, P. and P. Hess. Toward Healthy Aging : Human Needs and
Nursing Response. Saint. Louis : The C. V. Mosby Company,
1981.
- Ebersole, Patricilla and Hess Patricia. Toward Healthy Aging. 2nd ed.
Toronto : C. V. Mosby Company, 1985.
- Edward, Allen L. Statistical Analysis. New York : Rinehart Company
Inc., 1957.
- _____. Techniques of Attude Scale Construction. New York : Appleton
Century Crofts, 1975.

- Edwards, J. N. and Klemmack. "Correlates of Life Satisfaction : A Reexamination," Journal of Gerontology. 28(4) : 497 - 502; 1973.
- Eliopoulos, C. Adjustment in Aging. Gerontological Nursing. 2nd ed. Philadelphia : J. B. Lippincott Company, 1987.
- Eliopoulos, Charlotte. Geriatric Nursing. London : Harpen and Row Ltd., 1979.
- Esberger, K. K. and S. T. Hughes. Nursing Care of the Aged. California : Appleton and Lange, 1989.
- Eyde Donna R. and Jay A. Rich. Psychological Distress in Aging : A Family Management Model. Rockville : Aspen, 1983.
- Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5th ed. New York : McGraw-Hill, 1981.
- Ferrans, Carol E. and Marjarie J. Powers. "Quality of Life Index Development and Psychometric Properties," Advances in Nursing Science. 8 : 15 - 42; October, 1985.
- Ferraro, Kenneth F. and others. "Widowhood, Health, and Friendship Support in Later Life," Journal of Health and Social Behavior. 25 : 246 - 256; September, 1984.
- Franklin, W. T. Rehabilitation in the Aging. New York : Roven Press, 1984.
- Gan, Leticia V. The Quality of Life of the Filipino Elderly : An Exploratory Study in Los Angeles Country (California). Long Beach : California State University, 1989.
- George, Julia B. Nursing Theories. 2nd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1985.

- George, Linda K. "The Impact of Personality and Social Status Factors upon Levels of Activity and Psychological Well-being," Journal of Gerontology. 33(6) : 840 - 847; 1978.
- Gochman, S. D. (Ed.). Health Behavior : Emerging Research Perspectives. New York : Plenum Press, 1988.
- Gove, P. B. and others. Webster's Third New International Dictionary of The English Language Unabridged. Massachusetts : Merriam-Webster, Inc., 1986.
- Graney, Marshall J. "Happiness and Social Participation in Aging," Journal of Gerontology. 30 : 701 - 706; 1976.
- Guilbert, J. J. Educational Handbook. World Health Organization, 1976.
- Gurel, L. M. W. Linn and B. S. Linn. "Physical and Mental Impairment of Function Evaluation in the Aged : The PAMIE Scale," Journal of Gerontology. 27 : 83 - 90; 1972.
- Gurland, B. J. and D. E. Wilder. "The CARE Interview Revisited : Development of an Efficient, Systematic Clinical Assessment," Journal of Gerontology. 39 : 129 - 137; 1984.
- Hall, D. A. The Aging of Connective Tissue. London : Academic Press, 1976.
- Harrell, J. S. Age-related Changes in the Cardiovascular System. In M. A. Matteson and E. S. McConnell. Gerontological Nursing : Concepts and Practice. Philadelphia : W. B. Saunders, 1988.
- Harris, L. The Myth and Reality of Aging in America. Washington, D. C. : National Council and Aging, 1975.
- Hettle, B. "Wellness Promotion and Risk Reduction on a University Campus," p.207-208. in Faber, M. M. and Reinhardt A. M. (Ed.) Promoting Health Through Risk Reduction. New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1982.

- Hoch, C. C. "Assessing Delivery of Nursing Care," Journal of Gerontological Nursing. 13(1) : 10 - 17; 1987.
- Hogstel, M. O. "Promotion of Mental Health in Older Adults," Geropsychiatric Nursing. St. Louis : The C. V. Mosby Company, 1990.
- Hubb, P. A. F. Muhlenkanp and N. Brown. "The Relationship between Social Support and Self Care Practice," Nursing Research. 33(5) : 266 - 269; 1984.
- Hunt, S. M. and J. McEwan. "The Development of Subjective Health Indicator," Social Health Illness. 2 : 231 - 246; 1980.
- Hunt, S. M. J. McEwan and S. P. McKenna. "Measuring Health Status : A New Tool for Clinicians and Epidemiologists," Journal of Research of General Practice. 35 : 185 - 188; 1985.
- Hurlock, Elizabeth B. Developmental Psychology. 5th ed. New York : McGraw-Hill, 1980.
- Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population and Manpower Planning Division, NESDB. The Thai Elderly Population : A Review of Literature and Existing Data. ASEAN Population Project Phase III. Bangkok : Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1985.
- Jacobs, R. Elder Care A Guide to Clinical Geriatrics. New York : Grune and Stratton, 1981.
- Jalowice, A. and M. J. Power. "Stress and Coping in Hypertension and Emergency Room Patients," Nursing Research. 30 : 10 - 15; 1981.
- Jalso, Shirley B. Murjane M. Burns Jerry M. Rivers. "Nutrition Beliefs and Practices," Journal of the American Dietetic Association. 47 : 263 - 268; 1965.

