

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว
จังหวัดชัยภูมิ

ปริญญานิพนธ์

ของ

ว่าที่ร้อยตรีหญิง เพ็ญผกา กาญจนภาส

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2541

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์อัจฉรา สุขารมณ)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์อัจฉรา สุขารมณ)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์สมพล จุลโกลบ)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ ๐๖ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2541

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณะอาจารย์หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์อัจฉรา สุขารมณ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์สมพล จุลโกลบ และรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.กฤษยา ตันติผลาชีวะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที รองศาสตราจารย์มานี ชูไทย พันเอกหญิง มลิวัดย์ เชื้อรัตน์ และพันโทหญิงสมพิศ พรหมเดช

ขอขอบพระคุณ นายสามารถ ทองคำสมุทร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ นายศุภลักษณ์ อภัยฤทธิ์รงค์ สาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว นายทองคำ เทพรากา กำนันตำบลโสกปลาดุก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ โดยอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ ผู้วิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบพระคุณเพื่อน ๆ ทุกคนที่เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย จนสำเร็จลุล่วงลงได้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อมนตรี กาญจโนภาส คุณแม่สนธิ์ กาญจโนภาส และพี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนในตระกูลกาญจโนภาส ที่อุปการะช่วยเหลือทุกอย่าง ตลอดจน ครูอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอน ช่วยปลูกฝังความรู้ ความอดทน ความขยันหมั่นเพียรในการศึกษา และเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งแก่ผู้วิจัย ทำให้ประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ว่าที่ร้อยตรีหญิง เพ็ญผกา กาญจโนภาส

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	8
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	55
การวิจัยในต่างประเทศ	55
การวิจัยในประเทศไทย	56
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	63
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	64
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	64
ประชากร	64
กลุ่มตัวอย่าง	64
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	65
ลักษณะของเครื่องมือ	65
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	66
เกณฑ์การให้คะแนน	66
การหาคุณภาพเครื่องมือ	67
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	68
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	71

บทที่	หน้า
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	71
4 การวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	74
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	74
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
ผลการศึกษาค้นคว้า	74
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	83
บทย่อ	83
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	83
วิธีดำเนินการวิจัย	83
เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล	83
ลักษณะของเครื่องมือ	83
การวิเคราะห์ข้อมูล	84
สรุปผลการค้นคว้า	84
อภิปรายผล	85
ข้อเสนอแนะ	88
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	100
ก หนังสือขอความอนุเคราะห์	101
รายนามผู้เชี่ยวชาญ	105
รายชื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับโปรแกรมสุขภาพ	106
แผนการสอนโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	107
จ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	110

บทที่	หน้า
ค คุณภาพของเครื่องมือ (ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์)	130
ง ภาพพลิก	132
แผ่นพับ	171
ภาพกิจกรรม	177
ประวัติย่อผู้วิจัย	181

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 11 ลำดับ ปีงบประมาณ 2539 จังหวัดชัยภูมิ	4
2 แสดงขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง	69
3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลชีวสังคม	75
4 ผลวิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลัง การทดลอง	79
5 ผลวิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ยเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลัง การทดลอง	79
6 ผลวิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลัง การทดลอง	80
7 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้	80
8 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนค่าเฉลี่ยเจตคติ	81
9 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ	82
10 แสดงค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์	131

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงท่านอนที่เหมาะสม	28
2 แสดงความเครียดกับการปรับตัวของคน	34
3 แสดงขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย	38
4 แสดงขั้นพฤติกรรมเจตพิสัย	39
5 แสดงขั้นพฤติกรรมทางด้านทักษะพิสัย	40
6 แสดงความสัมพันธ์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ	41
7 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม	43
8 แสดงโปรแกรมสุขศึกษา	54
9 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	62
10 แสดงแผนการดำเนินการของโปรแกรมสุขศึกษา	70
11 แสดงการกล่าวรายงานพิธีการเปิดอบรมโปรแกรมสุขศึกษา	177
12 แสดงการให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุโดยหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ ..	177
13 ทำพิธีส่งขวัญบายศรีให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทดลอง	178
14 ถ่ายภาพร่วมกันของพิธีเปิดการอบรม	178
15 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองคู่มือวิถีทัศน์การออกกำลังกาย	179
16 ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง	179
17 แสดงภาพถ่ายผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม	180
18 แสดงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในหมู่บ้านควบคุม	180

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า แต่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรทุกเพศ ทุกวัย มิใช่มุ่งแต่เฉพาะวัยเด็ก และวัยรุ่นเท่านั้น ในด้านการพัฒนาผู้สูงอายุควรได้รับความสนใจและมีส่วนร่วมตามความเหมาะสมกับกำลังสติปัญญาและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตนและเป็นผลดีแก่สังคม โดยเฉพาะในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและความซับซ้อนมากขึ้น จากการพัฒนาประเทศและความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ ทำให้อัตราตายลดลง ตลอดจนการวางแผนครอบครัวได้ผลดีทำให้อัตราเกิดลดลง จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น (สุวิชา จันทร์สุริยกุล. 2536 : 1) จากการรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2538 มีประชากร 59.45 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 4.34 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.30 ของประชากรทั้งประเทศและยังคาดหมายอีก 10 ปีในอนาคตของประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 6 - 7 ล้านคน และผู้สูงอายุจะมีอายุขัยเฉลี่ย เพศชาย 66.60 ปี เพศหญิง 71.70 ปี การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุโลก หรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.90 ในปี พ.ศ. 2523 มาเป็นร้อยละ 9.70 ในปี พ.ศ. 2568 โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.40 ใน พ.ศ. 2523 มาเป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในเอเชียซึ่งมีอัตราเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ ตามความคาดหมายขององค์การสหประชาชาติ (รัตนา เพชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. 2538 : 171)

การเพิ่มสัดส่วนและทวีจำนวนของประชากรผู้สูงอายุในสังคมย่อมก่อให้เกิดปัญหา เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย หากเจ็บป่วยจะมีความรุนแรงและหายช้า ซึ่งทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ประกอบกับการพัฒนาประเทศจากการเกษตรไปสู่อุตสาหกรรม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในสังคม วัฒนธรรม ประเพณีภายในประเทศ วิถีชีวิตและอาชีพของประชากรเปลี่ยนไป

จากเดิม มีการเคลื่อนย้ายของประชากรไปทำงานต่างถิ่น ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ในหมู่บ้านเหล่า
นี้มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย และจิตใจ (สคโส ศรีสอาด.
2540 : 3) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการพึ่งพาจากบุตรหลาน ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า
สิ้นหวัง เกิดการเจ็บป่วยลงได้ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (จันทิมา
เย็นสุขใจ. 2537 : 2-3)

ปัญหาในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) ปัญหาสุขภาพ 2) ปัญหา
การปรับตัวของผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน และ 3) ปัญหาด้านจิตใจ และสุขภาพจิต (กษกร
สังขชาติ. 2536 : 65) จะเห็นได้ว่าเรื่องปัญหาสุขภาพนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดที่ผู้สูงอายุ
ส่วนใหญ่มักประสบ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากจะบ่งชี้สภาวะสุขภาพแล้ว
ยังประเมินการดูแลรักษาอันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนปฏิบัติงาน จากการสำรวจของ จารุวรรณ
เหมะธร และคนอื่น ๆ (2532 : 7) พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ มีอาการปวดข้อร้อยละ 69 ปัญหาเคี้ยวอาหารร้อยละ
59 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.60 และ 15.70 ตามลำดับ
จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ จันทร์เพ็ญ แสงเดือนฉาย (2532
: 26) พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คือ การมีโรคประจำตัวที่เป็นกันมาก คือ โรคระบบ
กล้ามเนื้อรวม โครงสร้างและกล้ามเนื้อยึดเสริม รองลงมา คือ โรคระบบย่อยอาหาร โรคระบบ
หายใจ โรคระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะรับสัมผัส และโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เมตาบอลิซึม
จากการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคนอื่น ๆ (2538 : ไม่มีเลขหน้า) พบว่าคนที่มียายุ
50 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเพศชายร้อยละ 11.90 เพศหญิงร้อยละ 19.20 อัตรา
ความชุกในเมืองสูงกว่าในชนบท โรคหัวใจร้อยละ 7.20 โรคเบาหวานร้อยละ 5.40 โรคต่อกระจก
ร้อยละ 5.30 โรคไขข้ออักเสบ หรือไขข้อเสื่อมพบอัตราร้อยละ 14.90 และมีอาการปวดเมื่อยหลัง
ร้อยละ 18.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539 :
146) พบว่าโรคที่พบบ่อยที่สุด คือปวดเอว หรือปวดหลังร้อยละ 68 รองลงมา คือ โรคไขข้ออักเสบ
ร้อยละ 40 โรคความดันโลหิตสูงและโรคกระเพาะร้อยละ 22 เท่ากัน โรคหัวใจร้อยละ 13 ต่อ
กระจกร้อยละ 11 ฯลฯ

สำหรับทางด้านจิตใจ จากการศึกษาของ สายชนัด เจริญขำ (2535 : 19) พบว่า
อาชีพ รายได้ งานอดิเรก และสมรรถภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่ดีร้อยละ 87.70

จากการศึกษาดังกล่าวจึงเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพกายและ
สุขภาพจิต การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจำนวนมากเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ และขาด
การดูแลสุขภาพตนเอง (จิรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. 2532 : 7) ถ้าผู้สูงอายุมี

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีด้วยแล้วย่อมเจ็บป่วยได้ ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีได้ คือ การรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นของผู้สูงอายุ อันจะก่อให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ และต้องมีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (ฉวีกร อ่วมบำรุง. 2534 : 3-4; สดใส ศรีสอาด. 2540 : 2)

ประยงค์ เต็มขวลา (2536 : 7) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าทางสังคม จึงควรเชิดชู ทะนุถนอม เพื่อขวัญกำลังใจ และเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของลูกหลานต่อไป สังคมไทยยกย่องให้เกียรติภูมิผู้สูงอายุ ดังคำขวัญวันอนามัยโลก พ.ศ. 2525 ที่กล่าวไว้ว่า “ให้ความรักพิทักษ์อนามัยผู้สูงวัยอายุยืน” รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2535 - 2554) ได้แถลงต่อสภานิติบัญญัติ เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2535 ในข้อ 8.3.5 ให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิด 12 ปี โดยให้ได้รับบัตรสงเคราะห์ในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง (โสกาพรหม วัฒนรัตน์. 2537 : 3) ดังนั้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีค่า สำหรับแผนส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งงานส่งเสริมผู้สูงอายุเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2540 : 177, 183)

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดหนึ่ง ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2529 จากร้อยละ 4.75 เป็นร้อยละ 7.90 ลักษณะที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการพัฒนาสาธารณสุขที่ก้าวหน้าไปมาก มีการตั้งชมรมผู้สูงอายุและเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ การให้บริการผ่านศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้ารับบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาวิเคราะห์โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของจังหวัดชัยภูมิ โดย อารมย์ สุขมาก, ตู๋หิน ไตรทิพย์ และพรประไพ ไตรทิพย์ (2540 : 28) โรคที่พบบ่อยใน ปี พ.ศ. 2539 11 โรค ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและอัตราป่วย (ต่อประชากรผู้สูงอายุพันคน) ด้วยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 11 ลำดับ ปีงบประมาณ 2539 จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)	อัตราป่วย
1.	อาการปวดเมื่อย	45,521	531.09
2.	โรกระบบทางเดินอาหาร	36,592	426.91
3.	โรคเบาหวาน	19,081	222.61
4.	โรคความดันโลหิตสูง	15,060	175.70
5.	อาการผิดปกติทางจิตใจ	10,291	120.06
6.	อาการท้องผูก	6,765	78.93
7.	โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	5,870	68.48
8.	โรคตาต่อกระจก	3,992	46.57
9.	โรคผิวหนังโรคปอด	2,894	34.81
10.	โรคหัวใจ	2,309	26.94
11.	โรคมะเร็ง	420	4.90

ที่มา : อารมณ์ สุขมาก, ตู๋หิน ไตรทิพย์ และพรประไพ ไตรทิพย์. 2540 : 28

โรคที่พบบ่อยอันดับหนึ่งคือ ปวดเมื่อย รองลงมาคือ โรกระบบทางเดินอาหาร โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาการผิดปกติทางจิตใจ อาการท้องผูก โรกระบบทางเดินปัสสาวะ โรคต่อกระจก โรคผิวหนังโรคปอด โรคหัวใจ และพบน้อยที่สุดคือ โรคมะเร็ง

ในปีงบประมาณ 2539 พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอหนองบัวระเหว ส่วนใหญ่เป็นโรคปวดเมื่อยร้อยละ 59.57 โรกระบบทางเดินอาหารร้อยละ 31.53 โรคเบาหวานร้อยละ 11.65 โรคความดันโลหิตร้อยละ 11.92 อาการผิดปกติทางจิตใจร้อยละ 20.15 อาการท้องผูกร้อยละ 4.50 โรกระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 4.11 โรคตาต่อกระจกร้อยละ 0.81 โรคผิวหนังโรคปอด ร้อยละ 5.63 โรคหัวใจร้อยละ 1.78 โรคมะเร็งร้อยละ 0.15 (อารมณ์ สุขมาก, ตู๋หิน ไตรทิพย์ และพรประไพ ไตรทิพย์. 2540 : 30 - 40) สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และพฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่เหมาะสม เพื่อสอดคล้องกับการพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ซึ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี บรรลุเป้าหมายและมีสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543

ผู้วิจัยในฐานะเป็นนักวิชาการสาธารณสุข อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ได้ตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปและมีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงควรช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ สามารถดูแลตนเองให้แข็งแรงมีความสุข และปราศจากโรค ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ และจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ได้โปรแกรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้ในการให้สุขภาพแก่ผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง
2. ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ในเรื่องพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และการวิจัยที่จะมีโอกาสดต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม มีสมรรถภาพการมองเห็น การรับฟัง และการได้ยินปกติ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอ

หนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,826 คน เป็นเพศชาย 909 คน เป็นเพศหญิง 917 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอ หนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หมู่บ้านละ 30 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต โดยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วิดีทัศน์ การสาธิต แจกเอกสาร แผ่นพับ

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอ หนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

4. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

4.1 ความรู้ หมายถึง ความสามารถจดจำหรือเข้าใจในเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต

4.2 เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต

4.3 การปฏิบัติ หมายถึง การกระทำหรือตั้งใจกระทำพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพ
 - 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้
 - 4.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
5. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ วัยสูงอายุ หรือ วัยชรา มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังต่อไปนี้ คือ ประสพ รัตนกร (2509 : 91) ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ
3. ผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. ผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ
5. เป็นผู้ที่มีกำลังถดถอยลง

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว (2524 : 60) ได้ให้ข้อสังเกตว่าการที่จะจัดบุคคลใดให้อยู่ในวัยชรา

หรือผู้สูงอายุ ควรจะพิจารณาจาก

1. อายุ
2. สุขภาพกาย
3. สุขภาพจิต
4. ความสามารถในการทำงานและหน้าที่ทางเศรษฐกิจ
5. การติดต่อสังสรรค์กับคนอื่น

ฝน แสงสิงแก้ว (2526 : 66) ได้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา และกำหนดเกณฑ์ปลดเกษียณจากราชการ คือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นการเริ่มต้นของวัยชรา

สุรกุล เจนอบรม (2534 : 2) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ (Aging) หมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุนมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับ ความเสื่อมถอยทั้งร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ

ในการกำหนดพิจารณาอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น ได้มีการศึกษากันมาก ซึ่งโดยทั่วไปแล้วอาจใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านการแพทย์พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีแล้วยังแข็งแรง และมีความสามารถในการทำงานได้ดี องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเกณฑ์ อายุ ตามสภาพการของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ดังที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกาย และจิตใจ ซึ่งอาจใช้การเกษียณอายุจากการทำงาน หรือตามปีปฏิทิน คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เหมาะสมควรได้รับความช่วยเหลือ และบางคนอาจจะที่มีปัญหาทางด้านการปรับตัวกับสภาพสิ่งแวดล้อมของสังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรภาพของผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต สรุปได้ 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มีดังนี้คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา (Physical and Physiological Changes) มีการเปลี่ยนแปลงตามระบบดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System)

ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงและเจริญช้า ผิวหนังเหี่ยวและมี

รอยขุ่นมัว มองเห็นปุ่มกระดูกได้ชัดเจน การไหลเวียนของโลหิตลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเป็นแผลกดทับได้ง่าย

ต่อมเหงื่อมีจำนวนลดลง การทำงานต่อมผิวหนังลดลงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย

ผมและขนมีจำนวนลดลง เมลามินที่ผลิตการสร้างสีลดลง ทำให้ผิว และขนทั่วไป มีสีข้างลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว ผมแห้งและร่วงง่าย การไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง

1.2 ระบบประสาท และประสาทสัมผัส (Nervous System and Special Sense)

เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และประสาทอัตโนมัติลดลง เป็นเหตุให้ความไวต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเรื่องช้า อวัยวะเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน ดังนั้นผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการขับรถและงานที่ใช้ความไวเพราะจะทำให้เกิดอุบัติเหตุอันตรายได้ง่าย

ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องเก่าๆ ในอดีตได้ดี การไหลเวียนของเลือด หลอดเลือดของสมองเสื่อมหน้าที่ เนื่องจากภาวะการแข็งตัวมากขึ้นตามอายุ ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือด ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมและเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้

ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึกเพราะไขมันลูกตาลีกลง สายตาดำกพร่องเปลี่ยนเป็นสายตาวัวขึ้น ความสามารถในการอ่านและการเทียบสีลดลง ทำให้การแยกสีคล้ายคลึงได้ยาก

การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น สาเหตุจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นใน ร่วมกับประสาทหูที่ 8 (Auditory Nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ หลอดเลือดไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

การดมกลิ่นไม่ดี มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้กลิ่นอาหาร ก่อให้เกิดอันตราย เช่น แก๊สรั่ว หรือกลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร (Mummah and Smith, 1981 : 28)

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง (Palmore, 1977 : 316) ระยะเวลาของการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้ลักษณะการเคลื่อนไหวในลักษณะต่างช้าลง

หลังอายุ 40 ปี การเสื่อมของกระดูกมีมาก อัตราสร้างกระดูกของทั้งเพศชายและเพศหญิงลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายตัวออกจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้ทำหน้าที่ลดลงหรือผิดปกติ กระดูกผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย

กระดูกบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อม น้ำไขข้อลดลงเกิดการเสื่อมของข้อ ข้อแข็ง เคลื่อนไหวไม่สะดวก ข้ออักเสบติดเชื้อได้ง่าย มีอาการปวดตามข้อ

1.4 ระบบการไหลเวียนของเลือด (Cardiovascular System)

ลักษณะโครงสร้างของหัวใจในผู้สูงอายุไม่เปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การหดตัวลดลง ระยะเวลาของการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง

หลอดเลือดเกิดการเสื่อม ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลงทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง พบมากบริเวณสมอง หัวใจ และไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง เกิดการเสื่อมและตายในที่สุด ภาวะความดันโลหิตในผู้สูงอายุจะลดต่ำ การเปลี่ยนท่าทางต่าง ๆ ในผู้สูงอายุจึงควรทำช้า ๆ

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)

ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลงการหดตัวของกล้ามเนื้อช่วยหายใจขณะหายใจเข้า และหายใจออกลดลง มีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกชายโครงมาก ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวน้อยลง

สำหรับระบบทางเดินหายใจ การทำงานของขนเส้นเล็ก (Cilia) มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง การทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้หายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี จะเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System)

ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง แดงง่ายมีสีคล้ำขึ้น ฟันผุง่าย ค่อมน้ำลายเสื่อม น้ำลายลดลงทำให้การย่อยแป้งน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้งทำให้เกิดการติดเชื้อในปากมากขึ้น การรับรสลิ้นเสียไปทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น

การเคลื่อนไหว และการทำงานของกระเพาะอาหารลดลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การดูดซึมแร่ธาตุ แคลเซียม และธาตุเหล็กลดลง ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน และโลหิตจางได้ง่าย

การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ลดลงประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงทำให้การย่อยไม่ดี ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้การกระหายน้ำน้อยลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุท้องผูก

ขนาดของตับอ่อนลดลง แต่มีไขมันสะสมมากขึ้น การผลิตเอนไซม์เปลี่ยนแปลง โดยส่วนใหญ่จะมีการลดลงทั้งปริมาณและความเข้มข้นระดับเอนไซม์อะมัยเลสยังมีปริมาณเพียงเพียงพอสำหรับการย่อยอาหารคาร์โบไฮเดรต ระดับเปปซินลดลง แต่ระดับไลเปส และ

ใบคาร์บอนเนตขังคงที่ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดแผลในกระเพาะอาหารลดลง

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary System)

การไหลเวียนเลือดในไต และกล้ามเนื้อกระเพาะอ้อนกำลังลง ทำให้การปัสสาวะแต่ละครั้ง มีปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นทำให้ปัสสาวะลำบาก และปัสสาวะบ่อย (Eliopoulos. 1978 : 49)

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System)

การทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลง เนื่องจากกลไกการกระตุ้นต่อมธัยรอยด์จาก TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ถ้ามืด ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลียและเบื่ออาหาร ต่อมาพาราธัยรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ

ระดับอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลทำให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose Tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

ต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง คือ FSH (Follicle Stimulating Hormone) และ LH (Luteinizing Hormone) รังไข่หยุดทำงานไม่หลั่งเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน การหลั่งฮอร์โมนเพศชายลดลงทีละน้อย

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้สูงอายุ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางสังคมและการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย (สุรกุล เชนอบรม. 2534 : 20)

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อน ญาติสนิท หรือคู่ชีวิตที่ตายจากไป ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

2.2 การสูญเสียสมรรถภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเกษียณอายุออกจากการทำงานความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ขาดเพื่อน รายได้ลดลง ทำให้วิตกกังวล และคิดว่าตนเองไร้ค่า