Jansik, E. H. and J. L. Davies. (Eds.). Psychiatric Mental Health Nursing. Boston : Jones and Bartlett, 1986.

Jones, Gavin W. "Consequences of Rapid Fertility Decline for Old Age Security in Asia," Working Papers in Demography. Canberra : Research School of Social Sciences, The Australian National University, 1990.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644

ที่ ทม 1007/0710

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2541

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องจาก ร้อยตำรวจเอกหญิง นิภาวัลย์ สุวรรณสุรังค์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
 สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ
 กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ" อยู่ในความควบคุม
 ดูแลของ

อาจารย์นิพนธ์ศรี โตอดีตแพทย์ ประธาน

รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ ลิขธิกร กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ รองศาสตราจารย์ผาณิต ปิลมาศ รองศาสตราจารย์ณภาพร
 มีธยมานุกร และอาจารย์บุปผา ปัสสิมสำราญ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความ
 ช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่บัณฑิตผู้นี้

(ศาสตราจารย์ ดร.เสวริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007/1087

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

6 มีนาคม 2541

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องจาก ร้อยตำรวจเอกหญิง นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
 สุขศึกษาของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ
 กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ" ทั้งนี้อยู่ในความ
 ควบคุมดูแลของ

อาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์ ประธาน

รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ พลตำรวจโท นายแพทย์ หม่อมราชวงศ์ถวัลย์จักร วรธรรม ข้าราชการ
 บำนาญ นายแพทย์พิเศษผู้เชี่ยวชาญคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม
 พร้อมทั้ง ขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ เป็นกลุ่มตัวอย่าง
 ตอบแบบสัมภาษณ์ ในระหว่างเดือนมีนาคม 2541 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความ
 ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกที่ท่านจะให้แก่กนิสิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644

ที่ ทม 1007/1088

วันที่ 6 มีนาคม 2541

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องจาก ร้อยตำรวจเอกหญิง นิภาวัลย์ สุวรรณสุรางค์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอก
 สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ
 กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ" อยู่ในความควบคุม
 ดูแลของ

อาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์ ประธาน

รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร กรรมการ

มีความประสงค์จะขอเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาส์น ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ
 แบบสอบถาม.

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วย และขอขอบคุณในความ
 ช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่นิสิตผู้นี้

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. พลตำรวจโท นายแพทย์ หม่อมราชวงศ์ ถวัลภากร วรวรรณ ชำราชการบำนาญ
นายแพทย์พิเศษ ผู้เชี่ยวชาญคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ
2. รองศาสตราจารย์ผาดิต บิลมาศ อาจารย์ประจำภาควิชาพลศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. รองศาสตราจารย์นภาพร มีธยมางกูร อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาลี ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา อาจารย์ประจำภาควิชาหลักสูตรและ
การสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร
5. อาจารย์บุปผา ปลื้มสำราญ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลตำรวจ

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ นามสกุล

ชื่อผู้สัมภาษณ์ นามสกุล

วันที่เก็บข้อมูล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจคำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความ

ลงในช่องว่าง ได้จากการสัมภาษณ์ในคำถามแต่ละข้อ

1. เพศ

☐ ชาย☐ หญิง

2. อายุ

☐ 60 - 64 ปี☐ 64 - 70 ปี☐ 71 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ

☐ ไม่ได้เข้าเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษา☐ อุดมศึกษา

4. สถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุ

☐ โสด☐ คู่ (อยู่ร่วมกัน)☐ คู่ (แยกกันอยู่)☐ หม้าย

5. สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

☐ อยู่คนเดียว☐ อยู่กับคู่ครอง บุตรหลาน☐ อยู่กับคนอื่น ๆ (โปรดระบุ

6. อาชีพของผู้สูงอายุ

☐ รับจ้าง☐ ค้าขาย☐ เกษตรกร☐ ข้าราชการบำนาญ

7. รายได้ของผู้สูงอายุ

- ☐ ไม่มีรายได้
 ☐ รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน
☐ รายได้ 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน
 ☐ สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

8. แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ

- ☐ อาชีพอิสระ (ค้าขาย รับจ้าง เกษตร)
 ☐ รัฐบาล (บำนาญ)
☐ ญาติ
 ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ทับตัวอักษรหน้าข้อความที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

- การออกกำลังกายในผู้สูงอายุให้ประโยชน์อย่างไร

ก. เพิ่มความต้านทานโรค
 ข. ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
 ค. ทำให้เป็นหนุ่มสาวอยู่เสมอ
 ง. ช่วยลดความอ้วน
- การที่ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายอย่างถูกต้องและกระทำอย่างสม่ำเสมอจะมีผลอย่างไร

ก. ช่วยตัวเองได้มากขึ้น
 ข. การเจ็บป่วยน้อยลง
 ค. มีความกระฉับกระเฉงว่องไวขึ้น
 ง. มีชีวิตที่เป็นสุขได้มากขึ้น
- ถ้าผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายจะมีผลเสียอย่างไร

ก. ร่างกายจะอ้วนขึ้น
 ข. ร่างกายจะผอมลง
 ค. ร่างกายต้องการจะนอนหลับมากขึ้น
 ง. ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ
- การออกกำลังกายอยู่เสมอจะช่วยให้ระบบขับถ่ายส่วนใดดีที่สุด

ก. การปัสสาวะ
 ข. การอุจจาระ
 ค. ระบบขับเหงื่อ
 ง. ทุกระบบของร่างกาย
- กิจกรรมในข้อใดที่ผู้สูงอายุไม่ควรปฏิบัติ

ก. การก้มศีรษะซ้ำ ๆ
 ข. การนั่งตัวตรงไขว่ห้าง
 ค. การนอนบนพนักที่อ่อนนุ่ม
 ง. การเขียนหนังสือหรือวาดรูป
- การออกกำลังกายในผู้สูงอายุข้อใดเน้นไม่ควรปฏิบัติ

ก. ก่อนรับประทานอาหาร
 ข. หลังจากนั้นใช้ใหม่ ๆ
 ค. เวลาฝนตกมาก
 ง. สถานที่อากาศเย็น

7. ข้อใดเป็นข้อห้ามในการบริหารร่างกาย
 - ก. บริหารร่างกายช้า ๆ
 - ข. บริหารร่างกายจนรู้สึกเจ็บปวด
 - ค. การเพิ่มท่าบริหารร่างกายทีละน้อย
 - ง. การหยุดพักเป็นช่วงสั้น ๆ
8. ข้อใดที่ผู้สูงอายุควรคำนึงถึงในการบริหารร่างกาย
 - ก. ต้องใช้เวลาฝึก
 - ข. ตามฤดูกาล
 - ค. แล้วแต่ความสะดวก
 - ง. ทำบ้างไม่ทำบ้าง
9. ควรหยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการอย่างไร
 - ก. รู้สึกหายใจไม่สะดวก
 - ข. ชีพจรสม่ำเสมอ
 - ค. หายใจไม่ออก
 - ง. มีเหงื่อออก
10. คนที่มีรูปร่างอ้วน กลมมน เนื้อนุ่ม ควรงดการเล่นกีฬาชนิดใด
 - ก. มวยปล้ำ
 - ข. ทุ่มน้ำหนัก
 - ค. วิ่งแข่ง
 - ง. ว่ายน้ำ
11. กีฬาชนิดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 - ก. วิ่งเร็ว
 - ข. ชีจิกรยานระยะไกล
 - ค. แข่งขันว่ายน้ำ
 - ง. การร่ำมวยจีน
12. กีฬาประเภทใดสามารถเผาผลาญอาหารให้เป็นพลังงานได้สูงสุด
 - ก. วิ่ง
 - ข. ชีจิกรยาน
 - ค. เทนนิส
 - ง. เดินเร็ว ๆ
13. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ดีที่สุดในชีวิต
 - ก. เดินเร็ว ๆ
 - ข. แอโรบิคแดนซ์
 - ค. ว่ายน้ำ
 - ง. วิ่งอยู่กับที่
14. ในวงการแพทย์ได้พิสูจน์แน่นอนแล้วว่า กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมอะไร
 - ก. การเข้าวัดทำสมาธิเป็นประจำ
 - ข. การพักผ่อนนอนหลับมาก ๆ
 - ค. การทำงานตามปกติ
 - ง. การออกกำลังกายเป็นประจำ
15. องค์ประกอบทำให้ร่างกายแข็งแรงหรือผิวดูสดใสได้แก่อะไร
 - ก. กล้ามเนื้อมีความอดทนและยืดหยุ่น
 - ข. ข้อต่อต่าง ๆ คล่องแคล่ว
 - ค. มีพลังแอโรบิก
 - ง. ทุกองค์ประกอบดังกล่าว