2.3 การสูญเสียความสัมพันธ์ทางครอบครัว บุตร ธิดามักแยกครอบครัวไปแล้ว ทำให้รู้สึกเหงา บทบาทในการอบรมสั่งสอนจึงน้อยลง และรู้สึกตนเองมีค่าน้อยลง

2.4 ผู้สูงอายุบางคนมีความต้องการทางเพศอยู่ การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศสาเหตุจากการเสื่อมทางกาย เหตุผลทางสังคม และวัฒนธรรม เจตคติทางสังคมเห็นว่าเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศและผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจผู้สูงอายุ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Culture Change) การ

เปลี่ยนแปลงทางสังคมไทยมีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้น บ่อเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 21)

3.1 การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน บทบาทในครอบครัวเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว และเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลายเป็นที่พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี

3.2 การถูกทอดทิ้ง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทางด้านเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมักจะถูกทอดทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง เกิดความว้าเหว่

3.3 การเสื่อมความเคารพ การเปลี่ยนทางสังคมไปตามอย่างสังคมตะวันตก ทำให้ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวที่อยู่ตามหนุ่มสาว การเคารพผู้สูงอายุลดลง และเกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทั้งสามด้านดังกล่าวมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจอย่างมาก เช่น เกิดความรู้สึกว่าเหว่ ความหวาดระแวงท้อแท้ในชีวิต ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พบว่าความจำไม่ดี การได้ยินไม่ชัดเจน ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลมากขึ้น จนทำให้บางคนที่ปรับตัวไม่ได้เกิดอาการทางสุขภาพจิตในระยะนี้ได้

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการสัมมนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ณ ประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ.2525 ได้สรุปปัญหาผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งต่างเกี่ยวข้องกันสุขภาพดังต่อไปนี้ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539 : 18-19; อ้างอิงมาจาก เกษม ดันติผลาชีวะ. 2526)

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย เป็นปัญหาสืบเนื่องมาจากความเป็นผู้มีอายุเป็นสำคัญเป็นผลทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดแข็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบ ภาวะขาดสารอาหารด้วย

2. ปัญหาด้านจิตใจ เป็นปัญหาที่ทำให้มีสภาวะความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมาก ได้แก่ การแสดงออกถึงความรู้สึกว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รู้สึกไม่มีค่า หรือถูกรังเกียจ ครอบครัวทอดทิ้งตลอดจนปัญหาความสัมพันธ์ตึงเครียดระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว และอาจมีผลไปถึงความเครียด ไม่พอใจและเพิกเฉยต่อกิจกรรมสังคม

3. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ปัญหาที่พบจะเกี่ยวข้องกับการขาดรายได้ เนื่องจาก เกษียณอายุ ไม่มีใครจ้างทำงาน ขาดที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแลเนื่องจากแยกครอบครัว หรือ ถูกทอดทิ้ง

จากปัญหาดังกล่าวพบว่า ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ นิศา ชูโต (2525 : 37) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นผู้มีสุขภาพดีร้อยละ 32.70 ส่วนร้อยละ 50.40 เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพไม่ดี และร้อยละ 16 ต้องได้รับการรักษาอย่างจริงจัง และจากการศึกษาของ สายชนต์ เจริญขำ (2535 : 67 - 70) พบว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าร้อยละ 67.40 มีความวิตกกังวลร้อยละ 89 มีปัญหาสุขภาพไม่ดีร้อยละ 87.70 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีสาเหตุทั่วไปเหมือนกัน ดังนี้ คือ

1. การศึกษา การศึกษาทำให้คนพัฒนาทุกด้าน สามารถที่จะเรียนรู้ทำให้ตนเองดีขึ้น ในแง่สุขภาพดีรู้จักที่จะรักษาและดูแลตนเองให้ดี ไม่เจ็บป่วยและไม่เป็นโรค แต่ผู้มีการศึกษาน้อยมักจะไม่เข้าใจถึงการที่จะดูแลสุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้อง

2. เศรษฐกิจ ภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อสุขภาพโดยตรงทั้งที่ผู้ที่มีฐานะดีและยากจน คนที่มีฐานะดีแต่ขาดความรู้ ความเข้าใจ เอาใจใส่ต่อตนเองไม่ถูกต้อง จะเป็นลักษณะเกินพอดี ส่วนคนยากจนก็ขาดความพอดี มีความขัดสนที่จะใช้เงินเพื่อรักษาสุขภาพตนเองให้ดี ทำให้เกิดโรคได้ง่าย

3. ความรับผิดชอบ บ่อยครั้งพบว่าผู้มีความรู้ดี ฐานะดีป่วยด้วยโรคที่ขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน เช่น โรคอ้วน ไ้มนโลหิตสูง หรือเบาหวาน ทั้งนี้เพราะเขาเหล่านั้นเพิกเฉยต่อสุขภาพของตนเอง ขาดความระมัดระวัง และใช้ชีวิตตนเองไม่ถูกต้อง กินไม่เป็น อยู่ไม่เป็น ขาดความพอดี ขาดความระมัดระวังอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สารพิษ อุบัติเหตุ และที่สำคัญเมื่อยังไม่เจ็บป่วย ขาดความสนใจสุขภาพและบำรุงรักษาส่งเสริมสุขภาพ ขาดความรับผิดชอบดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้

4. สิ่งแวดล้อม ปัญหาคนเมืองส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ และภาวะแวดล้อมเครียด สิ่งแวดล้อมเป็นพิษต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืนมักจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ สะอาด และอากาศดี

5. กรรมพันธุ์ เป็นปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ ถ้าได้รับคำแนะนำปรึกษาโดยเฉพาะ (Genetic - Counseling) ตั้งแต่ก่อนแต่งงานหรือมีบุตร โอกาสการเป็นโรคก็ลดน้อยลง โรคทางกรรมพันธุ์เป็นการถ่ายทอดโรคทางโครโมโซมของร่างกายมนุษย์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ และโรคจิตบางอย่าง ในครอบครัวที่มีปัญหาโรคทางกรรมพันธุ์จะต้องให้ความสนใจต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น

6. สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ พื้นฐานทางอารมณ์และจิตใจมีผลต่อสุขภาพอย่างมาก คนที่มีปัญหาทางอารมณ์ การไม่รู้จักรักษาป้องกันรักษาพื้นฐานจิตใจตั้งแต่วัยเด็ก อาจนำไปสู่โรคจิต เช่น โรคประสาท นุคลิกภาพแปรปรวน

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีอยู่ด้วยกันหลายทฤษฎี ซึ่งพอจะรวบรวมและสรุปได้ดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. 2536 : 44 - 61)

1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theories)

1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theories)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้หญิงจะมีอายุยืนกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี เนื่องจากเพศหญิงมีโครมาโซม X มากกว่าเพศชาย และยังพบอีกว่าถ้าครอบครัวใดมีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวจะมีอายุยืนยาวได้เช่นกัน แต่สิ่งแวดล้อมจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular Genetic Theories)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ยีนเป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม ส่วนประกอบของยีนคือ DNA (Deoxyribonucleic Acid) ถ้าโมเลกุลของ DNA ถูกทำลาย ยีนก็จะมีความผิดปกติเอ็นไซม์ที่สร้างโดยการควบคุมของยีนที่ผิดปกติอาจจะมีน้อยหรือไม่ทำหน้าที่เลย การทำหน้าที่ของเซลล์ก็จะเสียไป และในที่สุดเซลล์ก็จะมีความผิดปกติเกิดขึ้นและตายได้

1.3 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theories)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า รังสีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง DNA และเป็นตัวเร่งให้เกิดความแก่เร็วขึ้น เซลล์ที่ได้รับรังสีจะมีการทำลาย DNA ซึ่งภายในเซลล์จะมีกลไกในการซ่อมแซมด้วย แต่ช้ากว่าการทำลาย ทำให้เซลล์ตายในที่สุด

1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory of Elderly)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าพันธุกรรม DNA มีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดและมีลักษณะคุณสมบัติผิดไปจากเดิม ไม่สามารถทำหน้าที่ดังเดิมได้ เป็นเหตุให้เซลล์มีเซลล์มีอายุและตายในที่สุด

1.5 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเซลล์เก่าเสื่อมโทรมหรือตายไปแล้วจะมีการสร้างเซลล์ขึ้นใหม่เพื่อทดแทนเซลล์เก่าตลอดเวลา เช่น เนื้อเยื่อบางชนิด ผิวหนัง ฯลฯ เพื่อจะช่วยให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ส่วนเซลล์บางชนิดไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อ ในที่สุดจะเสื่อมโทรมลงและตายเมื่อมีอายุมากขึ้น

1.6 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สาเหตุที่ทำให้เซลล์มีอายุและตายได้ เนื่องจากการสร้างอนุมูล ซึ่งมีฤทธิ์ทำลาย และเกิดการผ่าเหล่าของโครโมโซม ทำลายกลไกทางพันธุกรรม ทำให้การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเซลล์ผิดปกติไปด้วย อนุมูลอิสระเกิดจากสารต่างๆ ทั่วไป และสิ่งแวดล้อม ร่างกายของตนเองถูกกรูกร้างโดยอนุมูลอิสระทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ฉะนั้น การลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระ จะทำได้โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ดี ลดภาวะของอากาศ เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเหมาะสมกับวัยสูงอายุ

2. ทฤษฎีเชิงจิตสังคม (Psychosocial Theories)

2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ หนี หรือถดถอยออกไปจากคนอื่นในสังคมทีละน้อย ซึ่งแต่ละคนจะมีความสุขและความพอใจที่ได้รับอิสระจากกฎต่างๆ ของสังคม แต่ถ้าสิ่งแวดล้อมดี และสังคมดีก็จะยอมรับ

2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการดำเนินชีวิตเหมือนคนที่อยู่ในวัยกลางคน ดังนั้นการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ควรจัดให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับคนในวัยกลางคน ส่งเสริมให้มีเพื่อนใหม่ มีกิจกรรมที่จะทำให้สภาวะร่างกาย จิตใจ และสังคมดีมากขึ้น

2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า รูปแบบการตัดสินใจเน้นที่บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล กิจกรรมและความพอใจในชีวิตของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนชอบเข้าร่วมกิจกรรม บางคนชอบแยกตัวออกจากสังคมเมื่อมีอายุมากขึ้น

2.4 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory)

ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจผู้สูงอายุยิ่งขึ้นว่าการพัฒนาจะได้ควรเป็นไปตามขั้นตอน และต่อเนื่องกันของวัยต่าง ๆ ในระยะที่ 7 และ 8 เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล ถ้าผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จจะรู้สึกภูมิใจในตนเอง แต่ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จจะรู้สึกเรื่องหยอเยื้อหน่าย ขาดความกระตือรือร้น ท้อแท้หมดหวัง ทฤษฎีนี้จะช่วยให้เข้าใจผู้สูงอายุยิ่งขึ้น

2.5 ทฤษฎีของพีค (Peak's Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความรู้สึกของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับงานที่ทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจ และเห็นว่าตนเองมีคุณค่า แต่บางคนเมื่อเกษียณอายุแล้วความรู้สึกนี้ลดลง ฉะนั้นต้องกระตุ้นผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจต่อไป และให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ให้รู้จักปรับความรู้สึกเรื่องความตายและความหวาดกลัว

จากการศึกษาทฤษฎีผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ดังนี้

1. จากแนวคิดทฤษฎีชีวภาพ ผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาเพื่ออธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมลง เซลล์และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพันธุกรรมของยีน และ DNA เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวยอมรับความเป็นจริงและพัฒนาร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของแต่ละคนให้เหมาะสมกับตนเองในเรื่องสภาพความเป็นอยู่ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเหมาะสมกับวัย
2. จากแนวคิดทฤษฎีจิตสังคม ผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาเพื่อจัดกิจกรรมกลุ่ม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ไม่ถอยหนีจากสังคม มีความสุขในการดำรงชีวิต และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุและการป้องกันโรค เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งมีผู้กล่าวไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

เฮกฮูเมอร์ (ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Heckhumer. 1989 : 12 - 18) แนะนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่
2. จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น และไม่ดื่มขณะขับรถ
3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัด หรือเย็นจัด ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
4. มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี เช่น รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง
5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ครั้งละ 20 - 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
6. พักผ่อนเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ
7. หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ โยคะ เทคนิคไบโอฟีดแบค (Biofeedback) และออกกำลังกาย เป็นต้น
8. มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อตนเอง และมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง

9. หลักเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย หรือซื้อยากินเอง

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 22 - 23) ได้กล่าวถึงหลัก 4 ประการ เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลักเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพการกิน ประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุ และส่วนสูงของผู้สูงอายุ

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ จะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจ สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม และท่านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแต่ละคนไปว่า 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุต้องงีบหลับกลางวันบ้าง จะช่วยกระปรี้กระเปร่าและร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น ได้แก่ การรู้จักรักษาสุขภาพที่ดีแล้ว ยังหมายถึงการรู้จักออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลักเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักลดความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม มีการใช้เหตุผล ความเข้าใจ การยอมรับทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับสังคมมากเกินไป ถ้าไม่เป็นตามที่คาดหวังแล้วจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขเลย

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532 : 6 - 8) เสนอหลัก 4 ประการ เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้อายุยืน ได้แก่

1. เพิ่มปัจจัยทางร่างกาย ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร และโภชนาการ
2. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยแนะนำให้ลดความเครียด และให้เพิ่มความจำ พยายามทำจิตใจให้สบาย
3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยแนะนำปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกาย สภาพแวดล้อมทางสังคม รวมทั้งการป้องกันอาชญากรรมและการป้องกันตนเอง
4. ปัจจัยเกี่ยวกับการเพิ่มพลังงานให้ตนเอง โดยแนะนำในเรื่องการเจริญเติบโต การเรียนรู้ อารมณ์และแรงจูงใจ การเพิ่มพลังให้แก่ร่างกายและความตั้งใจเพื่อมีชีวิตอยู่

นอกจากนี้ยังกล่าวโดยย่อว่ามีปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้ชีวิตยืนยาวและมีสมรรถภาพด้านหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ประการแรก คือ การใช้กลวิธีที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางด้านหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ ประการที่สอง คือ พยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมาทำอันตรายต่อ

สุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยความยืนยาวของอายุและความสามารถผู้สูงอายุมีดังนี้

1. การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดินหรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2. อาหาร โดยรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ รวมทั้งผลไม้และผักสด ข้าวที่อยู่ในสภาพธรรมชาติและเส้นใยต่าง ๆ พร้อมทั้งโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว
3. การนอน ควรมีการนอนอย่างเพียงพอ ค่อนข้าง 7-8 ชั่วโมง
4. มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต รื่นเริง สนุกสนาน หัวเราะบ่อย
5. ไม่อยู่เฉย ๆ ทำงานให้เป็นประโยชน์
6. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งในครอบครัว เพื่อนและองค์กรต่าง ๆ
7. มีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นตามความต้องการ
8. มีการเรียนรู้ และหาประสบการณ์กับสิ่งใหม่ ๆ
9. ได้รับการดูแลสม่ำเสมอจากแพทย์
10. มีความภูมิใจในตนเอง ภูมิใจในความสำเร็จ เอาใจใส่ชีวิต มีอารมณ์ดีไม่ฉุนเฉียว มีความเชื่อและเชื่อมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ เช่น ศาสนา

เจก ชนะสิริ (2530 : 135 - 141) ได้เสนอแนวพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อชะลอความชรา และปราศจากโรคโดยยึดหลัก 9 อ. ดังนี้

1. อนาคต ได้เสนอแนะให้มีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเกษียณอายุว่าจะทำอะไรดี จัดการกับตัวเรา ปัญหาของเรา
2. อนามัย ได้เสนอแนะให้หมั่นไปตรวจร่างกายเป็นประจำ ถ้าจะให้ดีควรตรวจปีละ 2 ครั้ง หรือปีละ 1 ครั้ง หากรู้ว่าป่วยเป็นโรคอะไร รักษาแต่เริ่มแรกพบจะได้ปลอดภัย
3. อารมณ์ ได้เสนอแนะ คือทำตัวให้อยู่เหนือความทุกข์ อย่าให้ทุกข์จับถึงได้ แม้ทุกข์ก็ใช้สติพิจารณาให้รอบคอบแก้ปัญหาไปด้วยความมีสติ
4. ออกกำลังกาย ได้แนะนำให้ยึดหลักสายกลาง ออกกำลังกายไม่มากไม่น้อยเกินไป และอุ่นเครื่องก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง
5. อาหาร ได้แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ครบทุกหมู่ อาหารระหว่างมื้อไม่จำเป็นแก่ร่างกาย มักจะเกินความต้องการของร่างกายด้วยซ้ำไป
6. อากาศ ผู้สูงอายุควรได้รับอากาศบริสุทธิ์ ถ่ายเทได้สะดวก
7. อาทิตย์ ได้แนะนำให้ผิวหนังส่วนต่างๆ ให้อาบแสงแดดมากที่สุด ในตอนเช้า สาย และบ่าย ๆ เพราะแสงอาทิตย์ที่ถูกต้องกับผิวหนังของคนสามารถผลิตวิตามินดีให้ร่างกายทำให้กระดูกแข็ง

8. อคิเรก ได้แนะนำผู้สูงอายุควรนึกเอาไว้ล่วงหน้าสำหรับตัวเอง เมื่อปลดเกษียณว่างจากการประจำกระทรวงงานอคิเรกทำ มิฉะนั้นจะรู้สึกว่างไม่มีอะไรทำ ทำให้รู้สึกเบื่อชีวิต

9. อบอุ้น ได้แนะนำผู้สูงอายุต้องทำตัวให้เป็นที่เคารพรัก และนับถือของลูกหลาน ไม่รู้จักขี้น คบสร้าง ความอบอุ่นในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน

สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข (2538 : 2 - 16) ได้แนะนำข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 ข้อ คือ

1. อาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่ข่อยง่าย รับประทานอาหารอย่างระมัดระวัง หลีกเลี่ยงอาหารไขมัน โดยเฉพาะไขมันสัตว์ ควรรับประทานอาหารเนื้อ นม ไข่ ผัก ปลา

2. ที่อยู่อาศัย ควรจัดบ้านให้เป็นระเบียบ ไม้วางของเกะกะ ห้องนอนมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก บันไดและพื้นอย่าให้ลื่นมาก

3. ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที ออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยการเดินหรือการวิ่งช้า ๆ ไม้หักโหม ไม้รุนแรง ไม้แข่งขัน

4. อารมณ์ และสุขภาพจิต ผู้สูงอายุควรอยู่ท่ามกลางบุตรหลาน เข้าวัดฟังธรรม ทำงานทำเวลาว่างช่วยให้เพลิน

5. อุบัติเหตุ ผู้สูงอายุมักประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากสายตาเสื่อม เสี่ยงการทรงตัว ควรป้องกันอุบัติเหตุ โดยการจัดบ้านเรือนให้เป็นระเบียบ ไม้วางของเกะกะ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อ ดูแลสุขภาพเป็นประจำ

วัยสูงอายุเป็นวัยของการเปลี่ยนแปลงหลายด้านที่เกิดขึ้นพร้อมกันคือ ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะร่างกาย เป็นผลทำให้ไวต่อการเป็นโรค จึงต้องมีการเตรียมตนเองและแก้ไขปัญหาดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้แนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อรวมแล้วส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันและใกล้เคียงกัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุและสุขภาพจิต การมีสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีเพียงบางด้านที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การพักผ่อนนอนหลับ 4) อุบัติเหตุ 5) สุขภาพจิต รายละเอียดแต่ละด้านจากการทบทวนวรรณกรรมมีดังต่อไปนี้

แนวทางเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีดังนี้ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. 2528 : 38 - 40)

1. โภชนาการ

อาหารเป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหาร

ที่มีประโยชน์ จะส่งผลต่อสุขภาพให้แข็งแรง การรับประทานอาหารผู้สูงอายุควรคำนึงถึงหลักโภชนาการให้มาก เพื่อร่างกายได้รับสารอาหารและนำไปใช้ประโยชน์แก่ร่างกายได้อย่างแท้จริงคือ

1.1 โปรตีน สารอาหารโปรตีนจำเป็นในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ร่างกายต้องการโปรตีนที่มีคุณภาพแต่ปริมาณจะลดลง อาหารโปรตีนที่พอเหมาะ คือ โปรตีนที่อุดมด้วยกรดอะมิโนครบองค์ประกอบ ได้แก่ เนื้อ ปลา นม ไข่ ตับ จำนวนโปรตีน ควรได้รับประมาณ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวันหรืออย่างน้อย 45 กรัมต่อวัน

ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนที่ง่ายขึ้น เช่น ปลา เพราะผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องฟันเคี้ยวอาหารไม่สะดวก และอวัยวะย่อยอาหารหย่อนสมรรถภาพในการทำงาน (กรมอนามัย. 2538 : 13)

นม เป็นอาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุควรสนใจ เพราะให้คุณค่าทางอาหารได้มาก นมให้แคลเซียมได้มาก เมื่ออายุมากขึ้นความสมดุลของแคลเซียมจะเสียได้ง่าย ซึ่งเป็นอันตรายต่อโครงสร้างกระดูก ทำให้กระดูกเปราะ ดังนั้นควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว (240 ซีซี) ทุกวันในกรณีผู้สูงอายุบางคนแพ้ส่วนผสมของนม อาจดื่มนมเปรี้ยวแทน

ไข่ ผู้สูงอายุควรรับประทานสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง แต่มีข้อพึงระวังอยู่ว่า ไข่แดงจะเป็นตัวเพิ่มไขมันในเลือด ซึ่งถ้ามีมากจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ

1.2 คาร์โบไฮเดรต การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต แม้อายุจะมากขึ้นก็ตาม ถ้าหากร่างกายได้รับสารอาหารคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ จะทำให้ร่างกายเกิดภาวะอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะได้ การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีจุดประสงค์ เพื่อป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อโปรตีน รักษาระดับความสมดุลของระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตสำหรับประสาทส่วนกลาง เพิ่มแคลอรีให้แก่ร่างกายและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตควรอยู่ในรูป ข้าว แป้ง เผือก มัน เพราะนอกจากจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้วยังได้รับวิตามิน และแร่ธาตุอีกด้วย (กรมอนามัย. 2538 : 13)

ข้าวเป็นสารอาหารที่คนไทยรับประทานเป็นประจำ เป็นแหล่งให้พลังงานแก่ร่างกายที่สำคัญ ปริมาณการรับประทานที่พอเหมาะก็คือ ข้าวมีโอละ 1 ถ้วย แต่ถ้าเป็นขนมปังมีโอละ 1 - 2 แผ่น ก็เป็นปริมาณเพียงพอ อาหารพวกแป้งน้ำตาลเป็นอาหารที่ควรระวังในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับไขมัน เพราะวัยสูงอายุความสามารถในการเผาผลาญลดลง การรับประทานอาหารจำนวนมากเป็นสาเหตุทำให้เกิดน้ำตาลและโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

1.3 ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย และยังช่วยดูดซึมวิตามินเอ ดี และเค ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี คนสูงอายุมีความต้องการแคลอรีจากอาหารโดยรับ

ประทานประมาณวันละ 2,100 แคลอรี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับงานและกิจกรรมที่ทำด้วย การรับประทานอาหารไขมันมากจะเป็นผลเสียต่อร่างกายหลายประการ นอกจากอ้วนและโลหิตแข็งตัวแล้ว ยังทำให้ท้องอืดเพื่อหลั่งอาหารหรือท้องเสียได้ง่าย เพราะวัยสูงอายุสามารถย่อยอาหารไขมันได้น้อย

1.4 วิตามินและเกลือแร่ ผักและผลไม้เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุสามารถรับประทานได้ค่อนข้างมาก แม้จะเป็นผลไม้หวานมากก็ตาม เพราะน้ำตาลฟรุคโตเป็นน้ำตาลที่มีผลดีต่อร่างกายมากกว่าน้ำตาลในรูปแบบอื่น ผัก ผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การรับประทานวิตามินควรให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเท่านั้น ถ้าได้รับวิตามินมากเกินไปจะทำให้เกิดผลเสียได้

ผักที่รับประทานควรเป็นผัก ใบเขียว และใบเหลือง รับประทานทั้งชนิดดิบและสุก โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอ และซี จะต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินควรรับประทานจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ผักยังให้พวกแร่ธาตุ เช่น เหล็ก แคลเซียม และอื่น ๆ ด้วย ธาตุแคลเซียมช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุนในวัยสูงอายุ ธาตุเหล็กต้องรับประทานมากขึ้น เพื่อชดเชยส่วนที่ขาดเนื่องจากการดูดซึมของทางเดินอาหารบกพร่อง

1.5 น้ำ เป็นส่วนประกอบของร่างกายร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว ทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มในแต่ละวันควรมากพอ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว ประมาณ 1,500 - 2,000 ซีซี ภาวะการขาดน้ำของผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน ทำให้รู้สึกกระหายน้ำ ต้องตื่นขึ้นมาดื่मทางที่ผิดเพื่อแก้ไขปัญหานี้ ควรดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มก่อนนอนจะช่วยให้ได้มาก นอกจากนี้เส้นใยอาหารที่ได้จากพืช และผักทุกชนิด มีความสำคัญต่อสุขภาพมนุษย์มาก ทำให้ท้องไม่ผูก ลดไขมันในเส้นเลือด ในทางตรงกันข้ามหากกินอาหารที่มีเส้นใยน้อยจะทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น ท้องผูก ริดสีดวงทวาร โรคอ้วน ไขมันในเส้นเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายได้รับเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ จึงควรรับประทานอาหารที่ปรุงและประกอบด้วยผักเป็นประจำและควรรับประทานผลไม้โดยเฉพาะผลไม้สด (กรมอนามัย, 2538 : 15)

หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุดังนี้ (สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, 2539 : 7)

1. รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รับประทานครบ 5 หมู่ ให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
2. รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง (4-5 มื้อ) และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สและท้องผูก
3. ลักษณะอาหารต้องอ่อนนุ่ม เปื่อย ย่อย และสะดวกในการเคี้ยวและย่อยง่าย หรือปรุงให้มีลักษณะค่อนข้างเหลว (สุจิตรา ผลประไพ, 2538 : 54)

4. ควรรับประทานอาหารที่สุกใหม่ ๆ
 5. ไม่ควรรับประทานอาหารที่รสจัดหรือของหมักดอง
 6. งดเค็ม ชา กาแฟ สุรา และงดบุหรี่ทุกชนิด เพราะทำให้เกิดโทษแก่ร่างกาย จะทำให้อ่อนไม่หลับเวลากลางคืน (สุจิตรา ผลประไพ. 2538 : 54)
 7. การดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ (ประมาณ 6 - 8 แก้วต่อวัน) เพื่อช่วยให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น
 8. ควรออกกำลังกายให้พอเหมาะกับตนเองสม่ำเสมอ เพื่อร่างกายแข็งแรงไม่อ่อนเพลีย
- อาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน มีดังนี้ (สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข. 2539 : 9)
1. อาหารจำพวก ข้าว แป้ง และน้ำตาล ควรรับประทานให้น้อยลง เพราะทำให้อ้วน ไม่ควรรับประทานข้าวที่ขัดสีจนเกินไป และข้าวที่นำมาประกอบอาหารที่เพิ่มกะทิ และไขมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวเหนียวน้ำกะทิทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ข้าวหลาม ขนมเชื่อมต่าง ๆ ที่ใช้น้ำตาลเชื่อมจำนวนมาก เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เป็นต้น
 2. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ไม่ควรรับประทาน เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ต่าง ๆ เนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก เช่น หนังไก่ทอด หมูสามชั้น ไข่แดง
 3. อาหารจำพวกไขมันสูง ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน ได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันจากไก่ น้ำมันมะพร้าว และปาล์ม ของทอดต่าง ๆ เช่น กุ้งทอด ปลาทอดโก๋ อาหารชุบแป้งทอด อาหารขนมใส่กะทิ เช่น แกงเผ็ด กุ้งอบวชิ
 4. อาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัดต้องควรระวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ละมุด กุ้งหอม ลำไย น้อยหน่า ขนุน ฯลฯ

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. 2528 : 48) การออกกำลังกายในผู้สูงอายุต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ทั้งชนิดและปริมาณการออกกำลังกาย ควรจัดโปรแกรมเพิ่มทีละน้อย ควรได้รับการตรวจจากแพทย์ การออกกำลังกายเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ จุดประสงค์ของการออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อแข็งแรง กระตุ้นการทำงานของหัวใจ ซึ่งเป็นแกนสำคัญของระบบการไหลเวียนของโลหิตให้แข็งแรง สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างประสิทธิภาพของการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ช่วยเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และพัฒนาจิตใจแล้วยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอันจะเกิดโรคต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย มีดังนี้

(เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 55; จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. 2536 : 502)

1. การพัฒนาร่างกาย และจิตใจ
2. ช่วยการเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อ เพื่อป้องกันการยึดติดในผู้หญิงวัยที่จะหมดประจำเดือนหรือหมดแล้ว กระดูกจะเริ่มหุจะมีอาการปวดข้อ ปวดกระดูกมาก ถ้าไม่มีการออกกำลังกายข้อจะยึดติด
3. ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เลือดไหลเวียนไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และไปที่สมอง ทำให้สดชื่นมีสมาธิ
4. ระบบภูมิคุ้มกันดี
5. เพิ่มสมรรถภาพในการทำงาน
6. ทำให้การขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น เพราะลำไส้มีการเคลื่อนไหวดี
7. ลดภาวะการเกิดลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดในกระแสโลหิต ซึ่งอันตรายที่พบมาก คือ การอุดตันของเส้นโลหิตในสมองทำให้เป็นอัมพาต หรืออัมพฤกษ์
8. ช่วยการเผาผลาญให้กับร่างกาย ทำให้สดชื่น และน้ำตาลในกระแสโลหิต
9. ชะลอความชรา ทำให้อายุยืน

หลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

ตามปกติแล้วความสนใจในการออกกำลังกายจะลดลงอย่างมากเมื่อมีอายุมากขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย กล้ามเนื้อ และหัวใจ อีกทั้งสังคมยังไม่ให้ความสำคัญของการออกกำลังกายเท่าที่ควร การออกกำลังกายช่วยให้กระชับกระเฉงว่องไวและเป็นกิจกรรมที่จำเป็น การออกกำลังกายจะต้องเป็นระบบและเลือกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ความสำคัญของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรจะนาน 15 - 60 นาที และไม่ต้องหักโหม ไม่จำเป็นต้องออกทุกวัน ควรเป็นวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้งก็ได้ การออกกำลังกายเป็นจังหวะและพอดีกับสมรรถภาพของร่างกายจะเป็นการคงความสมบูรณ์ของร่างกายได้ดีที่สุด

ขั้นตอนการออกกำลังกายมีดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 52 - 53)

1. การอุ่นเครื่อง (Warm up) ก่อนออกกำลังกายแต่ละครั้งจะต้องเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อน ประมาณ 5 - 10 นาที
2. ควรหยุดกิจกรรมเมื่อออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรนอนหรืออาบน้ำ เข้าห้องปรับอากาศ หรือดื่มน้ำเย็นทันที ต้องนั่งปรับอุณหภูมิ การหายใจและความตึงเครียดของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติในสนามก่อน ถ้าสนามเย็นก็ต้องใส่เสื้อวอร์มเพื่อร่างกายปรับตัวได้เป็นปกติ

3. การตรวจสอบความอดทนของร่างกายในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม (Exercise Tolerance หรือ Activity Tolerance) ความอดทนของร่างกายต่อการออกกำลังกายหรือกิจกรรม คือความสามารถในการใช้พลังงานของแต่ละบุคคลโดยปราศจากอันตรายต่อร่างกาย

3.1 การประเมินความทนของร่างกายจากการหายใจ โดยสังเกตลักษณะและอัตราการหายใจ คนปกติหายใจนาทีละ 18-24 ครั้ง ถ้าอัตราการหายใจเร็วขึ้น สั้น และหายใจด้วยท้อง แสดงว่าออกกำลังกายมากเกินไปควรหยุดเล่น ถ้ายังออกกำลังกายต่ออาการจะรุนแรงมากขึ้น สังเกตพบปากซีด มือเย็น เมื่อถึงระดับนี้ต้องหยุดพักทันทีเพราะส่อถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

3.2 การประเมินความทนของร่างกาย ชีพจร หรืออัตราการเต้นของหัวใจ คือสัญญาณบอกการทำงานของหัวใจที่สามารถตรวจสอบได้ง่ายที่สุด ร่างกายปกติในระยะพักชีพจรจะเต้น 70-80 ครั้งต่อนาที การออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละครั้งควรเพิ่มความสามารถของการทำงานของหัวใจประมาณร้อยละ 60-80 มีโรคประจำตัว ควรออกกำลังกายที่เพิ่มการทำงานของหัวใจเพียงร้อยละ 25 ก็เป็นการเพียงพอสำหรับร่างกาย

อัตราชีพจรในขณะที่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุควรอยู่ระหว่าง 100-120 ครั้งต่อนาที ถ้ามากกว่า 130 ครั้งต่อนาที หัวใจจะเครียดมากเกินไปซึ่งเป็นอันตราย

ผู้สูงอายุควรหยุดออกกำลังกายเมื่อใด

ผู้สูงอายุควรหยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (บรรลุศิริพานิช และคนอื่น ๆ. ม.ป.ป. : 58)

1. รู้สึกเหนื่อยมาก
2. เจ็บที่บริเวณหัวใจ หรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย
3. หายใจไม่เต็มอิ่ม
4. ง่วงนอน เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัว หรือแขนขาไม่ได้ ตามัว
5. เหนื่อยมากตัวเย็น
6. รู้สึกหัว暈 โดยหาสาเหตุไม่ได้
7. มีอาการอ่อนแรง หรืออัมพาต บริเวณ แขน ขา หน้า ฯลฯ
8. พุดไม่ชัด ตะกุกตะกัก

ข้อห้ามในการออกกำลังกาย (กรมอนามัย. 2535 : 55)

1. อาการโรคหัวใจล้มเหลวหรือมีเจ็บหน้าอก โดยขณะที่ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย
2. มีอาการเจ็บหน้าอก หรืออาการเจ็บที่เปลี่ยนไป
3. ขณะออกกำลังกายหัวใจเต้นผิดจังหวะมากขึ้น
4. โรคกล้ามเนื้อหัวใจ หรือเยื่อหุ้มหัวใจ

5. ความดันโลหิตสูงมากกว่า 250/120 มิลลิเมตรปรอท ขณะออกกำลังกาย
6. ภาวะโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง
7. โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ เช่น โรคคอกพอกเป็นพิษ เบาหวาน
8. โรคติดเชื้อ โรคข้ออักเสบ หรือเส้นเลือดดำอักเสบ
9. ไม่ควรมีโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้รับการรักษา สูบบุหรี่ยัดหรืออายุมากกว่า 75 พรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ (2536 : 503) ได้กล่าวถึงหลักการออกกำลังกายผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ออกกำลังกายในหมู่เพื่อนวัยเดียวกัน
2. ออกกำลังกายขณะท้องว่าง หรือก่อนอาหาร
3. เลือกประเภทการออกกำลังกายให้เหมาะกับสภาพกายของผู้สูงอายุ
4. ประเภทการออกกำลังกายไม่ควรเปลี่ยนจังหวะการเคลื่อนไหวกะทันหัน
5. เป็นการออกกำลังกายที่ทำได้เรื่อยๆ ช้าๆ ค่อยทำค่อยไป ไม่ใช้ความเร็วสูง
6. ไม่ต้องหนักมากถึงต้องใช้ความทนทาน หรือใช้พลังงานของกล้ามเนื้อมากเกินไป
7. ไม่มีการเบ่ง โดยเฉพาะผู้มีความดันโลหิตสูง
8. อาศัยความอดทนโดยใช้เวลานาน
9. หลีกเลี่ยงการแข่งขัน หรือพนัน
10. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรทำๆ หยุดๆ ถ้าร่างกายแข็งแรงขึ้น ควรเพิ่มระดับออกกำลังกายสูงขึ้น จนกระทั่งร่างกายแข็งแรงดีแล้ว ให้รักษาระดับความแข็งแรงไว้ให้คงที่ตลอด

3. การพักผ่อนนอนหลับ

การพักผ่อนนอนหลับ มีความสำคัญต่อสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง คนเราใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตเพื่อการนอน การนอนหลับเป็นกระบวนการธรรมชาติเพื่อป้องกันอันตรายจากการเหน็ดเหนื่อย และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิตขณะหลับ การทำงานของร่างกายจะลดลงขณะอยู่ระยะพัก ช่วยลดความเมื่อยล้า และความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ ยิ่งหลับได้นาน และหลับได้สนิทยิ่งเป็นคุณประโยชน์อย่างมาก (เพ็ญศรี ลีวรินทร์พาณิชย์. ม.ป.ป. : 61)

แบบแผนการนอนของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปทั้งปริมาณ และคุณภาพ โดยระยะในการนอนสั้น ตื่นง่าย หลับยาก บางคนกว่าจะหลับก็ดึก บางคนนอนหลับแต่หัวค่ำ และหลับๆ ตื่นๆ ผู้สูงอายุต้องการนอน 6-7 ชั่วโมงก็เพียงพอ (เกษม ดันติผลาชีวะ และ กุลยา ดันติผลาชีวะ. 2528 : 45) อย่างไรก็ตามการที่วงจรหลับสั้น ทำให้ผู้สูงอายุหลับได้ไม่เต็มที่ ดังนั้นต้องการงีบหลับในเวลากลางวันเป็นการชดเชย การงีบแต่ละครั้งเป็นเวลาเมื่อตื่นขึ้นมาจะรู้สึก

สบาย ขณะจับหลับร่างกายได้พักผ่อน คลายจากความเครียด ถ้าผู้สูงอายุได้นอนหลับเต็มอิ่มจะทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า สดชื่น จิตใจสบาย อารมณ์แจ่มใส

การจับ คือ การนอนในช่วงสั้น แต่อาจหลับไม่สนิท ส่วนใหญ่ใช้ช่วงเวลากลางวันเพื่อการจับ ความต้องการจับจะมีมากขึ้นตามอายุ ซึ่งให้ประโยชน์แก่ร่างกายมาก เพราะร่างกายได้พักผ่อนและคลายความเครียด สร้างความพร้อมให้กับร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุยังใช้เป็นการชดเชยที่นอนไม่หลับในเวลากลางคืนด้วย การจับแต่ละครั้งอาจใช้เวลานานประมาณ 15 - 60 นาที ถ้าจับนานกว่านี้แสดงว่าผิดปกติ สาเหตุอาจเนื่องจากเบื่อหน่ายชีวิต หรือรับประทานยานอนหลับ ผู้สูงอายุบางคนไม่ชอบจับ แต่ใช้การทำงานอื่นที่เป็นการพักผ่อนทดแทนได้ ปัญหาการนอนหลับที่ผิดปกติ มักจะเป็นการนอนไม่หลับที่สาเหตุมาจากปัญหาทางจิตใจ

ปัญหาการนอนไม่หลับ มี 3 ลักษณะ ดังนี้คือ

1. นอนไม่หลับ (Insomnia) อาจเกิดจากหลายสาเหตุ คือ

1.1 มีการเจ็บป่วยทางร่างกายซึ่งไปขัดกับการนอน จะพบได้มากในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจวาย ทั้งนี้เพราะการนอนทำให้หายใจไม่สะดวก นอนลำบาก อาการเจ็บปวดทางกาย ที่สำคัญอันหนึ่งทำให้นอนไม่หลับ

1.2 ปัญหาด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือกลัวไม่กล้านอนหลับ ซึ่งลักษณะการนอนไม่หลับอาจเป็นลักษณะชั่วคราว หรือแบบเรื้อรังได้ การนอนหลับจะฝันร้าย และหลับไม่สนิท

2. หลับมากเกินไป (Hypersomnia) อาจเกิดจากใช้ยาระงับประสาท หรือนอนหลับอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่บางคนอาจเกิดปัญหาทางจิตใจ มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย เหน็ด หรือใช้กลไกทางจิตใจหาทางออกด้วยการนอนหลับมากขึ้น

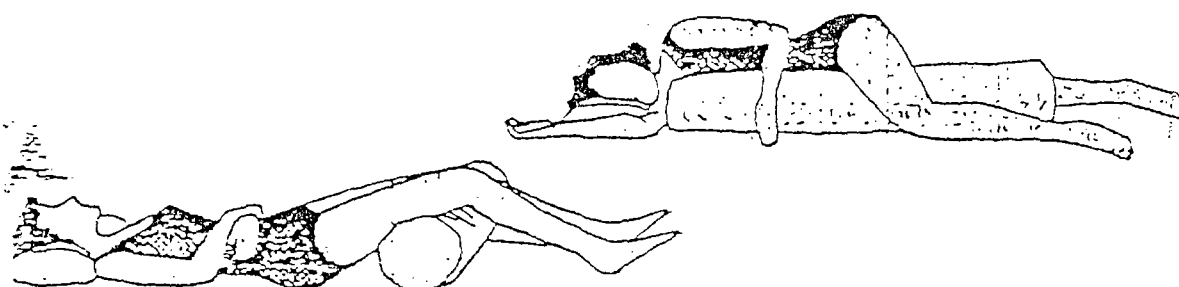
3. ฝันร้าย (Dyssomnia) เกิดจากความวิตกกังวล และอารมณ์ไม่ดีก่อนนอน

การส่งเสริมผู้สูงอายุให้นอนหลับได้ดีควรปฏิบัติ ดังนี้ (เพ็ญศรี ลีวารินทร์พานิชย์. ม.ป.ป. : 61; เกษม คันติผลาชีวะ และกุลยา คันติผลาชีวะ. 2528 : 47)

1. จัดห้องนอนให้โปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวกปราศจากเสียงรบกวน ถ้าเป็นห้องปรับอากาศต้องมีพัดลมดูดอากาศ ทำให้บรรยากาศภายในห้องหมุนเวียนไม่อับชื้น ถ้าลมเย็นเกินไปทำให้ความระคายเคืองต่อทางเดินหายใจส่วนบนเป็นสาเหตุให้อุณหภูมิ หรือ นอนหลับไม่สนิท

2. ห้องนอนต้องสะอาด ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม ควรซักให้สะอาดอยู่เสมอ ลักษณะที่นอนที่ดีต้องแน่นเรียบ ช่วยการนอนกระดูกสันหลังตรง ไม่ปวดหลัง ไม่ควรรอนเตียงสปริง พูกฟองน้ำ หมอนไม่ควรสูงหรือต่ำเกินไป ถ้าหมอนแข็งและค่อนข้างสูงเวลานอนหงายทำให้มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อที่ต้นคอ จะทำให้มีอาการปวดคอ

3. อาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน
4. คี๋มเครื่องคีมอุ่น ๆ ก่อนเข้านอน และงดเว้นเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมคาเฟอีน เช่น กาแฟ เพราะจะทำให้หลับยาก
5. ออกกำลังกายเปลี่ยนอิริยาบถอย่างพอเหมาะในตอนกลางวัน เพื่อช่วยนอนหลับได้ดี หากงีบหลับในตอนกลางวันไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง
6. รับประทานอาหารให้เพียงพอ กับการความต้องการของร่างกาย อาหารโปรตีน เช่น นม เนื้อสัตว์ มีส่วนช่วยในการหลับสบาย
7. นอนในท่าที่เหมาะสม ถือนอนในท่านอนหงายใช้หมอนใบใหญ่หนุนใต้โคนขา จะช่วยให้กระดูกสันหลังแบนราบ ดังท่านอนรูป A หรือนอนตะแคงให้ขาล่างเหยียดตรง ขาบนงอ สะโพกและเข่ากอดหมอนข้างไว้ หลังให้โค้งเล็กน้อย ดังท่านอนรูป B ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