16. หลักสำคัญที่สุดในการบริหารกายเพื่อให้หัวใจแข็งแรงได้แก่อะไร
 ก. การขับถ่ายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ข. การหายใจเอาอากาศบริสุทธิ์
 ค. การขับเหงื่อออกจากร่างกาย ง. การเสริมสร้างสมรรถภาพกล้ามเนื้อ
17. วิธีฝึกสมาธิง่าย ๆ ที่คนไทยนิยมก่อนการบริหารร่างกายคืออะไร
 ก. เอาความนึกคิดไว้ตรงปลายจมูก ข. เมื่อลมหายใจผ่านเข้า - ออก ให้รู้ตลอด
 ค. กำหนดจิตหายใจเข้ายาวและหายใจออกยาว ง. ใช้ 3 วิธีดังกล่าวแล้ว
18. ผู้สูงอายุควรตรวจวันกิจกรรมการออกกำลังกายเวลาใด
 ก. ยามเช้า ข. ตอนเที่ยง
 ค. ตอนเย็น ง. ช่วงหัวค่ำ
19. องค์ประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุดในการออกกำลังกายมีข้ออะไร
 ก. ความแข็งแรงทนทานของระบบหัวใจและปอด ข. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
 ค. ความว่องไว ง. ความยืดหยุ่น
20. ข้อใดไม่ใช่หลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
 ก. ออกกำลังกายทุกวัน ข. ออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน
 ค. ออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่หักโหม ง. ออกกำลังกายให้ครบทุกส่วนของร่างกาย

เฉลย แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

- | | | |
|--------|--------|--------|
| 1. ก. | 2. ง. | 3. ง. |
| 4. ง. | 5. ค. | 6. ข. |
| 7. ข. | 8. ก. | 9. ค. |
| 10. ค. | 11. ง. | 12. ก. |
| 13. ค. | 14. ง. | 15. ง. |
| 16. ข. | 17. ง. | 18. ง. |
| 19. ก. | 20. จ. | |

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามจะมีข้อความพิจารณาว่าความรู้สึก ความคิดเห็นผู้ตอบมีความคิดเห็น
เกี่ยวกับการป้องกันข้อความนั้น (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) ทำเครื่องหมาย ✓
ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นข้อความละ 1 คำตอบ

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
1.	การออกกำลังกายในผู้สูงอายุมีคุณอนันต์และมีโทษมหันต์	
2.	ผู้สูงอายุทุกคนจำเป็นต้องออกกำลังกายเป็นประจำ	
3.	คนที่มีอายุมากไม่ควรออกกำลังกาย	
4.	ผู้ที่ออกกำลังกายอยู่เสมอจะแก่ช้าและอายุยืน	
5.	การออกกำลังกายอยู่เสมอช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น	
6.	ถ้าอยากมีแรงควรออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย	
7.	การออกกำลังกายทำให้กินมากขึ้น	
8.	การออกกำลังกายทุกชนิดสามารถป้องกันโรคได้	
9.	ถ้าผู้สูงอายุออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อโตขึ้น	
10.	การออกกำลังกายที่พอดีพอเหมาะทำให้ความคล่องตัวทางเพศดีขึ้น	
11.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้แรงดันเลือดลดลง	
12.	การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ปอดเสื่อมเร็ว	
13.	ปัจจุบันแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยทางจิตแนะนำให้คนไข้มี การออกกำลังกายมากขึ้น	
14.	ข้อเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งในผู้สูงอายุเวลาออกกำลังกาย	
15.	ผู้ที่ทำงานมาเหนื่อยแล้วไม่ควรออกกำลังกาย	
16.	การวิ่งมาราธอนช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้	
17.	ผู้ที่ออกกำลังกายด้านการวิ่งจะมีรูปร่างดีกว่าการว่ายน้ำ	
18.	การออกกำลังกายด้านการวิ่งสามารถเริ่มต้นได้ทุกวัย	
19.	ข้อดีของการเดินแอโรบิกทำให้ร่างกายทุกส่วนมีการเคลื่อนไหว	
20.	การทำงานหรือออกกำลังกายของผู้สูงอายุต้องระวังเรื่องความเร็ว	

ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ปฏิบัติหรือไม่เคยปฏิบัติ

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ปฏิบัติบาง ไม่เคย		
		ประจำ	ครั้ง	ปฏิบัติ
1.	ท่านสามารถเดินเร็ว ๆ ได้โดยไม่ต้องหยุดพักในเวลา 1 ชั่วโมง			
2.	ท่านสามารถวิ่งเหยาะ ๆ โดยไม่ต้องพักในเวลา 25-30 นาที			
3.	ท่านอบอุ่นร่างกาย (warm up) ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง			
4.	ท่านหายใจลึก ๆ ไว้เสมอขณะบริหารกาย			
5.	ท่านบริหารสายตาด้วยการกลอกตาไปทางซ้ายและทางขวา			
6.	ท่านบริหารกล้ามเนื้อของใบหน้าด้วยการเบิกตากว้าง ทำจมูก ย่นและยิ้ม			
7.	ท่านออกกำลังกายตอนเช้า			
8.	ท่านออกกำลังกายตอนบ่าย			
9.	ท่านออกกำลังกายตอนเย็น			
10.	ท่านออกกำลังกายตอนหัวค่ำ			
11.	ท่านออกกำลังกายก่อนอาหาร			
12.	ท่านปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย			
13.	ท่านออกกำลังกายโดยการรำมวยจีน			
14.	ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งเร็ว ๆ			
15.	ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว			
16.	ท่านออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำ			
17.	ท่านออกกำลังกายโดยการถีบจักรยาน			
18.	ท่านออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค			
19.	ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย			
20.	ท่านอบอุ่นร่างกายภายหลังออกกำลังกาย			

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ร้อยตำรวจเอกหญิง นิภาวัลย์ ชื่อสกุล สุวรรณรุ่งรงค์
 เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พุทธศักราช 2492
 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 366/42 เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ
 ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลตรี
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลตำรวจ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2523 พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จากโรงพยาบาลทหารอากาศ
 พ.ศ. 2528 กศ.บ. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
 พ.ศ. 2541 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลตำรวจ

บทคัดย่อ

ของ

ร้อยตำรวจเอกหญิง นิภาวัลย์ สุวรรณสุรังค์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2541

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ และแหล่งรายได้

กลุ่มตัวอย่างเบ็ดผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 196 คน เป็นชาย 60 คน หญิง 136 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการทดสอบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Test)

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีพฤติกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายด้านความรู้ และการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านเจตคติอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุชายและหญิงในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มี การปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างกันมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีความรู้สัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

HEALTH BEHAVIORS CONCERNING EXERCISE ACTIVITY OF THE ELDERLY
IN SOCIETY OF THE ELDERLY POLICE HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

POLICE CAPTAIN NIPAWAN SUWANSULUNG

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

May 1998

The purposes of this study were to investigate and compare the perception of knowledge attitude and practice for Health behaviors concerning exercise activity of the elderly in Society of the Elderly Police Hospital by using the following variables; sex, age, education level, marital status living situation, occupation, incomes and capital source.

The sample were 196 elders which consisted of 60 males and 136 females. The instrument for collection data were the questionnaire built by resercher consisting of exersise activity. The data were analysed by t-test, one-way analysis of variance and Newman-Keuls test.

The result revealed that :

1. Most of the elderly in Society of the Elderly Police Hospital had a medium level of knowledge and practice but their attitude were at the good level.

2. There were no significantly different in sex of knowledge and practice about exercise activity but there was significantly statistical different in sex of attitude at .01

3. There were no significantly different in age of knowledge and practice about exercise activity but there was significantly statistical different in age of attitude at .01

4. There were no significantly statictical different in educational of knowledge and practice about exercise activity but there was significantly statistical different in educational level at .01

5. There were no significantly statictical different in marital status of knowledge and practice about exercise activity but there was significantly statistical different in marital status at .01

6. There were no significantly statistical different in living situation of attitude and practice about exercise activity but there was significantly statistical different in living situation at .01

7. There were significantly statistical different in occupation of knowledge, attitude and practice about exercise activity at .01

8. There were significantly statistical different income of knowledge, attitude and practice about exercise activity at .05

9. There were significantly statistical different in capital source of knowledge, attitude and practice about exercise activity at .05

10. Knowledge, attitude and practice about exercise activity were significantly realated in positive moderste levels direction at .01