นอนหงายทำให้หลังแอ่นได้เล็กน้อย ทำให้ปวดหลังได้ ควรใช้หมอนข้างใบใหญ่หนุนใต้โคนขา จะช่วยให้กระดูกสันหลังแบนราบ

รูป A

นอนตะแคงเป็นท่านอนที่ดี ควรนอนให้ขาล่างเหยียดตรง ขาบนงอ สะโพกและเข่ากอดหมอนข้างไว้ หลังให้โค้งเล็กน้อย

รูป B

ภาพประกอบ 1 แสดงท่านอนที่เหมาะสม

ที่มา : กรมอนามัย. น.ป.ป. : 62

8. ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอน ปราศจากความกังวล ด้วยการสวดมนต์ทำสมาธิ จิตใจที่สงบปราศจากความกังวล จะทำให้หลับสบาย ไม่ฝันร้ายและนอนได้เต็มที่

9. ไม่ควรรับประทานยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็นเพราะฤทธิ์ยาจะไปกดศูนย์ควบคุมการตื่นในสมองไว้ชั่วคราว พอหมดฤทธิ์ยาตื่นขึ้นมาจะไม่สดชื่น ยานอนหลับควรใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์เท่านั้น

4. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากสรีรวิทยาเสื่อมโทรม ความคล่องตัว กระฉับกระเฉงลดลง อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้เสมอในผู้สูงอายุ ทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อย และรุนแรงถึงขั้นอันตรายต่อชีวิต มีผู้ให้ความหมายอุบัติเหตุไว้หลายท่าน ดังนี้

แมคฟาแลนด์ และมัวร์ (McFarland and More, 1961 : 19) ให้ความหมายอุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้อำนาจหรือไม่ได้คาดหวังมาก่อน และยังคงกล่าวอีกว่า อุบัติเหตุ ความถี่ หรือจำนวนครั้งของการเกิด และระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ

ไทเกอร์สัน (Thygerson, 1976 : 112) ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์ไว้ก่อน ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นจะทำให้เกิดผลในทางที่ไม่พึงประสงค์ ต่อบุคคลทั่วไป

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด หรือเกิดขึ้นโดยบังเอิญ

ฟอง เกิดแก้ว (2525 : 3) ได้ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ใดก็ตามที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ หรือมิได้คาดคิดมาก่อน จะเป็นผลทำให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกายของคนเรา หรือเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน

พัชรา กาญจนารักษ์ (2527 : 6) ได้ให้ความหมาย อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ใดก็ตามที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ หรือมิได้คาดคิดมาก่อนและเป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกายของคนเรา หรือ ความเสียหายแก่ทรัพย์สิน

จากความหมายของอุบัติเหตุ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ หรือคาดคิดมาก่อน มีผลทำให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกาย ทรัพย์สิน และเป็นเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นต่อบุคคลทั่วไป

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. (2528 : 61) ได้สรุปของการเกิด อุบัติเหตุในผู้สูงอายุจะมาจากความเสื่อมของร่างกายเป็นสำคัญดังนี้

1. การรับรู้ของประสาทสัมผัสช้า เนื่องจากสายตา หู หรือประสาทสัมผัสเสื่อม ทำให้การรับรู้สิ่งรอบตัวช้า การตัดสินใจช้า ขาดความคล่องตัว หลีกหนีอันตรายไม่ทันต่อเหตุการณ์

2. ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อต่ำ ประสิทธิภาพไม่สัมพันธ์กัน การลุก การเดิน การนั่ง การหยิบ การจับ ไม่คล่องตัว โอกาสพลัดตกและหกล้มง่ายขึ้น ถึงแม้จะไม่รุนแรงก็อาจมีอาการเคล็ด ข้อเคลื่อน หรือกระดูกหักได้

3. การทรงตัวไม่มั่นคง การเดินเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ก้าวข้างช้า ขกเท้าต่ำ เมื่อพื้นไม่เสมอเพียงเล็กน้อยก็สะดุดหกล้มได้ง่าย

4.1 อุบัติเหตุในบ้าน

อุบัติเหตุในบ้าน สามารถแยกได้หลายลักษณะ การป้องกันอุบัติเหตุแต่ละลักษณะก็แตกต่างกันไปดังนี้ (บรรณ สุริพานิช, 2538 : 67 - 71)

1. หกล้ม ในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ

- รองเท้าต้องพอดี มียางกันลื่นที่พื้นรองเท้าแตะ หากมีไม่เพียงพออาจเป็นสาเหตุให้หกล้มได้
 - เฟอร์นิเจอร์ในบ้านกีดขวางทางเดิน เฟอร์นิเจอร์ถ้าไม่มั่นคงเวลาจับหรือพุงตัวจะทำให้หกล้มได้
 - สายไฟจากปลั๊กไฟฟ้า หรือสวิตช์ไฟต่างๆ อย่าวางบนพื้น เพราะอาจสะดุดหกล้มได้
 - ไม่ควรมีธรณีประตู ถ้าจำเป็นต้องมีการทาสีให้เห็นชัดเจน
 - แสงไฟในที่ต่าง ๆ ต้องสว่างพอ โดยเฉพาะทางเดินบันได สวิตช์ไฟต้องอยู่ใกล้ ๆ ควรมีสวิตช์ไฟที่ส่วนบนสุด และล่างสุดของบันได และสวิตช์ที่ด้านข้างประตูทุกห้อง
 - ต้องแน่ใจว่าเสื้อหรือที่เช็ดผ้าไม่ลื่น และขอบไม้สูงเกินไปเพราะทำให้สะดุดได้
 - ผู้สูงอายุถ้าใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นทำให้ลื่นได้
 - ราวบันไดต้องติดตั้งอย่างมั่นคง ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นราวบันได 2 ข้าง
 - บันไดที่แคบ ๆ และชัน ควรเปลี่ยนเป็นทางลาด
 - ถ้าพื้นปูด้วยพรม หรือเสื่อต้องแน่ใจว่าไม่สะดุด
 - ห้องน้ำเป็นที่ผู้สูงอายุ ลื่น หกล้มกันมาก ต้องวางพรมหรือวัสดุกันลื่นในอ่างน้ำ หรือพื้นที่อาบน้ำ มีราวจับข้างอ่างน้ำ
 - หึงไม่ควรสูงเกินไปจนเอื้อมไม่ถึง อย่าเก็บของหนักไว้บนหิ้งสูง
2. ไฟไหม้หรือร้อนลวก
- อย่ายืนใกล้ไฟเกินไป

- อย่าสูบบุหรี่บนที่นอน หรือบนเก้าอี้นอน เพราะถ้าหากหลับจะเกิดอันตราย
ได้

- ก่อนใช้น้ำร้อน ควรตรวจสอบความร้อนของน้ำ ด้วยนิ้วมือก่อนเสมอ

3. ไฟฟ้าช็อต

- ควรตรวจสอบเครื่องไฟฟ้าทุกชิ้น สายไฟ ปลั๊ก หม้อแปลง ถ้าอยู่ในสภาพเสื่อม
ควรเปลี่ยนใหม่

- อย่าสัมผัสสายไฟ หรือเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือเปียก

- ต้องถอดปลั๊กกาต้มน้ำออกทุกครั้ง ก่อนเติมน้ำหรือรินน้ำ

- การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าใหม่ ๆ ให้อ่านคู่มือคำแนะนำให้ละเอียดและปฏิบัติตาม

คำแนะนำนั้น

- ก่อนเข้านอนต้องดึงปลั๊กของเครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีได้ใช้งานออก

- ถ้าบ้านค่อนข้างเก่าให้ตรวจสอบสายไฟ ถ้าพบชำรุดควรซ่อมแซมเปลี่ยนให้

เรียบร้อย

4. แก๊สรั่ว - แก๊สระเบิด

- ตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องใช้แก๊สอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบการรั่วไหล เพื่อ
ป้องกันพิษ และการระเบิด

5. ยา - เวชภัณฑ์

- เก็บยา และเวชภัณฑ์ไว้ในตู้เฉพาะ ยาทุกชนิดควรบอกสรรพคุณและวิธีใช้
ให้เรียบร้อย ยาที่ไม่รู้ชื่อสรรพคุณ และฉลากหายไป ต้องทิ้งให้หมด

6. อยู่ในที่เย็นนานเกินไป

ในฤดูหนาวถ้าผู้สูงอายุสวมเสื้อผ้ามีความอบอุ่นไม่เพียงพอ จะทำให้อุณหภูมิ
ลดลงถึงอันตราย ถ้าอยู่ในที่เย็นนาน ๆ จะทำให้เชื้องูซึม หมดสติและเสียชีวิตได้ในที่สุด

4.2 อุบัติเหตุนอกบ้าน

อุบัติเหตุนอกบ้าน มีการป้องกันได้ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช. 2538 : 70 - 71)

1. ทางเดิน

- รองเท้าที่ใส่ควรเป็นรองเท้าหุ้มส้นและอย่าให้ส้นแหลม เวลาหน้าฝน เวลาเดิน
ต้องระวังถนนลื่น

- ผู้สูงอายุเวลาจะเดินข้ามถนนต้องระวังและถ้าไม่แน่ใจต้องขอร้องให้ผู้อื่นพา
ข้าม เวลาเดินข้ามถนนเวลากลางคืนควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีขาวเพื่อคนขับรถจะได้มองเห็นและ
ควรมีไฟฉายพกติดตัว

- ผู้สูงอายุเวลาเดินทางคนเดียว ควรมียกหวีดพกติดกระเป๋า เวลาเกิดอุบัติเหตุ ควรเป่าจะได้มีคนมาช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

2. การเดินทางโดยรถประจำทาง

- อย่างนั่งหลังบนรถและระวังเมื่อรถหยุดอย่างรวดเร็ว หรือเลี้ยวโดยกระทันหัน
- ระวังถนนลื่นและรถกระชาก ถ้าไม่แน่ใจในการทรงตัวต้องขอความช่วยเหลือจากคนอื่น

3. ขับรถ

- เมื่ออายุมากขึ้น ประสาทสัมผัสเลวลง สายตาไม่ค่อยดี โดยเฉพาะในเวลา กลางคืนควรขับช้าลง อย่าขับรถในขณะที่อากาศไม่ดีหรือชั่วโมงที่รีบเร่ง

- ควรตรวจเช็คเครื่องยนต์ประเภทแอลกอฮอล์ในขณะที่ขับรถ เพราะจะทำให้การขับรถเกิด อันตราย ถ้าไม่แน่ใจว่าปลอดภัยควรงดการขับรถ

อุบัติเหตุในบ้านและนอกบ้านเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังตัวให้ ปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้เสมอ เพราะจะทำให้เกิดการเจ็บตัวและการสูญเสียอวัยวะ ต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้นผู้สูงอายุควรรู้จักดูแลสภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

5. สุขภาพจิต

สุขภาพจิตมีความสำคัญต่อชีวิตประจำวันอย่างมาก มนุษย์ต้องพบกับความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความเป็นอยู่ที่ไม่ปลอดภัยทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตเสื่อมทวิจำนวนมากขึ้น มี ผู้ให้ความหมายสุขภาพจิตไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (สุจินต์ ปรีชามารถ. 2535 : 14; อ้างอิงมาจาก World Health Organization. 1986) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ ปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสัมพันธ์อันดีงามกับบุคคลอื่น และ ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลัง เปลี่ยนแปลงนี้ได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในเกิดขึ้น ทั้งนี้คำว่า สุขภาพจิต มิได้หมายความว่าเฉพาะ เพียงแต่ปราศจากการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

มูลี (Mowley. 1965 : 165 - 167) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การกระทำที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธ์ ภายอันดีงามระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น เพศ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสภาพสังคม

จาโฮดา (Jahoda. 1970 : 28 - 35) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึงการที่มีภาวะทางจิต ที่สมบูรณ์และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละคนนั้นจะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ 6

ประการ ตามเกณฑ์ที่ จาโฮดาได้ให้ไว้ เจตคติที่มีต่อตนเองการสร้างเสริมเจริญเติบโต และพัฒนาการที่บังเกิดขึ้นกับตนเอง การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง การมีอิสระในการปกครองตนเอง การรับรู้ความเป็นจริง และแสดงความรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว

สุจริต สุวรรณชีพ (2525 : 4) ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง เป็นสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหา และปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต

สุจินต์ ปริษามารถ (2535 : 14) ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต หมายถึง สมรรถภาพหรือความสนใจในการปรับปรุงของตนให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและรวมถึงสถานการณ์ที่จะมาถึงด้วย

จากความหมายสุขภาพจิต ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นอาจกล่าวอย่างกว้างว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจที่สามารถปรับตัว แก้ไขปัญหาชีวิตได้ โดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และบุคลิกภาพที่มั่นคง สามารถดำรงชีวิตในสังคม และสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข และสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่นได้

สุขภาพจิตมีบทบาทที่สำคัญในชีวิตประจำวันของคนเรา ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมีความสุขด้วย มีหน้าตาขี้มยิ้ม จิตใจสบาย สามารถปรับตัวและทำประโยชน์อย่างสูงให้กับสังคม และส่วนรวมได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังทำให้ชีวิตในครอบครัวมีแต่ความสุข

สาเหตุของการเกิดสุขภาพจิตเสื่อมของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ ทำให้การดำเนินชีวิตไม่มีความสุข ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเสื่อม จากสถานการณ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (กรมการแพทย์. 2529 : 31 - 33)

1. การไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ผลจากการเสื่อมของสังขาร เช่น ข้อ กล้ามเนื้อ ตา หู ฯลฯ ผู้สูงอายุรู้สึกลำบากทำอะไรไม่ทันลูกหลานจึงพยายามไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นหรือกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ เพราะขาดความมั่นใจ
2. การถูกทอดทิ้ง ปัจจุบันครอบครัวมักจะอยู่แยกจากพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตได้
3. การสูญเสียชีวิตคู่ ญาติมิตร เช่น การตายจากไปของกลุ่มสมรส เพื่อนสนิท ญาติใกล้ชิด ทำให้เกิดความว้าเหว่
4. การรู้สึกไร้ค่า การสูญเสียสภาพบางอย่าง เมื่อเกษียณอายุ และไม่มียานอดิเรกทำ เป็นเหตุให้คิดว่าตนเองไร้ค่า ผู้สูงอายุเกิดอาการเศร้าได้
5. การไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นเหตุให้สุขภาพจิตไม่ดี

6. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุบางคนปลดเกษียณแล้ว ขาดรายได้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดศักดิ์ศรี คิดมากขาดความเชื่อมั่น ขาดความภูมิใจ

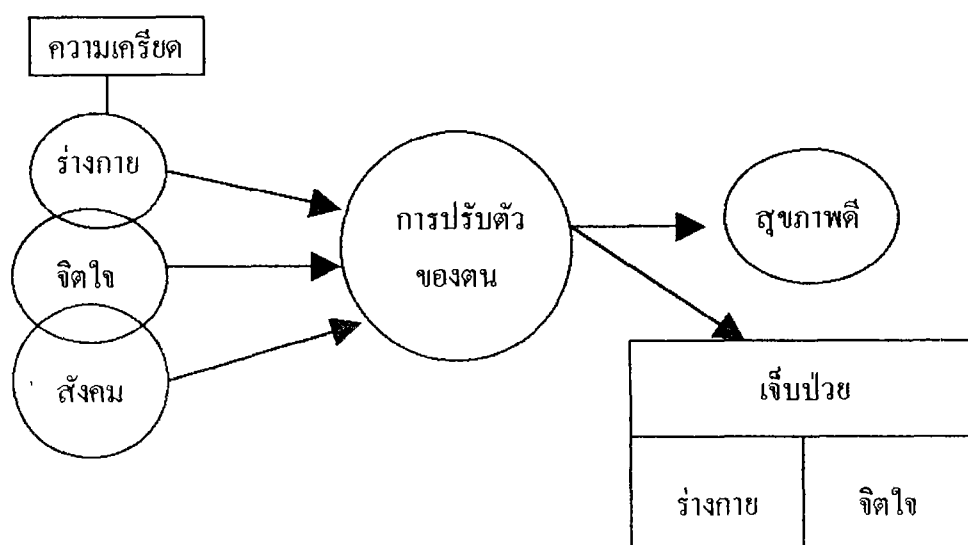
การดำรงชีวิตของบุคคลต้องมีการปรับตัว ความเครียดทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากที่ต้องตอบสนองกับสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา เช่น การสูญเสียที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ต้องมีการยอมรับ และปรับตัวให้ได้ เมื่อเกิดความเครียดทางจิตใจต่าง ๆ มีวิธีการปรับตัวดังต่อไปนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 78 - 79)

1. รับรู้ และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริงแล้วปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์นั้น เมื่อเห็นว่าไม่ขัดกับความรู้สึกของตน และสังคมส่วนใหญ่ก็ยอมรับ

2. ใช้กลไกการปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อลดความตึงเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

3. หาที่พึ่ง และความช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ระบายความเครียดด้วยการพูดสนทนา หรือขอคำแนะนำปรึกษา แล้วแต่ปัญหาของความเครียดนั้นมีลักษณะอย่างไร

ความเครียดไม่ว่าจะเกิดจากร่างกาย หรือจิตใจจะต้องปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล แต่ถ้าการปรับตัวนั้นไม่สมดุล โอกาสเกิดการเจ็บป่วยย่อมจะเกิดขึ้นได้เสมอทั้งร่างกายและจิตใจ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงความเครียดกับการปรับตัวของคน

ที่มา : เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 82

การดำรงรักษาสุขภาพจิต

การดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นงานที่ต้องอาศัยตนเองเป็นหลัก สิ่งแวดล้อมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมป้องกันได้ดีกว่า สุขภาพจิตก็เหมือนสุขภาพกายต้องบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนตาย ผู้สูงอายุที่มีจิตใจร่าเริงและมีสุขภาพดีเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่ความสุขในบั้นปลายชีวิต ดังนั้นจึงต้องพยายามกระตุ้นจิตใจของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมสุขภาพจิต

การส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

สังคมและครอบครัวควรช่วยกันส่งเสริม และป้องกันสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ (กรมการแพทย์, 2529 : 34 ; อัมพร โอตระกูล, 2538 : 174)

1. ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการระวังรักษาสุขภาพของตนเอง

1.1 พยายามแนะนำผู้สูงอายุให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจน การไหลเวียนจะดีแก่ผู้สูงอายุเอง

1.2 แนะนำเรื่องอาหารเหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ คือ อาหารที่ย่อยง่ายมีโปรตีนปานกลาง มีไขมันน้อย วิตามินปริมาณต้องจำกัด

1.3 แนะนำเรื่องการพักผ่อนอารมณ์ อย่าให้วิตกกังวล อย่าให้เกิดอารมณ์ตึงเครียด

2. ส่งเสริมการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ โดยนำไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

3. เมื่อพบผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย ต้องรีบนำไปพบแพทย์เพื่อรักษาอย่างเร่งด่วน เพราะโรคผู้สูงอายุมักซับซ้อน และมีหลายโรคในเวลาเดียวกัน

4. จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและสถานที่พักผ่อน รวมทั้งชุมชนต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการลดอุบัติเหตุ จัดบ้านเรือนให้เป็นระเบียบไม่เกะกะ

5. ศาสนา เป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ บรรเทาทุกข์ทำให้จิตใจสงบ มีความสุข มีการปล่อยวาง ปฏิบัติธรรมจิตใจสบายเบิกบาน

จากดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นต้น มีหลายประการที่ทำให้คนมีสุขภาพดี พอสรุปได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532 : 52)

การที่ร่างกายจะมีสุขภาพดีนั้น ต้องประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ คือ

1. สุขภาพจิตดี
2. อาหารถูกหลักโภชนาการ และถูกสุขลักษณะ
3. ที่อยู่อาศัยถูกลักษณะ
4. การดูแลสุขภาพตนเองในครอบครัว
5. ความไม่มีโรค

แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพหรือการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายลักษณะดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

นิภา มนูญปิจู (2528 : 20) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กัน

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2532 : 11) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี และ พฤติกรรมสุขภาพ มีความหมายรวมไปถึงการกระทำ หรือการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ ในรูปความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติ ทั้งหลาย ที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 2) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคล ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในทางที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง. 2535 : 10 ; อ้างอิงมาจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 156 - 162) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมของบลูม (Bloom) ว่าพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain)
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain)
3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain)

พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับ ความรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาความสามารถ และทักษะด้านสติปัญญา

ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจเป็นการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐานเหล่านี้เป็นต้น (ประภาพัณญ์ สุวรรณ. 2526 : 16)

พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย ซึ่งจำแนกได้ดังนี้ คือ

1.1 ความรู้ ความจำ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำ และระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้ก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้แสดงออกในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

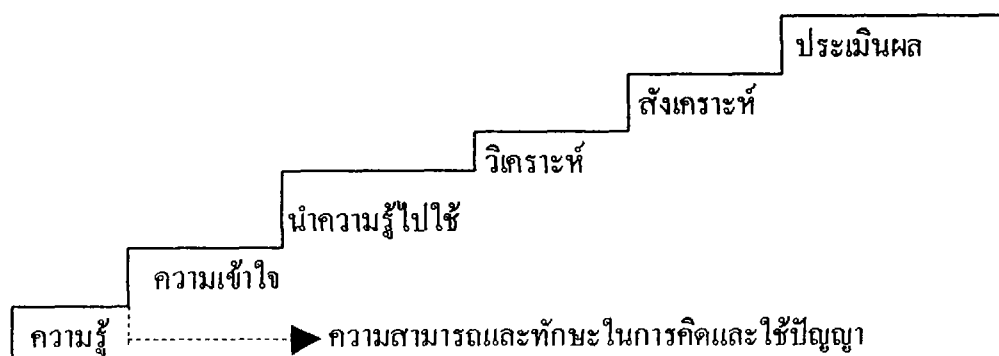
1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลที่นำเอาส่วนประกอบย่อย ๆ หลาย ๆ ส่วนมารวมเข้าเป็นส่วนรวม ที่มีโครงสร้างที่แน่นอน มีความชัดเจน มีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการประเมินผลนี้เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งต้องใช้เกณฑ์ หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3

ด้านพุทธิพิสัย รู้ คิด ใช้ปัญญา พัฒนาสติปัญญา (Cognitive Domain)



ภาพประกอบ 3 แสดงขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย

ที่มา : ทวีสิทธิ์ สัทธกร. 2531 : 4

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (Affective Domain)

พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าทีความชอบ ความไม่ชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากจะอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล

เจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ กระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรม เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติมิใช่แรงจูงใจ (Motive) และแรงขับ (Drive) แต่เป็นสภาพความบกพร่องที่จะได้ตอบสนองการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 1)

การเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย แบ่งออกเป็นขั้นตอนดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 159)

2.1 การรับรู้หรือให้ความสนใจ (Receiving or Attending)

ในขั้นนี้บุคคลจะถูกระตุ้นให้รับทราบว่าเป็นเหตุการณ์หนึ่งหรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลเหล่านี้จะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมที่รับสิ่งเร้านั้น หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้นในการยอมรับนี้ ประกอบด้วยความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับและเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding)

พฤติกรรมในขั้นนี้เกิดขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมขั้นที่หนึ่ง บุคคลที่จะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกต่อสิ่งเร้า เกิดความยินยอม เต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนองต่อ

ความรู้สึก

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing)

พฤติกรรมขั้นนี้ เป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับ หรือรับรู้ถึงนั้นว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มีความค่าแก่เขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

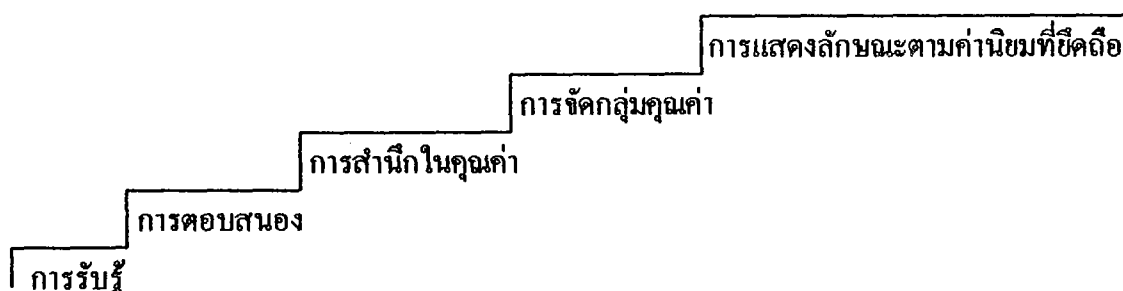
2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization)

พฤติกรรมขั้นนี้ เป็นขั้นที่เมื่อบุคคลเกิดค่านิยมต่าง ๆ ขึ้นแล้ว จัดค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ซับซ้อน (Characterization by a Value or Value Complex)

พฤติกรรมขั้นนี้อาจแสดงให้เห็นว่าบุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเองหรือคิกรต่าง ๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาด้วยเหตุผลทางด้านผล ทางด้านศีลธรรมจรรยา และทางด้านหลักประชาธิปไตย เป็นต้น ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4

ด้านเจตพิสัย (Affective Domain)



ภาพประกอบ 4 แสดงขั้นพฤติกรรมเจตพิสัย

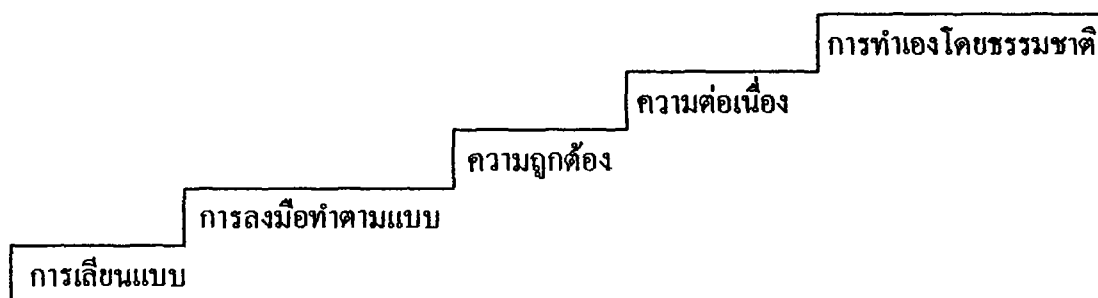
ที่มา : ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร. 2531 : 47

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งด้านการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสภาวะการหนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือบุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะประเมินผลได้ง่ายแต่ต้องอาศัยเวลา การตัดสินใจหลายขั้นตอน พฤติกรรมด้านการ

ปฏิบัติทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ถือว่าเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5

ด้านทักษะพิสัย	สังเกตได้	สังเกตไม่ได้	ล่าช้า
(Psychomotor or Action Domain)	(Observable Health Behavior)	(Non-Observable Health Behavior)	(Delayed Behavior)



ภาพประกอบ 5 แสดงขั้นพฤติกรรมทางด้านทักษะพิสัย

ที่มา : ทวีสิทธิ์ ลิขธิกร. 2531 : 52

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 28 - 30) ได้กล่าวถึงชนิดของพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมป้องกันโรค ก็หมายถึงการปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันมิให้เกิดโรค และการปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง สำหรับพฤติกรรม การเจ็บป่วย เมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ หรือสังคมแล้ว บุคคลจะมีการปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ความรู้ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน ฯลฯ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านพฤติกรรม

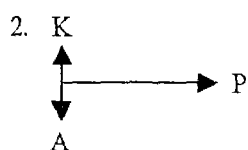
สุชาติ โสมประยูร (2525 : 48) กล่าวว่า พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้ง 3 อย่างนี้ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นโดยรวม ๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน การเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างหนึ่ง จะช่วยเป็นช่องทางสร้างเสริมพฤติกรรมอื่น ๆ ด้วยเสมอการพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นไปด้วยโดยอ้อม

นิภา มนูญปัจจุ (2528 : 20) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในด้านอื่น ๆ ด้วย

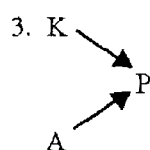
ชวาร์ท (รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง. 2535 : 15; อ้างอิงมาจาก Schwartz. 1975 : 28 - 31) ได้กล่าวถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบคือ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6

$$1. K \longrightarrow A \longrightarrow P$$

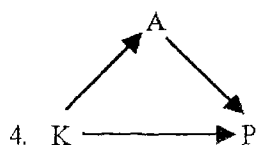
รูปแบบที่ 1 เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้ความรู้เป็นตัวนำไปสู่การปฏิบัติ



รูปแบบที่ 2 ความรู้ และเจตคติสัมพันธ์กัน (Interaction) และมีผลทำให้เกิดการปฏิบัติ



รูปแบบที่ 3 ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



รูปแบบที่ 4 ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติ ทั้งทางตรงและทางอ้อมสำหรับทางอ้อมนั้น เจตคติเป็นตัวกลาง เป็นตัวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

หมายเหตุ K หมายถึง ความรู้ (Knowledge)

A หมายถึง เจตคติ (Attitude)

P หมายถึง การปฏิบัติ (Practice)

ภาพประกอบ 6 แสดงความสัมพันธ์ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ที่มา : รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง. 2535 : 16

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ และการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลองค์ประกอบด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบสำคัญ และองค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ ด้านการศึกษา และทางด้านการเมือง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 173 - 185)

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ องค์ประกอบด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปตามลักษณะ ความมากน้อย สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมาก ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิดความเชื่อและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

2.1 ครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัว บางครอบครัว ปลูกฝังนิสัยในเรื่องการรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผักหรือรับประทานสุก ๆ ดิบ ๆ และพฤติกรรมปฏิบัติแนะนำด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกายเป็นต้น การปฏิบัติของบิดามารดา จะมีผลอย่างมาก ต่อพฤติกรรมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม

มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่เขายึดถือมี

ทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ หรือการยึดถือของกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

2.3 สภาพทางสังคม ได้แก่

สภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชนมักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรักษาโรคดีกว่าประชาชนโดยทั่วไป

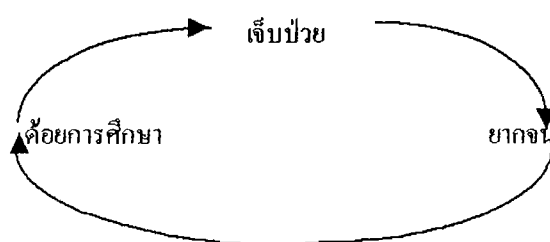
2.4 วัฒนธรรม

วัฒนธรรมแสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนี้มีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำ เพราะกลัวเครื่องแต่งกายเครื่องประดับเก่าเร็ว งดของแสลง หรือชะล่าของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินข้าวมาก งดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย ข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ

2.5 ศาสนา

ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอควร ไม่ให้น้อยเกินไป หรืออิมจนเกินไป ข้อปฏิบัติศาสนาอิสลามก่อนทำ “ละหมาด” ต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าคำสอนและข้อปฏิบัติมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อสุขภาพด้วย เศรษฐกิจของประชาชนไม่ดีย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสจะได้รับการศึกษา ก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลให้เขามีสุขภาพดี ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 180

4. องค์ประกอบด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาของประชาชนแตกต่างกันก็มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนมีการศึกษาดำรงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง

นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นว่าจำนวนและความเพียงพอของการบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 125 - 128) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมให้ครอบคลุมทุกปัจจัยมี 4 ปัจจัยดังนี้ คือ

1. วุฒิภาวะ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลนั้น เป็นวุฒิภาวะของการพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์
2. ขาและสิ่งแวดล้อม สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งพฤติกรรมภายในและภายนอก ขาสิ่งแวดล้อมบางชนิดทำให้ความคิดของบุคคลเปลี่ยนไปทำให้สติปัญญา
3. พันธุกรรม เป็นปัจจัยที่มีผลสำคัญประการหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดหรือการแสดงออกโดยอาศัยสติปัญญา ซึ่งส่วนหนึ่งได้มาจากบิดามารดาหรือบรรพบุรุษ ความเฉลียวฉลาดที่บุคคลมีอยู่เป็นผลมาจากพันธุกรรม
4. การเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนเกิดขึ้นจากการเรียนรู้แล้วเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ชนวรรณ อัมสมบุญ (ทัศน หงษาครประเสริฐ. 2540 : 46; อ้างอิงมาจาก ชนวรรณ อัมสมบุญ. 2532 : 14) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพคือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝัง หรือสามารถเปลี่ยนแปลง กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจะเน้นเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

2. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดผลการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้อง เน้นตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ต้อง เป็นการสร้างค่านิยม และวิถีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้ง การสร้างจิตสำนึกของการดำเนินชีวิตตามหลักสุขภาพด้วย

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในสังคมนั้นมีอยู่ 3 ลักษณะ ดังนี้ คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 202 - 204)

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้ที่เปลี่ยนแปลงจะ เปลี่ยนเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวคิด ความเชื่อยังไม่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะมี มากน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรง หรือความมากน้อยของรางวัล หรือการลงโทษ บุคคลจะยอมทำ ตามบางอย่างในขณะที่มีอิทธิพลบังคับ

2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ การที่กลุ่มบุคคลเลียนแบบแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่ง กันและกัน บุคคลเชื่อในสิ่งที่เขาปฏิบัติหรือเลียนแบบ โดยที่ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในเรื่อง นั้นๆ จะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้า มีความดึงดูด ความสนใจ มากน้อยเพียงใด เช่น การแต่งกายเอาอย่างดาราวัยรุ่น การเลือกรับประทานอาหารบางอย่างเหมือนพ่อแม่

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเห็นความสำคัญ ของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ เกิดขึ้นเนื่องจากความต้องการภายในบุคคลนั้น ตรงกับค่านิยม และ ความต้องการของตน การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้จะเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เจตคติเป็นตัวกลาง เป็นตัวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการจัดการ เรียนการสอน โดยสอนเกี่ยวกับเนื้อหาแต่ละเรื่อง ดังนี้

1. จากแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยนำแนวคิดเหล่านี้มาใช้ในการจัดการเรียนการ สอน โดยครั้งแรกสอนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจแล้วสามารถรู้จักคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง แล้วค่อยๆ เปลี่ยนเจตคติ ค่านิยมที่ยึดถือกันอยู่ ให้เกิด พฤติกรรมการรับรู้ หรือความสนใจ และการตอบสนอง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตนในด้านสุขภาพ อนามัยได้อย่างถูกต้อง

2. จากแนวคิดที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะแตกต่างกัน เนื่องจากองค์ประกอบ ทางด้านจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และด้านการเมือง ผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาใช้ในการ เรียนการสอน โดยอธิบายให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามสถานะและ

สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุของแต่ละบุคคลที่มีความเป็นอยู่แตกต่างกัน

3. จากแนวคิดที่ทฤษฎีที่จำแนกประเภทพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการเรียนการสอน โดยอธิบายให้ผู้สูงอายุให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขศึกษา

สุขศึกษา เป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์สาขาหนึ่ง ที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ค้นพบ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพกับการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน สุขศึกษาจะช่วยเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างสิ่งที่รู้กับการนำไปปฏิบัติ สุขศึกษาจึงเป็นทั้งวิทยาศาสตร์และศิลป์ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุข โดยเน้นด้านการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ (Prevention) และการส่งเสริม (Promotion) สุขภาพแก่ประชาชน (พรสุข หุ่นนิรันดร์. 2534 : 5)

การสอน (Teaching) กู๊ด (Good. 1973 : 588) ได้ให้ความหมายการสอนไว้ 2 นัย คือ ประการที่หนึ่ง การสอน หมายถึง การให้การอบรม สั่งสอนนักเรียนตามสถานศึกษา ทั่วๆ ไป

ประการที่สอง การสอน หมายถึง การจัดประสบการณ์การเรียนการสอน การวางแผน การจัดรูปแบบในการสอน และการเรียนรู้ นั่น ตลอดจนการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่าย

สิ่งสำคัญของกระบวนการถ่ายทอดความรู้ นั้น โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน หรือผู้รับความรู้ ประสิทธิภาพของการเรียนรู้เกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และวิธีการสอนสุขศึกษาที่ใช้ถ่ายทอดความรู้ และจำเป็นต้องให้สุขศึกษาบ่อยๆ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้ ความศรัทธา และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ในการสอนสุขศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการสอนสุขศึกษา โดยการบรรยายประกอบ สื่อโปสเตอร์ ภาพพลิก การใช้วีดิทัศน์ การสาธิต แจกเอกสารแผ่นพับและการให้สุขศึกษารายกลุ่ม

การบรรยาย

การบรรยาย หมายถึง การพูดการเล่าเรื่องใด เรื่องหนึ่งเป็นการให้เนื้อหาแก่ผู้ฟัง โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ฟังเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และสามารถนำไปปฏิบัติได้

องค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการสอนแบบบรรยาย ควรคำนึงถึงดังนี้ คือ (สุริย์จันทร์โมลี. 2527 : 64 - 68)

1. ตั้งจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้งว่าต้องการให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติมีอะไรบ้าง

2. ผู้บรรยายควรได้ศึกษา วิเคราะห์ผู้เรียนล่วงหน้า

3. ผู้บรรยายต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี

4. การบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง

5. ในการบรรยายแต่ละครั้ง ระวังอย่าบรรยายนอกเรื่องตลอดเวลา

6. ถ้าการบรรยายติดต่อกันหลาย ๆ ครั้ง ควรให้ผู้เรียนทราบถึงหัวข้อที่จะเรียนทั้งหมด เพื่อสะดวกในการที่ผู้เรียนได้เตรียมตัวศึกษาหาความรู้

7. ในระหว่างบรรยายต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีอารมณ์ขันบ้าง

8. การบรรยายแต่ละครั้ง ถ้าต้องการให้ผู้เรียนได้จับบันทึกเนื้อหาสำคัญได้ถูกต้อง ผู้บรรยายอาจบอกให้ช้า ๆ เพื่อจดได้ครบ

9. การบรรยายไม่ใช่เป็นการให้เนื้อหาความรู้ ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ผู้บรรยายควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีโอกาสดูถามข้อสงสัย

10. การบรรยายจะเพิ่มให้ความสนใจยิ่งขึ้น ถ้าผู้บรรยาย รู้จักใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยประกอบในการบรรยาย เช่น การใช้ สไลด์ ภาพพลิก เป็นต้น

11. ผู้บรรยายต้องรู้จักสังเกตมีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียน และมีความไม่สบายอารมณ์ของผู้เรียน เช่น ผู้เรียนอาจเบื่อหน่าย ง่วงนอน ไม่สนใจ กระสับกระส่ายหันหน้าไปคุย

12. เมื่อจบการบรรยายควรมีการประเมินผล พิจารณาว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

การสาธิต (Demonstration)

การสาธิต หมายความว่า การสอนโดยมีการอธิบายประกอบการใช้เครื่องมือ วัสดุ โดยมีผู้เรียนคอยดู เน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตโดยทั่วๆ ไป ครูหรือวิทยากร จะแสดงให้เห็นมาก่อน ในช่วงหลังจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้การควบคุมของครู หรือผู้นิเทศน์

การสาธิตสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา สามารถใช้กับบุคคลทุกยุคทุกสมัย การสาธิตมีโอกาสนี้จะใช้แทรกเข้าไปในเนื้อหา บางเรื่อง เป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนรู้ตามขั้นตอน ง่ายต่อการเข้าใจ การสอนในสิ่งที่ผู้เรียนจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง และโดยวิธีการบรรยายอย่างเดียวนั้นจะทำให้ได้ผลไม่เต็มที่ แต่ถ้าใช้วิธีการสาธิตประกอบการสอนจะทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เร็ว ถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้นๆ น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจ ไม่ลืม และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (สุริย์ จันทรมล. 2527 : 196 - 197)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสาธิตโดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. อธิบายให้ผู้สูงอายุทราบว่าจะทำอะไร มีผลดีจากการกระทำอย่างไร
2. ดำเนินการสาธิตตามขั้นตอนที่เตรียมไว้ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่กล่าวแล้ว และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามไปด้วยในแต่ละขั้นตอน
3. ประเมินผลการปฏิบัติว่า ผู้สูงอายุสงสัยในขั้นตอนการปฏิบัติหรือไม่ และเปิดโอกาสให้ซักถามหรือปฏิบัติซ้ำ
4. แจกเอกสาร แผ่นพับ ประกอบการสาธิต เพื่อให้ผู้สูงอายุทบทวนในการปฏิบัติที่บ้านได้

คู่มือศึกษารายกลุ่ม

การให้คู่มือศึกษารายกลุ่ม บุญขง เกี่ยวการค้า (2526 : 380) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
2. กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติได้
3. ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีในท้องถิ่นของตน
4. ทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิด การสะท้อนความคิด โดยการอภิปรายภายในกลุ่ม
5. สามารถสร้างเจตคติเกี่ยวกับ การยอมรับ ความคิดเห็นของผู้อื่นให้เกิดขึ้นกับบุคคลในกลุ่ม
6. สามารถสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม

ภาพพลิก (Flip Chart)

ภาพพลิกเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในประเภทของแผนภูมิ (Chart) ใช้ในการอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ ในรูปลักษณะ หรือภาพเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้ง่าย อาจมีคำอธิบายสั้น ๆ ประกอบก็ได้ ลักษณะจัดทำขึ้นเป็นแผ่น แล้วเชื่อมรวมกันเป็นเล่มสำหรับพลิกให้ดูทีละแผ่น

ประโยชน์ของการนำมาใช้ในการสอนนั้น เกื้อกูล คุปรัตน์ และคนอื่น ๆ (สุพัตรา ภูมิแดนดิน. 2534 : 42; อ้างอิงมาจาก เกื้อกูล คุปรัตน์ และคนอื่น ๆ. 2518 : 160)

1. นำไปใช้ในการเรียนการสอน เกี่ยวกับความสัมพันธ์รายละเอียดต่าง ๆ ในเนื้อหาที่สอน ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย
2. สามารถย้อนกลับไปมาในการอธิบาย เนื้อหาแต่ละส่วนได้ง่าย ไม่ยุ่งยากสับสน
3. ใช้สำหรับทบทวนเรื่องที่สอนให้เข้าใจได้อีกครั้งหนึ่ง

4. มีความสะดวกที่จะใช้ เพราะสามารถใช้สอนในห้องธรรมดาได้โดยไม่ต้องควบคุมเสียง หรือใช้อุปกรณ์ที่ซับซ้อนเท่าใดนัก

เอกสารแผ่นพับ เป็นอุปกรณ์ที่แจกให้หลังจากให้ลูกศึกษาเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้เตือนความจำ (มานี รุไทย. 2523 : 53)

จากแนวคิดเกี่ยวกับการสอนลูกศึกษา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการเรียนการสอน ดังนี้

1. การถ่ายทอดความรู้ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพมีผลโดยตรง การเรียนรู้ของผู้เรียน ประสิทธิภาพของการเรียนรู้เกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และวิธีการถ่ายทอดความรู้ ผู้วิจัยจึงจัดแบ่งกลุ่มการสอนผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ มีเจตคติ การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นกลุ่ม

2. ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมการสอน โดยการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วีดิทัศน์ สารคดีการออกกำลังกาย แจกเอกสารแผ่นพับ โดยการสอนสัปดาห์ละ 1 เรื่อง ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ สอนครั้งละ 2 ชั่วโมง

3. ในการสอนแต่ละครั้งผู้วิจัยจะต้องสังเกต และมีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียนว่ามีความชอบหรือเกิดความเบื่อหน่าย ไม่สนใจ เพื่อผู้วิจัยจะได้ปรับเปลี่ยนวิธีการสอนเพื่อความเหมาะสม และเกิดผลดีในการสอนครั้งต่อไป

ทฤษฎีการเรียนรู้

การเรียนรู้มีผู้ให้ความหมาย ไว้ดังนี้

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2528 : 126) ได้ให้ความหมายการเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์ หรือได้รับการฝึกฝนมิใช่เป็นผลมาจากการตอบสนองตามธรรมชาติ หรือสัญชาตญาณ วุฒิกาวะ พิชยาต่าง ๆ รวมทั้งอุบัติเหตุ หรือความบังเอิญ

อรนันท์ หาญยุทธ (2532 : 115) ได้ให้ความหมายการเรียนรู้ทางสุขภาพอนามัยคือ กระบวนการที่ทำให้บุคคลกรพบาบาล ประชาชน และผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ และทักษะซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คงทนถาวรเป็นผลสืบเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนของสุขภาพอนามัย

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมก่อนข้างถาวร ทั้งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลจากการได้รับฝึกฝนและเรียนรู้จากการเรียนการสอน

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

กระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ. 2532 : 117)

1. สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า หมายถึง สิ่งต่างๆ หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวผู้เรียน ได้แก่ ผู้สอน บทเรียน แผ่นใส กิจกรรม หนังสือ ฯลฯ

2. ผู้เรียน หมายถึง ผู้ที่แสดงพฤติกรรมการตอบสนองหลังจากการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า นั้นๆ เมื่อสิ่งเร้าผ่านเข้ามาทางอวัยวะสัมผัสของผู้เรียน

3. การตอบสนอง หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้เรียนได้แสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ซึ่งการตอบสนองจำแนกออกเป็น 3 ประการคือ

3.1 การตอบสนองในรูปของความรู้ ความคิด การวิเคราะห์ วิจารณ์ ซึ่งแสดงออกมาโดย วิธีการพูด บอก หรือสรุปในเรื่องนั้นๆ ได้

3.2 การตอบสนองในรูปของความรู้สึก เจตคติ ค่านิยมโดยการแสดงออกทางสีหน้า เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใสต่อสิ่งนั้น

3.3 การตอบสนองในรูปของพฤติกรรมเชิงทักษะ แสดงออกมาเป็นการกระทำ การเคลื่อนไหว เช่น เขียนบทความได้ วาดได้ เป็นต้น

โรเบิร์ต เอ็ม กาเย่ (Robert M Gagae) ได้แบ่งกระบวนการเรียนรู้ออกเป็น 8 ขั้นตอนดังนี้ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. 2528 : 129 - 130)

1. การจูงใจ (Motivation Phase) เป็นการชักจูงให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ โดยตั้งเป้าหมายไว้ ผู้เรียนพอใจเมื่อได้เรียนรู้

2. การรับรู้เรื่องต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้เรียน หรือรับรู้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Apprehending Phase) ผู้เรียนจะเลือกรับรู้ สิ่งเร้าที่สอดคล้องกับความตั้งใจของตน

3. การปรุงแต่งสิ่งที่รับรู้ไว้เป็นความจำ (Aquisition Phase) ซึ่งมีทั้งความจำระยะสั้น และเลื่อนหายไปได้เร็ว และความจำระยะยาวมักจำได้แม่นยำเลื่อนหายช้ากว่า

4. ความสามารถในการสะสมสิ่งที่จำเป็นไว้ (Retention Phase) ส่วนใหญ่เป็นหรือสะสมไว้ ความรู้บางอย่างเป็นความจำถาวร บางอย่างเลื่อนหายไปได้ บางอย่างอาจสับสนได้เนื่องจากมีสิ่งรบกวน

5. ความสามารถในการระลึกถึง สิ่งที่เคยเรียนรู้ไปแล้วได้ (Recall Phase)

6. ความสามารถในการสิ่งที่เรียนรู้แล้วไปประยุกต์ใช้กับสิ่งเร้าใหม่ที่คล้ายคลึงกับที่เรียนมาแล้ว (Generalization Phase)

7. การแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเรียนรู้ (Performance Phase) เช่น เรียนภาษาไทย แล้วแต่งกลอนสดได้เพราะ

8. การแสดงผลการเรียนรู้กลับไปยังผู้เรียน หรือการที่ผู้เรียนได้ทราบผลการเรียนรู้ (Feed Back phase) การวิจัยพบว่าผู้ที่ผู้เรียนได้ทราบผลการเรียนรู้ได้เร็วเท่าใด ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงเท่านั้น

นอกจากนี้เมื่อกล่าวถึงการสอนที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่สมบูรณ์แล้ว ผู้สอนจำเป็นต้องสำรวจพื้นฐาน ความรู้ของผู้เรียนก่อนจึงมีการเพิ่มเติม

จิตวิทยากลุ่มเกสตัลท์ เน้นความสำคัญส่วนรวมมากกว่าส่วนย่อย (The Whole is More than the Sum of Parts) ทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่มนี้ มีนักจิตวิทยาชาวเยอรมันชื่อ เคอร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ได้นำความรู้ทางคณิตศาสตร์ และฟิสิกส์ เข้ามาใช้ในทฤษฎีเรียกว่า “ทฤษฎีสถาน” (Field Theory) เลวินได้เน้นในแต่ละบุคคลมีจุดหมายปลายทาง มีแรงขับที่เกิดขึ้น แล้วใช้การลงใจพยายามทำให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ไปยังจุดหมายปลายทาง (Goal) และมีสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเป็นองค์ประกอบ เมื่อผู้เรียนมีจุดประสงค์แล้วต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับจุดหมายปลายทางนั้นให้ความสนใจเป็นพิเศษ ผู้สอนต้องคำนึงถึงการเรียนรู้ เกิดจากการสร้างแรงจูงใจและความแตกต่างของแต่ละบุคคลในด้านหัวข้อปัญหา และประสบการณ์เดิมที่แตกต่างกัน อันทำให้การเรียนรู้แตกต่างกันด้วย (กมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2528 : 207 : 212)

จากการศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ความเข้าใจ หรือทฤษฎีสถาน ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสอน ดังนี้

1. จากแนวคิดที่ว่า คนเราจะรับรู้ส่วนรวมก่อนส่วนย่อยเสมอ นั้น ผู้วิจัยนำแนวคิดเหล่านี้มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยครั้งแรกจะแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบเรื่องที่จะสอนโดยภาพรวมก่อน ครั้งต่อมาแยกส่วนเนื้อหาโดยเน้นรายละเอียดโดยคำนึงถึงระยะเวลา และเนื้อหาในแต่ละด้าน และแต่ละตอนด้วย

2. จากแนวคิดความเชื่อทางทฤษฎีที่ว่า แต่ละคนมีการรับรู้ต่างกัน แม้มีการแปลสัมผัสเหมือนกัน แต่ประสบการณ์เดิมของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมาใช้ในการสอนหรือบรรยายกับผู้สูงอายุแบบช้า ๆ และแจกเอกสารแผ่นพับเพื่อไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน โดยตระหนักถึงการรับรู้ สติปัญญา และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน

3. จากแนวคิดทฤษฎีที่เชื่อว่าการแก้ปัญหาเป็นวิธีการเรียนรู้ของแต่ละคนและตัวขั้นสูง ความคิดที่เกิดขึ้นในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงเรียกว่าหยั่งรู้ (Insight) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมาเป็นแนว

ทางในการกำหนดเป้าหมายในการสอนหรือบรรยายกับผู้สูงอายุ ให้เกิดความเข้าใจว่าการดูแลสุขภาพตนเองสามารถดำรงชีวิตได้เหมาะสม ถ้ามีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิตการส่งเสริมดูแลตนเอง จึงเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งนำไปสู่เป้าหมาย การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

องค์การอนามัยโลก (กระทรวงสาธารณสุข. 2534 : 210) ได้ให้ความหมาย การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหรือรับบริการ

เลวิน (Levin. 1976 : 487 - 489) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นเหมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง รวมรวมถึงการให้ความช่วยเหลือของกลุ่มบุคคล ที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพสาธารณสุขโดยตรง เช่น การให้การพยาบาล หรือการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรือสังคม

โอเร็ม (Orem. 1980 : 35) ได้ให้ความหมาย การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพความเป็นอยู่อันดีงามของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2533 : 5) ได้ให้ความหมาย การดูแลตนเองนั้นนับเป็นจุดมุ่งหมายอันเป็นรูปธรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต้องทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

สมทรง รักษ์เผ่า (สุวิชา จันทร์สุริยกุล. 2536 : 18; อ้างอิงมาจาก สมทรง รักษ์เผ่า. 2533 : 3 - 5) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคลครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การ

ฟื้นฟูสภาพให้ กลับสู่ภาวะที่เป็นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วย หรือเกิดความพิการขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าการดูแลตนเอง (Self Care) ก็คือ การดูแลพฤติกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และควรปฏิบัติหลังบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

มัลลิกา มิตโก (นพรัตน์ หนูปานยาง. 2540 : 19 ; อ้างอิงมาจาก มัลลิกา มิตโก. 2530 : 11 - 13) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ ก็คือการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ โดยการส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) และการป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นการป้องกันโรคเบื้องต้น และป้องกันโรครุนแรง ป้องกันการแพร่กระจายโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง หรือจากครอบครัว หรือเครือข่ายสังคมในการดูแลตนเอง

ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ ดังนี้ ฮิล และสมิทซ์ (สุมน สุเดชะ. 2530 : 30 - 40 ; อ้างอิงมาจาก Hill and Smith. 1985 : 9)

1. ประหยัดเงินในส่วนที่ต้องใช้จ่ายในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งป้องกันโรค หรือลดความรุนแรงของโรค ย่อมมีผลดีต่อเศรษฐกิจของบุคคลนั่นเอง ต่อสังคมโดยรวม

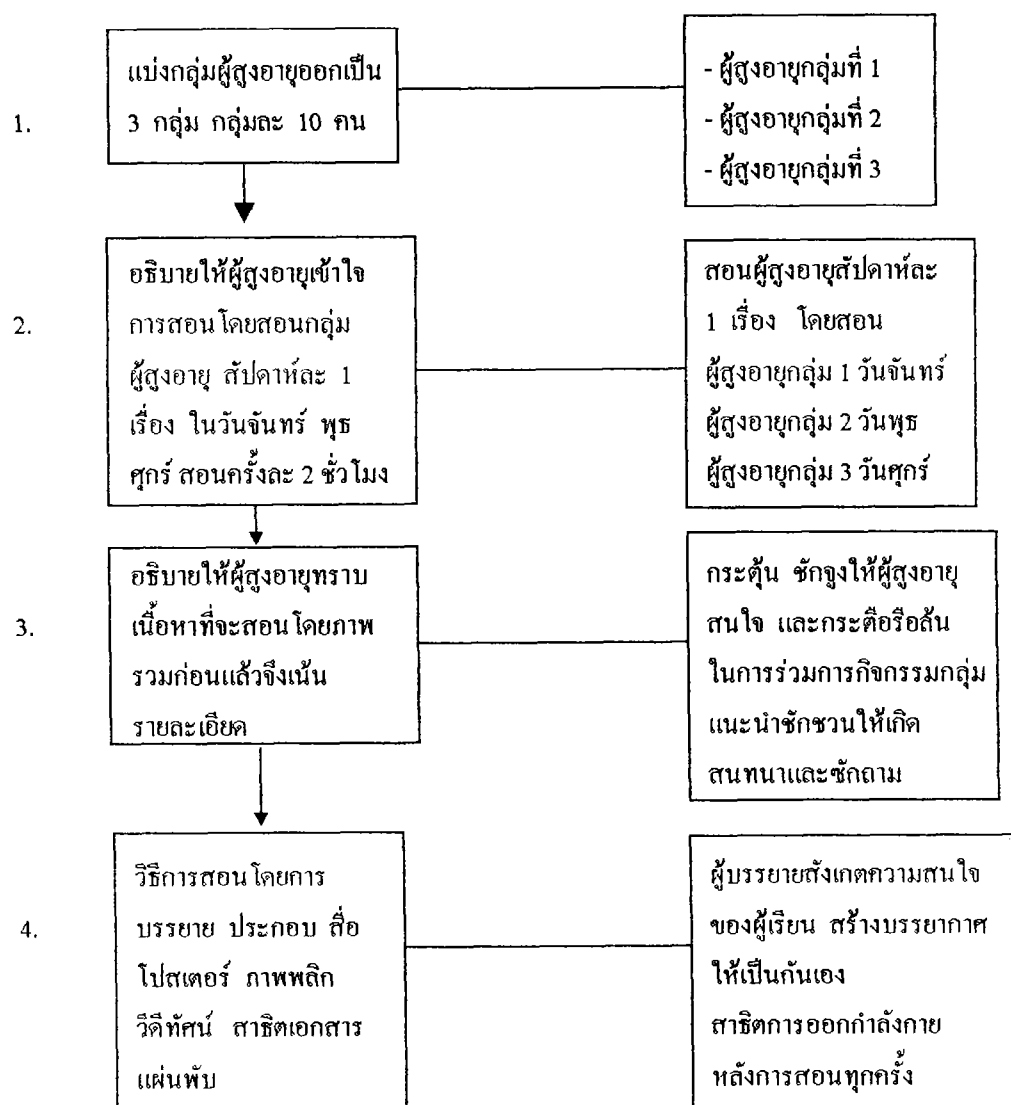
2. มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง
3. มีการเรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น
4. ความเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่ และการทำงานของร่างกายมากขึ้น
5. มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวได้ดีขึ้น
6. มีความสบายใจ เมื่อต้องเผชิญกับการที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย
7. เรียนรู้ว่า เมื่อไรจึงจะสมควรปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษา

จากการศึกษาเกี่ยวกับการการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการเรียนการสอน เพื่ออธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการป้องกัน การรักษา

และการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ

โปรแกรมสุขศึกษา

จากการศึกษาทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำแนวคิดมาสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ดังปรากฏตามภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 แสดงโปรแกรมสุขศึกษา

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

ทิซซู (Tissue. 1980 : 336) ได้ศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ที่มีรายได้น้อยในสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,402 คน เปรียบเทียบการวัด สภาวะทางสุขภาพจากวันที่เจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 65 - 74 ปี และผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปตอบว่ามีสุขภาพดี เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างเพศ ผู้สูงอายุชายตอบว่าสามารถทำงานและทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุในเพศหญิง

กาลทาลเลอร์ และคนอื่น ๆ (Kalchthaler and others. 1978 : 414 - 428) ได้ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานพยาบาล เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 189 คน มีการพลัดตกหกล้ม 190 ครั้ง และแบ่งการศึกษาพลัดตกหกล้มออกเป็น 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า มีการพลัดตกหกล้ม ที่มีบาดเจ็บมากร้อยละ 38 บาดเจ็บเล็กน้อยมีร้อยละ 62 ส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เกิดในเพศหญิงร้อยละ 79 เกิดในเพศชายร้อยละ 21 การพลัดตกหกล้มที่มีบาดเจ็บมาก มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป และบาดเจ็บเล็กน้อยจะพบมากที่สุด มีอายุอยู่ระหว่าง 70 - 85 ปี นอกจากนี้มีจำนวนโรคเรื้อรัง และจำนวนของการได้รับยาบางชนิด มีความสัมพันธ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และเวลาที่เกิดมากที่สุด คือ ช่วงระยะเวลา 16.00 - 17.00 น., 19.00 - 20.00 น., 20.00 - 23.00 น. และ 6.00 น. - 7.00 น. สถานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ ห้องนอน

เพอร์รี่ (Perri. 1985 : 167 - 172) ได้ศึกษาถึงเรื่อง “ผลกระทบของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อสุขภาพจิตผ่านแปรตามผู้สูงอายุ” (The Effect of an Aerobic Exercise Program on Psychological Variable in Older Adults) ในการศึกษาประเมินสุขภาพจิตจากผลกระทบของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยให้โปรแกรมแอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 23 คน ใช้ช่วงเวลา 14 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าแตกต่างกัน ในความคิดรวบยอดของตนเอง และแตกต่างกันมากในความรู้สึกร่วมของกลุ่มควบคุม แต่การปรับปรุงโดยความจำยังไม่ปรากฏ

บีล (Beal. 1986 : 157) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบของการเต้นรำ หรือโปรแกรมการเคลื่อนไหวต่อการปรับปรุงสำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย (The Effect of Dance / Movement Activity Program on the Successful Adjustment to Aging in the Active/ Independent Older Adult) เพื่อแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมการทำงานทั้งร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายแบบเข้าจังหวะของกลุ่มกล้ามเนื้อใหญ่ ปรากฏว่าช่วยลดความวิตกกังวล และความกดดัน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 60 - 81

ปี จำนวน 25 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ไม่ช่วยลดความกดดัน และไม่เพิ่มความพอใจของชีวิต เนื่องจากตัวแปรอื่น ๆ จึงต้องนำมาพิจารณาแนวทางในการทำวิจัยต่อไปในอนาคต ซึ่งคาดการณ์ว่าการแสดงท่าทางเดินร่าจะถูกรวมเข้าเป็นแกนนำการเคลื่อนไหว

สเตซี่ และคนอื่น ๆ (Stacey and others, 1985 : 67 - 74) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้และเหตุผลของการเปลี่ยนพฤติกรรมจากการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายของบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (Simple Cognitive and Behavioural Change Resulting from Improved Physical Fitness in Persons Over 50 Years of Age) การประเมินผลกระทบของการออกกำลังกายต่อการปฏิบัติด้านความรู้และความสุขทางจิตใจ ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างชุดของตัวแปรและสิ่งที่ได้จากโปรแกรมสมรรถภาพ จากการคาดคะเนว่าผลกระทบที่เป็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย อาจจะแผ่ขยายกว้างออกไปยังกระบวนการความรู้และบุคลิกภาพ

คันทิงแฮม (Cunningham, 1989 : 4968 B) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชมรมผู้สูงอายุ (Health Promoting Self Care Behavior in the Community Older Adult) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีโอเรม โดยนำเสนอการผสมผสานระหว่างมโนทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายได้ ผู้สูงอายุที่มีอิสระต่อกัน จำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งกว่านี้ความสัมพันธ์ยังมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปร ยังแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ความรู้สุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และแรงจูงใจในเรื่องของสุขภาพทั้งหมดล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพด้วยทั้งนั้น

การวิจัยในประเทศไทย

เสาวณีย์ กานต์เดชารักษ์ (2524 : 61 - 63) ได้ศึกษาความต้องการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ใช้กลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 220 คน ได้ศึกษาด้านสถานภาพทางกาย ด้านความสามารถทางร่างกายและสุขภาพจิต ด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่าความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุชายและหญิง อายุ 60 - 75 ปี และ 75 ปีขึ้นไป ในแต่ละด้านความต้องการทุกด้านไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ความสามารถทางร่างกาย ความต้องการทางด้าน

สถานภาพสมรส คู่ และหม้าย (รวมทั้งโสด) ในแต่ละด้านและรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ด้านบริการทางการแพทย์

ปราโมทย์ วังสะอาด (2530 : 103) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 261 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครัวเรือนดี ส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสุขภาพดี ส่วนใหญ่จะมีสุขภาพจิตดีด้วย และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่จะมีสุขภาพจิตไม่ดี

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ (2531 : 70 - 72) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 - 74 ปี จำนวน 1,874 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการปฏิบัติตนในอดีตในแง่การแพทย์ และสาธารณสุข ศึกษาว่ามีสุขภาพแข็งแรง มีอัตราการออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยสนใจสุขภาพของตนเอง ไม่เคยตรวจร่างกายถึงร้อยละ 80.10 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่หรือเกือบหมด และไม่ค่อยดื่มชา กาแฟ การปฏิบัติส่วนใหญ่รักษากับพยาบาล หรือแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองตนเองแก่แล้ว มีการทำจิตใจให้สงบโดยใช้ศาสนาเป็นหลัก การระวังรักษาสุขภาพและทำงานอยู่เสมอเป็นสาเหตุที่ทำให้อายุยืน ปัญหาผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาสุขภาพ รองลงมาคือปัญหาเรื่องการเงิน

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 7) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในเขตชุมชนกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 1,077 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับปานกลาง ค่อนข้างดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย มีปัญหาสายตา หู เหนืออกและฟัน ผู้สูงอายุร้อยละ 48 มีโรคประจำตัว โรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคหัวใจ และหลอดเลือด

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 72 - 74) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด และในเขตชุมชนไม่แออัด กลุ่มตัวอย่าง 180 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุในชุมชนแออัด 60 ราย และชุมชนไม่แออัด 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนแออัด และชุมชนไม่แออัด มีลักษณะแตกต่างกัน ทั้ง 2 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบในด้านสุขภาพร่างกายพบว่ามีความแตกต่างกันเฉพาะอาชีพในกลุ่มค้าขายเท่านั้น ส่วนด้านจิตใจพบว่าทั้งสองชุมชนมีสถานภาพสุขภาพที่แตกต่างกันทุกปัจจัย

โสมพรรณ ถิ่นว่อง (2533 : 44) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุจำนวน กลุ่มตัวอย่าง 435 คน พบว่าสภาพร่างกายทั่วไปของผู้สูงอายุด้วยโครงสร้างของร่างกายส่วนใหญ่ปกติ แต่มีอาการหลังโก่ง (Scoliosis) ร้อยละ 3.50 ความสะอาดผิวหนังอยู่ในระดับดีร้อยละ

69.10 ส่วนสะอาดของผมและเล็บ เครื่องแต่งกายที่อยู่อาศัยพบว่าร้อยละ 5.50 มีความสะอาดดี สภาพการรับรู้กลิ่น (จมูก) การรับรู้อาหาร (ลิ้น) และการได้ยินของหู และการรับรู้ระดับดีร้อยละ 95 ระบบการย่อยผิดปกติร้อยละ 74.90 คือ มีอาการท้องอืด นิสัยการขับถ่ายที่ปกติร้อยละ 76.60 ด้านการพักผ่อนนอนหลับพบว่าร้อยละ 57 หลับได้ดีตลอดคืนร้อยละ 41.20 หลับ ๆ ตื่น ๆ และ พบร้อยละ 88.70 ยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือครอบครัว

ละออง สุวิทย์ภรณ์ (2534 : 99 - 101) ได้ศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในสุขภาพ : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอคอนขาม จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง 131 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความผิดปกติของสุขภาพกายมากที่สุด ได้แก่ ฟันร้อยละ 92.40 รองมาความสามารถในการมองเห็นร้อยละ 87 ด้านสุขภาพจิต ยังคงรู้สึกได้รับความสนใจจากผู้อื่นตลอดจน ประสบความสำเร็จในชีวิตแล้ว

ฉัฐกร อ่วมบำรุง (2534 : 82 - 87) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 188 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานบ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับ สุขภาพระดับดี และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับที่ปฏิบัติในบางครั้ง

มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51 - 53) ได้ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ และความสามารถ ในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.65 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ทางอ้อม โดยผ่านความสามารถในการดูแลตนเอง ตัวแปรทั้งหมด อธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.76

นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534 : 50 - 51) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางการบวกกับภาวะสุขภาพ เมื่อนำเพศ สถานภาพสมรส รายได้ และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุรีย์พร ศรีขาวฉิมวาทย์ (2534 : 68 - 69) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิด อุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองนครปฐม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 260 คน อายุ 60 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า การเกิดอุบัติเหตุของหญิงมีอัตราร้อยละ 58.15 และชายร้อยละ

11.11 เกิดอุบัติเหตุเพศหญิงต่อชาย 8.23 : 1 เกิดอุบัติเหตุในบ้าน 120 คน มีอุบัติเหตุถึง 145 ครั้ง อัตราอุบัติเหตุ (รายบุคคล) เท่ากับร้อยละ 46.15 อุบัติการณ์ (รายครั้ง) เท่ากับร้อยละ 57.77 อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม มีอุบัติเหตุมากที่สุดร้อยละ 42.70 ห้องน้ำ ห้องส้วม เป็นสถานที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดร้อยละ 18.08 รองลงมาคือของมีคมร้อยละ 11.92 (มีดบาด) อุบัติการณ์ที่พบน้อยที่สุดได้แก่ไฟไหม้ น้ำร้อนลวกพบร้อยละ 1.15 กิจกรรมจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวกเกิดจากการทำอาหาร และบาดเจ็บเป็นแผลไฟไหม้ มีอุบัติเหตุเท่ากันคือร้อยละ 1.15

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 156 - 166) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดี กลุ่มตัวอย่าง 206 คน พบผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุมีอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ที่แตกต่างกัน จะมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน เพศ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัยที่แตกต่างกันไม่ทำให้แบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

จินตนา รอดนำพา (2535 : 90 - 91) ได้ทำการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประชากร 4,000 คน กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านรับประทานอาหาร การนอนหลับการพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด และการรักษาสุขภาพจิต โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

กรองจิตร ชมสมุท (2535 : 84 - 89) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา เป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน โดยในกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อม โดยโครงการสุขภาพที่ผู้วิจัยได้กำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสนับสนุนจากญาติตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับแรงสนับสนุนจากญาติกลุ่มที่ได้รับโครงการสุขภาพ ผู้ป่วยมีเจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเฉลี่ยดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในโลหิตเฉลี่ยลดลง แรงสนับสนุนจากญาติไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และเจตคติของผู้ป่วย แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังจากญาติผู้ป่วยได้รับโครงการสุขภาพ ญาติมีการสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่ก่อนได้รับโครงการสุขภาพ

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 109 - 111) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิต ในจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 79.10 มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 78.80 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยอำนาจความเชื่อ

อำนาจผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.20 และมีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อ
อำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับร้อยละ 58.80

สายชนด์ เจริญจำ (2535 : 66 - 68) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึม
เศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท : การศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 350 คน ผลการวิจัยพบว่า ความทุกข์ของความ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 67.40 มีลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ การศึกษาความสัมพันธ์
ของปัจจัยต่าง ๆ กับความซึมเศร้า พบว่า อายุ อาชีพ รายได้ งานอดิเรก สถานภาพ สุขภาพกาย
มีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพัตนา คำสอน (2535 : 66 - 67) ได้ศึกษาเรื่องผลของการจัดโปรแกรมออกกำลังกาย
แบบแอโรบิกต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง 36 คน
กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วันละ 15 - 20 นาที
สัปดาห์ละ 5 วัน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง พบว่าผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน
เฉลี่ยการปรับตัวตามความต้องการทางด้านสรีรวิทยา การปรับตัวด้านอึดทนโน้ทน การปรับตัวทั้ง
2 ด้าน สูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536 : 109 - 112) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการ
ดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีระดับความดันก้ำกึ่งใน
อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 64 คน ในหมู่บ้านทดลอง จำนวน 63 คน
ในหมู่บ้านเปรียบเทียบ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจัดกิจกรรมในโปรแกรม
การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดัน
โลหิตสูง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ต่อประโยชน์ และอุปสรรคที่จะได้
รับจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนจัดกิจกรรม และดีวกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$)

✕ เกษร สำเภาทอง (2536 : 107 - 112) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษา
ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง 76 คน กลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่ม
เปรียบเทียบ 36 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษา ผู้สูงอายุมี
การรับรู้ คาดหวัง และพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมถูกต้องกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และถูกต้อง
กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทิมา เย็นสุขใจ (2537 : 71 - 72) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ
ต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กลุ่มตัวอย่าง 112 คน

กลุ่มทดลอง 56 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 56 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย เดือนละ 2 ครั้ง 3 เดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากพี่เลี้ยง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมดีขึ้นและความเครียดลดลง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538 : 98 - 102) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวพฤติกรรมดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัด ชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง 374 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษา มีความสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว อยู่ในระดับดีร้อยละ 85.10 ส่วนในระดับไม่ดีพบเพียงร้อยละ 4 มีความพึงพอใจ ในชีวิตในระดับดีร้อยละ 53.20 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ พึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

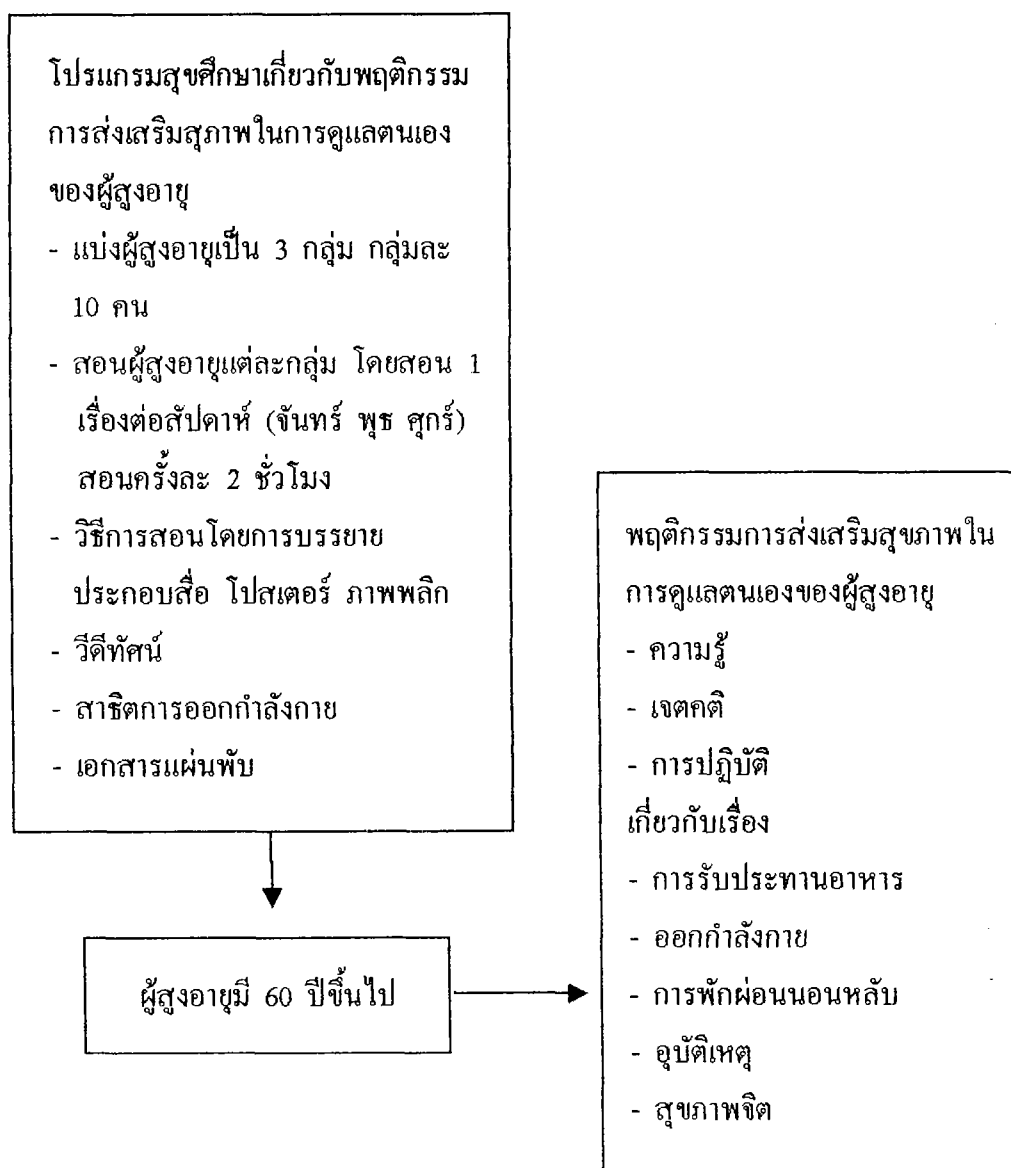
สรพยาพร วงศ์คำลือ (2538 : 80 - 82) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม ทดลอง 41 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้สูงอายุ 40 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา แต่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ รวมทั้งสุขภาพดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 135 - 140) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เป็นชาย 212 คน เป็นหญิง 188 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน และสถานภาพในครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม 3 กลุ่ม ตามตัวแปรที่ศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณ ร้อยละ 42 ปัจจัยนำเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปางได้ดีที่สุด ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาได้แก่ อาชีพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิก ในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ตามลำดับ

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97 - 105) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่าง 260 คน ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติ ก่อนข้างดี และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร การศึกษา อาชีพ และรายได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาการวิจัย พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพอนามัย ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความเชื่อ สภาพความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และสังคมเป็นส่วนใหญ่ จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับการสอนสุขศึกษาตามปกติ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ
3. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยการนำทฤษฎีการวิจัยในบทที่ 2 เป็นแนวคิดใช้ในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยวิธีบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วีดิทัศน์ สาสิต แจกเอกสารแผ่นพับ เป็นวิธีการให้สุขศึกษา จากนั้นทดลองเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อยู่ในเขตอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,826 คน เป็นเพศชาย 909 คน เป็นเพศหญิง 917 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมี 5 ตำบล 55 หมู่บ้าน ผู้วิจัยเลือก 1 ตำบล คือ ตำบลโสกลปาดูก ซึ่งมี 8 หมู่บ้าน แล้วเลือกมา 2 หมู่บ้าน โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เลือกหมู่บ้านโสกลปาดูกเป็นหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านหนองดามานาเป็นหมู่บ้านควบคุม โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เลือกกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 30 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบแผน Randomized Control Group Pretest - Posttest Design มีลักษณะทดลองดังนี้ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 216)

กลุ่ม	สอบก่อน	ทดลอง	สอบหลัง
ER	T ₁	X	T ₂
CR	T ₁	-	T ₂

สัญลักษณ์ที่ใช้ในรูปแบบของการทดลอง

X	แทน การจัดการกระทำ (Treatment)
T ₁	แทน การสอบก่อนที่จะจัดการทำการทดลอง (Pretest)
T ₂	แทน การสอบหลังจากที่จัดการทำการทดลอง (Posttest)
R	แทน การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random Assignment)
C	แทน กลุ่มควบคุม (Control Group)
E	แทน กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแผนการสอนสุขศึกษา ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1.1 แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

1.2 ทำการสอนผู้สูงอายุโดยอธิบายให้ทราบถึงเรื่องที่จะสอนโดยภาพรวมก่อน แล้วอธิบายเนื้อหาโดยเน้นอย่างละเอียด การสอนผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มโดยสอน 1 เรื่องต่อสัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) ในการสอนแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 ชั่วโมง วิธีการสอนโดยการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วิดีทัศน์ สาริต เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต

1.3 ทบทวนเนื้อหาการสอนในแต่ละครั้งและสาริตการออกกำลังกาย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต ลักษณะคำถาม 2 ตัวเลือก ตอบคำถาม ใช่ ไม่ใช่

จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต เป็นคำถามให้เลือกตอบตามความคิดเห็น เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยสร้างคำถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ 1 ข้อ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต เป็นคำถามเลือกตอบตามความเป็นจริง มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยสร้างคำถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ 1 ข้อ จำนวน 20 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต
2. จัดทำแผนการสอน โดยมียุทธศาสตร์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์ การสอน และการประเมินผลการสอน
3. นำแผนการสอน อุปกรณ์การสอน และแบบสัมภาษณ์ เสนอประธานและกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อพิจารณาเนื้อหา จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
4. ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าดัชนีความสอดคล้องพบว่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ นำเสนอต่อประธานและกรรมการที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้
5. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว ไปทดลอง (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน
6. ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้จริง

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้ มี 2 ตัวเลือก ตอบใช่ ได้คะแนน 1 ตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 0
2. แบบสัมภาษณ์เจตคติ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความ ดังนี้

แบบสัมภาษณ์	ความหมายเชิงบวก	ความหมายเชิงลบ
เห็นด้วย	ให้คะแนน 3	1
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	2
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 1	3

3. แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้สูงอายุ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความ ดังนี้

แบบสัมภาษณ์	ความหมายเชิงบวก	ความหมายเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 1	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 0	2

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Face Validity) แล้วนำแบบสัมภาษณ์ มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป เป็นข้อคำถาม (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลอง (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนแต่ละคนที่ได้มาเรียงลำดับจากคะแนนสูงสุดไปถึงคะแนนต่ำสุด ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มสูง กลุ่มต่ำ ใช้เทคนิคร้อยละ 50 ของจำนวนแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ในการแบ่งกลุ่มสูง กลุ่มต่ำ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. ม.ป.ป. : 186) แล้วจึงหาคุณภาพ

3. การหาค่าความยากง่ายของแบบสัมภาษณ์ความรู้ โดยพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 – 0.80 ไว้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 129 – 130)

4. การหาค่าอำนาจจำแนก

4.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความรู้ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) ด้วยวิธีพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ก่อน คือ ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่ดี ได้แบบสัมภาษณ์จำนวน 20 ข้อ

4.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติ โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) ด้วยวิธีพอยต์ไบซีเรียล แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงไว้ก่อนคือตั้งแต่ 0.20 ได้แบบสัมภาษณ์เจตคติจำนวน 15 ข้อ และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติจำนวน 20 ข้อ

5. การหาค่าความเชื่อมั่น

5.1 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้ที่มีค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร K.R - 20 (Kuder - Richardson Formula 20) แบบสัมภาษณ์ความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123 - 125)

5.2 การหาค่าความเชื่อของแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติ ที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัท (Cronbach. 1970 : 161) แบบสัมภาษณ์เจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.62 และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.66

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน มีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ไปถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จังหวัดชัยภูมิ เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยที่อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
2. ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดชัยภูมิ ถึงสาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยในเขตอำเภอหนองบัวระเหว
3. ติดต่อกำนัน ตำบลโสกลาตุก ผู้ใหญ่บ้าน 2 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านทคลอง และหมู่บ้านควบคุม
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล และติดตามผลการทดลอง ใช้เวลา 7 สัปดาห์

การดำเนินการทดลอง

ในการดำเนินการครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) หมู่บ้านโสกลาตุกซึ่งเป็นหมู่บ้านทคลอง มีจำนวนผู้สูงอายุ 55 คน และหมู่บ้านหนองตานาซึ่งเป็นหมู่บ้านควบคุม มีจำนวนผู้สูงอายุ 52 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน โดยเขียนรายชื่อผู้สูงอายุใส่กล่อง จับสลากทีละใบแล้วไม่ใส่คืน จนได้กลุ่มผู้สูงอายุครบตามจำนวนที่ต้องการ

- 1.1 กลุ่มทดลอง หมู่บ้านโสกลาตุก จำนวน 30 คน

1.2 กลุ่มควบคุม หมู่บ้านหนองตานา จำนวน 30 คน

2. ทำการสัมภาษณ์ (Pre - test) ในสัปดาห์ที่ 1 ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูงอายุ

3. วิธีการดำเนินการทดลองโดย

3.1 ให้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามที่กำหนดไว้อีก 5 สัปดาห์ โดยแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มละ 10 คน สอน 1 เรื่อง ต่อ 1 สัปดาห์ ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ใช้เวลาในการสอนครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วิดีทัศน์ สาริต เอกสารแผ่นพับ ดังปรากฏตามตาราง 2

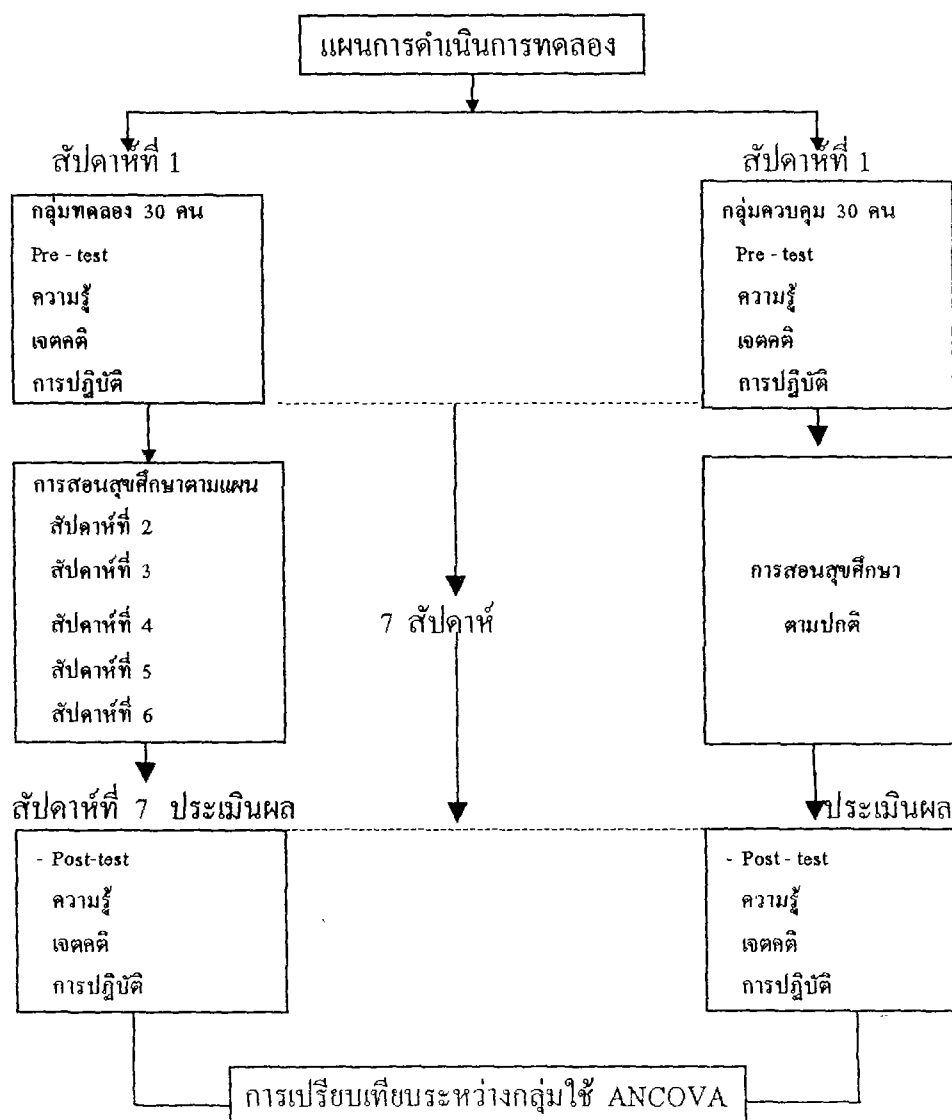
ตาราง 2 แสดงขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์	วัน	วันที่	เดือน	ปี	กลุ่ม	กิจกรรม
1	จันทร์	29	มิถุนายน	2541	ทดลอง	Pre – test
	ศุกร์	3	กรกฎาคม	2541	ควบคุม	Pre – test
2	จันทร์	6	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	พุธ	8	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	ศุกร์	10	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
3	จันทร์	13	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	พุธ	15	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	ศุกร์	17	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
4	จันทร์	20	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	พุธ	22	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	ศุกร์	24	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
5	จันทร์	27	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	พุธ	29	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	ศุกร์	31	กรกฎาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
6	จันทร์	3	สิงหาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	พุธ	5	สิงหาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
	ศุกร์	7	สิงหาคม	2541	ทดลอง	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา
7	จันทร์	10	สิงหาคม	2541	ควบคุม	Post – test
	ศุกร์	14	สิงหาคม	2541	ทดลอง	Post – test

3.2 เมื่อสิ้นสุดการสอนโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ หลังการทดลอง (Post - test) ด้วยเครื่องมือชุดเดิมทั้งกัน 1 อาทิตย์ ในสัปดาห์ที่ 7

3.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูล Pre-test และ Post-test กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา แต่ได้รับสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเข้าไปตรวจเยี่ยมหมู่บ้าน ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเดือนละ 1 ครั้ง และได้รับความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผ่านทาง หอกระจายข่าว และการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก สาริตถ์การออกกำลังกาย เอกสารแผ่นพับ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการตรวจคะแนนแล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐาน จากที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยปรากฏตามภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 แสดงแผนการดำเนินการของโปรแกรมสุขศึกษา

วิธีจัดการกับข้อมูล

หลังจากรวบรวมแบบสัมภาษณ์ ก่อนทดลอง (Pre - test) และหลังทดลอง (Post - test) ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
4. วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง เมื่อทำการควบคุมคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ทดสอบเครื่องมือ

1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117) จากสูตร

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

1.2 หาค่าความยากง่าย (P) แบบสัมภาษณ์ความรู้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 129 - 130) จากสูตร

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.3 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ความรู้ โดยใช้คอมพิวเตอร์ในโปรแกรม SPSS โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

1.4 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้ทั้งฉบับใช้สูตร K.R. - 20 (Kuder Richardson Formula 20) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123 - 125)

$$r_x = \frac{n}{n - 1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_i^2} \right]$$

เมื่อ n แทน จำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์

S_i^2 แทน ค่าความแปรปรวนของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

p แทน สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q แทน สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ = 1 - p

1.5 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติ โดยวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 115)

1.6 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161)

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

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

k แทน จำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์

S_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของข้อสอบแต่ละข้อ

S_t^2 แทน คะแนนรวมความแปรปรวนของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1 ค่าร้อยละ

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนน (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 41)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนน

n แทน จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 :

74)

$$SD = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n - 1)}}$$

เมื่อ SD แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2.4 วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง เมื่อทำการควบคุมคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน ค่าเฉลี่ย
N	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
F	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
SS	แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
df	แทน ความเป็นอิสระที่คะแนนจะเปลี่ยนแปลงไป (Degree of Freedom)
P	แทน ความน่าจะเป็น (Probability)
**	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาค้นคว้า

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS – Statistical Package for the Social Sciences) วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเพศ อายุ สัญชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน อาชีพปัจจุบันของท่าน รายได้เฉลี่ยของท่าน รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนทดลอง และหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง เมื่อทำการควบคุมคะแนน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สัญชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานการเป็นอยู่ปัจจุบัน อาชีพปัจจุบันของท่าน รายได้เฉลี่ยของท่าน รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

ตาราง 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลชีวสังคม

ข้อมูลชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N = 30)	ร้อยละ	จำนวน (N = 30)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	36.67	14	46.67
หญิง	19	63.33	16	53.33
ปัจจุบันท่านมีอายุ				
60 – 64 ปี	12	40.00	8	26.67
65 – 69 ปี	6	20.00	10	33.33
70 – 74 ปี	7	23.33	7	23.33
75 ปีขึ้นไป	5	16.67	5	16.67
สัญชาติ				
ไทย	30	100	30	100
จีน	-	-	-	-
อื่น ๆ	-	-	-	-
ศาสนา				
พุทธ	30	100	30	100
คริสต์	-	-	-	-
อื่น ๆ	-	-	-	-
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	5	16.67	8	26.67
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	14	46.67	8	26.67
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	-	-	-	-
อนุปริญญา	-	-	-	-

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N = 30)	ร้อยละ	จำนวน (N = 30)	ร้อยละ
ปริญญาตรี	-	-	-	-
อื่น ๆ ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	36.67	14	46.67
สถานภาพสมรส				
โสด	-	-	-	-
คู่	12	40.00	18	60.00
หม้าย	17	56.67	11	36.67
หย่าร้าง / แยกกัน	1	3.33	1	3.33
สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน				
อยู่คนเดียว	2	6.67	1	3.33
อยู่กับคู่สมรส	-	-	4	13.33
อยู่กับบุตรหลาน	16	53.33	10	33.33
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	12	40.00	15	50.00
อยู่กับญาติและคนรู้จัก	-	-	-	-
อื่น ๆ	-	-	-	-
อาชีพปัจจุบันของท่าน				
ไม่มีอาชีพ	11	36.67	10	33.33
รับจ้าง	6	20.00	10	33.33
ค้าขาย	-	-	-	-
เกษตรกร / ทำสวน	13	43.33	10	33.33
ข้าราชการบำนาญ	-	-	-	-
อื่น ๆ	-	-	-	-
รายได้เฉลี่ยของท่าน				
ไม่มีรายได้	-	-	-	-
ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน	30	100	30	100
2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน	-	-	-	-
มากกว่า 7,000 บาท	-	-	-	-

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N = 30) ร้อยละ		จำนวน (N = 30) ร้อยละ	
รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่				
ไม่เพียงพอ	10	33.33	10	33.33
พอกินพอใช้ไม่มีเหลือ	20	66.67	20	66.67
มีเหลือเก็บเล็กน้อยในบางเดือน	-	-	-	-
มีเหลือเก็บทุกเดือน	-	-	-	-

จากตาราง 3 วิเคราะห์ค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลพบว่า

เพศ

กลุ่มทดลอง พบเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 63.33 และพบเพศชายคิดเป็นร้อยละ 36.67

กลุ่มควบคุม พบเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 53.33 และพบเพศชายคิดเป็นร้อยละ 46.67

ปัจจุบันท่านมีอายุ

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.00 และพบว่ามีอายุ 75 ปีขึ้นไปน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.67

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.33 และพบว่ามีอายุ 75 ปีขึ้นไปน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.67

สัญชาติ

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีสัญชาติไทยคิดเป็นร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุมีสัญชาติไทยคิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากับกลุ่มทดลอง

ศาสนา

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุมีศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากับกลุ่มทดลอง

ระดับการศึกษา

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือเทียบเท่ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือคิดเป็นร้อยละ 36.67 และน้อยที่สุดเรียนต่ำกว่าประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 16.67

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.67 และรองลงมาพบว่าเรียนระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษาเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 26.67

สถานภาพสมรส

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุเป็นหม้ายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมา พบว่ามีคู่คิดเป็นร้อยละ 40.00 และพบมีการหย่าร้าง / แยกทางกัน น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.33

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุมีคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาพบว่าเป็นหม้ายคิดเป็นร้อยละ 36.67 และพบว่าหย่าร้าง / แยกกันอยู่น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.33

สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุอยู่กับบุตรหลานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมา พบว่าอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และพบว่าอยู่คนเดียวน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.67

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาพบว่าอยู่กับบุตรหลานคิดเป็นร้อยละ 33.33 อยู่กับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 13.33 และพบว่าผู้สูงอายุอยู่คนเดียวน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.33

อาชีพปัจจุบันของท่าน

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีอาชีพทำเกษตร/ ทำสวน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาพบว่าไม่มีอาชีพคิดเป็นร้อยละ 36.67 และพบว่ามีอาชีพรับจ้างน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 20.00

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุมีอาชีพเกษตร/ ทำสวน ไม่มีอาชีพ และมีอาชีพรับจ้างเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 33.33

รายได้เฉลี่ยของท่าน

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากับกลุ่มทดลอง

รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้พอกินพอใช้ไม่มีเหลือมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ

66.67 และพบว่ามียาใช้ได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 33.33

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้พอกินพอใช้ไม่มีเหลือนำมาที่สุดคิดเป็นร้อยละ

66.67 และพบว่ามียาใช้ได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากับกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ความรู้ก่อนการทดลอง			ความรู้หลังการทดลอง		
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S
ทดลอง	30	6.47	2.42	30	17.93	1.87
ควบคุม	30	5.70	2.53	30	10.67	2.55

จากตาราง 4 แสดงว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น จาก 6.47 เป็น 17.93 ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.70 เป็น 10.67

ตาราง 5 ผลวิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ยเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	เจตคติก่อนการทดลอง			เจตคติหลังการทดลอง		
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S
ทดลอง	30	29.00	4.35	30	37.67	4.08
ควบคุม	30	30.30	4.50	30	31.47	4.16

จากตาราง 5 แสดงว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยเจตคติเพิ่มขึ้น จาก 29.00 เป็น 37.67 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยเจตคติเพิ่มขึ้นจาก 30.30 เป็น 31.47

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์คะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

กลุ่ม	การปฏิบัติก่อนการทดลอง			การปฏิบัติหลังการทดลอง		
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S
ทดลอง	30	19.43	3.27	30	25.97	2.61
ควบคุม	30	19.90	3.13	30	22.60	3.65

จากตาราง 6 แสดงว่า ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 19.43 เป็น 25.97 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 19.90 เป็น 22.60

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง เมื่อทำการควบคุมคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Coveriates	39.855	1	39.855	7.184	.005
Main effect	744.781	1	744.781	161.751**	0.000
Residual	279.752	57	4.908		
รวม	1082.600	59	18.349		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 7 แสดงว่าความรู้ก่อนการทดลองมีความสัมพันธ์กับความรู้หลังการทดลอง และสามารถพยากรณ์คะแนนความรู้หลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ

ความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และจากตาราง 4 จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นสรุปได้ว่าการสอนโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นมีประสิทธิภาพผลสูงกว่า การให้สุขศึกษาตามปกติ

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนค่าเฉลี่ยเจตคติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Coveriates	133.033	1	133.033	8.906	.004
Main effect	641.366	1	641.366	42.939**	0.000
Residual	851.400	57	14.937		
รวม	1554.850	59	26.353		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 แสดงว่าเจตคติก่อนทดลองมีความสัมพันธ์กับเจตคติหลังการทดลองและสามารถใช้พยากรณ์คะแนนเจตคติหลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเจตคติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และจากตาราง 5 จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นสรุปได้ว่าการสอนโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นมีประสิทธิภาพผลสูงกว่า การให้สุขศึกษาตามปกติ

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Coveriates	101.233	1	101.233	11.984.	.001
Main effect	188.991	1	188.991	22.306**	0.000
Residual	482.933	57	8.473		
รวม	754.183	59	12.783		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 แสดงว่าการปฏิบัติก่อนทดลองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหลังทดลอง และสามารถให้พยากรณ์คะแนนการปฏิบัติหลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการปฏิบัติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และจากตาราง 6 จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นสรุปได้ว่าการสอนโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นมีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติ

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มี 5 ตำบล ผู้วิจัยเลือก 1 ตำบล และ 2 หมู่บ้าน โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เลือกหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และเลือกกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 30 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยแผนการสอนสุขศึกษา โดยแบ่งการสอนผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยสอน 1 เรื่องต่อสัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) การสอนแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 ชั่วโมง

- วิธีสอน โดยการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก
- วัสดุทัศน การออกกำลังกายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- สาริตการออกกำลังกาย
- เอกสารแผ่นพับ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน มี

ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต ลักษณะคำตอบ 2 ตัวเลือก ตอบคำว่า ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เป็นคำถามเชิงบวก และเชิงลบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.62

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.66

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสัมภาษณ์แต่ละหมวดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ค่าร้อยละ คุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สัญชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน อาชีพปัจจุบันของท่าน รายได้เฉลี่ยของท่าน รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่
4. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูงอายุทั้งก่อนทดลอง และหลังการทดลอง
5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง เมื่อทำการควบคุมคะแนน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขภาพตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอเสนอการวิจัยครั้งนี้

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรยาพร วงศ์คำลือ (2538 : 80 – 82) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการวิจัยที่ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัยอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน การสอนจะเปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุยและตอบข้อสงสัย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจในเนื้อหาได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ บุญยง เกี่ยวการค้า (2526 : 380) ได้กล่าวว่า กลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ซึ่งกลุ่มสามารถกระตุ้นทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สอนสุขศึกษาโดยการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วิดีทัศน์ สาธิตการออกกำลังกาย และแจกเอกสารแผ่นพับ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ไปศึกษาต่อที่บ้านเป็นการทบทวนความจำ ในการสอนแต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการทบทวนความจำ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการสนองตอบด้วยการพูดคุยซักถามในรูปแบบความรู้ ความคิด เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ได้รับจากสื่อ วิดีทัศน์ และการสาธิต ซึ่งสอดคล้องกับอรนันท์ หาญบุท (2532 : 117) กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้จะเกิดขึ้นต้องอาศัยหลัก 3 ประการ คือ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวผู้เรียน ได้แก่ กิจกรรม หนังสือ มีผู้เรียน และการตอบสนอง ซึ่งผู้สูงอายุแสดงการตอบสนองต่อการสนใจสื่อต่างๆ และแสดงพฤติกรรมตอบ

สนองโดยการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การกระทำการเคลื่อนไหว มีการแสดงความคิดเห็นใน ด้านความรู้ ความจำ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองสูงขึ้น ทำให้บรรลุ เป้าหมายในการใช้โปรแกรมสุขภาพ

2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพ มีเจตคติเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขภาพตามปกติ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรยาพร วงศ์คำลือ (2538 : 80 – 82) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มี ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมี เจตคติดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ กรองจิตร ชมสมุท (2535 : 84 – 89) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีเจตคติดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการวิจัยที่ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมสุขภาพจาก ผู้วิจัยอย่างเป็นขั้นตอน มีการจัดกลุ่มย่อย ผู้สูงอายุให้ความสนใจ เต็มใจต่อการเข้ากลุ่มและร่วม กิจกรรมเป็นการตอบสนองต่อความรู้สึกร มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 159) กล่าวว่าเกิดการเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย ที่ว่าการจัดกลุ่มค่า (Organizing) เป็นพฤติกรรมขั้นที่บุคคลเกิดค่านิยมต่าง ๆ ขึ้นแล้ว จัดค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม และพิจารณาความสัมพันธ์ของค่านิยมนั้น

3. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุ ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขภาพตามปกติอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรยาพร วงศ์คำลือ (2538 : 80 – 82) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ มีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมี การปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรองจิตร ชมสมุท (2535 : 84 – 86) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการวิจัยที่ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมสุขภาพจาก ผู้วิจัยอย่างเป็นขั้นตอน โดยการสอนแบบกลุ่มย่อย มีการซักถามข้อสงสัยในเรื่องการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย ซึ่งสังเกตได้จากกลุ่มมีการจัดกิจกรรมการ ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ได้รับการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 159) พฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือด้านการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้สังเกตไม่ได้

เป็นพฤติกรรมล่าช้า คือบุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดว่าจะปฏิบัติต่อไป สำหรับพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ก่อนทดลองสังเกตได้ว่าชอบรับประทานอาหารเผ็ดจัดและรับประทานอาหารที่ยังไม่ได้คุณค่าอาหารเพียงพอ หลังจากได้รับโปรแกรม สุขศึกษา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมค่อย ๆ เปลี่ยนไปสังเกตได้จากการนำเอาอาหารมารับประทาน ร่วมกัน ผู้สูงอายุรู้จักคัดแปลงอาหาร และเลือกรับประทานอาหารดีขึ้น จากข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้พอกินพอใช้มากที่สุดร้อยละ 66.67 และมีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 33.33 แต่ผู้สูงอายุรู้จักเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามภาวะเศรษฐกิจ และนำทรัพยากรท้องถิ่นมา คัดแปลงประกอบอาหารได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 202 – 204) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในสังคมเกิดจากการเลียนแบบ และแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกันโดยเห็นว่าเป็นสิ่งดี

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเจตคติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการปฏิบัติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ ท่านที่ให้ โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ และผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังเช่น สอดคล้องกับ อัมพร ศิวาลัย (2532 : 106 – 109) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของแรง สนับสนุนทางสังคมต่อความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพทางกายสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เกษร ลำภาทอง (2536 : 107 – 112) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้สูงอายุมีการรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536 : 109 – 112) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผล ของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรม การ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วย ตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความรุนแรงและการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง และการ รับรู้ต่อผลประโยชน์ และอุปสรรคที่จะได้รับจากการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สอดคล้องกับ จันทิมา เย็นสุขใจ (2537 : 71 – 72) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผล การวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมดีขึ้น และมีความเครียด

ลดน้อยลง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ จันทรฉาย ฉายากุล (2538 : 99 – 103) ประสิทธิภาพของการให้ความรู้เรื่องการฝึกออกกำลังกาย และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริม ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษา และ คำแนะนำจากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้ก็เกิดเจตคติที่ดีและนำไปปฏิบัติได้อย่าง ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ นิภา มนูญปิจู (2528 : 20) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่อง สุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ หรือการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ด้วย และสอดคล้องกับ ธนวรรณ อัมสมบุญ (ทักษิ์ หงษาครประเสริฐ, 2540 : 46; อ้างอิงมาจาก ธนวรรณ อัมสมบุญ, 2532 : 14) กล่าวถึง พฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองว่าการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ต้องสร้างค่านิยม และวิธีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่ม เป้าหมายของแต่ละเรื่อง ซึ่งผู้วิจัยเลือกวิธีสอนโปรแกรมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน และสอนสัปดาห์ละ 1 เรื่อง (จันทร์ พุธ ศุกร์) สอนครั้งละ 2 ชั่วโมง กลุ่มเกิดการเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วีดิทัศน์ สาธิตการออกกำลังกาย และแจก เอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้สูงอายุไปศึกษาต่อที่บ้านเป็นการทบทวนความจำ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งถือว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพได้ผลบรรลุเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎี

1.1 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาจัดการเรียนการสอน สามารถทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น การให้สุขภาพศึกษาเป็นรายกลุ่ม ควร หลีกเลี่ยงการให้เป็นพิธีการ ต้องมีการสัมพันธ์ภาพอันดีกับผู้สูงอายุ และให้ความเคารพนับถือแก่

ผู้สูงอายุ ในการให้สุศึกษาแต่ละครั้งต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีอารมณ์ขันบ้าง และควรมีกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้จดจำได้โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย สาธิตและฝึกหัดการออกกำลังกายตามวัยเป็นการฝึกทักษะซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติได้

1.2 สิ่งสำคัญของกระบวนการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้สูงอายุนั้น ประสิทธิภาพของการเรียนรู้จะเกิดขึ้นมากน้อยนั้น ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เชื่อว่าคนเรามีการเรียนรู้ต่างกัน ประสบการณ์เดิมของแต่ละคนไม่เหมือนกัน จึงมีการสอนแบบภาพรวมก่อนแล้วแยกเนื้อหาโดยละเอียด การสอนโดยบรรยายแบบซ้ำๆ พร้อมทั้งทบทวนและเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งใช้สื่อร่วมด้วย และแจกเอกสารแผ่นพับเพื่อให้ไปศึกษาต่อที่บ้านเป็นการทบทวนความจำ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงาน

2.1 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งในโรงพยาบาล สถานีอนามัย และนักศึกษาศึกษาควรตระหนักถึงปัญหานี้ โดยมีการให้สุศึกษาแก่ผู้สูงอายุ ขณะนั้นรอรับบริการตรวจสุขภาพ โดยคู่มือวีดิทัศน์ และแจกเอกสารแผ่นพับแก่ผู้สูงอายุเพื่อไปศึกษาทบทวนที่บ้าน

2.2 สำหรับการให้สุศึกษาในชุมชนนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลมีหน้าที่รับผิดชอบชุมชนหลายด้าน และหลายกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ผลการให้สุศึกษาแก่ผู้สูงอายุจึงขาดความครอบคลุมในเนื้อหา ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดทักษะและวิธีการถ่ายทอดความรู้ในการให้สุศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับวิธีการถ่ายทอดความรู้การให้สุศึกษาแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแกนนำในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดอย่างถูกต้อง

2.3 การให้สุศึกษาจะประสบผลสำเร็จได้นั้นต้องให้อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลเป็นระยะๆ หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องให้การสนับสนุนสื่อและวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่าบุคคลที่เป็นที่เชื่อถือของชุมชนในหมู่บ้านหรือสั่งให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ จะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ดังนั้นการวิจัยต่อไปควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้แรงสนับสนุนจากสังคม เช่น ญาติผู้สูงอายุ ถิ่นาน ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้สุขศึกษาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพกับ เขตชนบท

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในเรื่องโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติ ได้อย่างถูกต้องต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ศรีเดชา, 2528.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : วรณการพิมพ์, 2528.
- การแพทย์, กรม. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กรมศาสนา, 2529.
- เกษร ลำเกาทอง. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค
ข้อเสื่อมของผู้สูงอายุ ขมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัด
ปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- กชกร สังขชาติ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี : ภาควิชาการศึกษานอกระบบ
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536.
- กรองจิต ร่มสมุทร. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อ
ควบคุมโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
อัดสำเนา.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. คู่มือสุขภาพสำหรับผู้นำท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- _____. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการพัฒนาตำรา
สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จันทร์ฉาย ฉายากุล. ประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องการฝึกออกกำลังกาย และการสนับสนุน
จากสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชน
วัดมะกอก เขตพญาไท และชุมชนทุ่งสองห้อง เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- จันทิมา เย็นสุขใจ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

- จันทร์เพ็ญ รูปประภาวรรณ และคนอื่น ๆ. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2538. (เอกสารเผยแพร่สถานการณ์ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข ฉบับที่ 6).
- จารุวรรณ เหมะขร และคนอื่น ๆ. การสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและค้นหาผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเกราะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัย ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จินตนา รอดนำพา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.
- เจก ณะสิริ. ทำอะไรจะปราศจากโรคและชะลอความชรา. กรุงเทพฯ : บริษัทแปลนพับลิชชิงจำกัด, 2530.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : สุภาวนิชการพิมพ์, 2532.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- ณัฐกร อ่วมบำรุง. เรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ควบคุมสุขภาพวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
- ทัศนีย์ หงษากรประเสริฐ. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิต จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- ทิพวัลย์ ขาวลำอ่างค์. แบบแผนของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- ธนวรรณ อัมสมบุญ. "การสอนสุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ. 15 (4) : 11 - 15 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2532.
- นภาพร ขโยวรรณ และจอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

- นภาพร ชโววรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเคื่อนฉาย. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.
- นรินาถ วิทโชคติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อุดลำนนา.
- นิกา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- นพรัตน์ หนูบ้านบาง. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อุดลำนนา.
- บังอรรัตน์ สุขตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด และในชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อุดลำนนา.
- บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์, 2538.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาว และแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์, 2531.
- _____. คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ม.ป.ป.
- บุญยง เกี่ยวการค้า. “วิธีการสุขภาพ,” ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาหน่วย 8-15. หน้า 378-384. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “พฤติกรรมสุขภาพ,” ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาหน่วย 1-7. หน้า 151-212. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.
- ประยงค์ เต็มขวลา. คู่มือการดำเนินงานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
- ประสพ รัตนกร. “ปัญหาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป,” ใน อนุสรณ์งานฌาปนกิจคุณแม่พลอยวัฒนาผาสุก. หน้า 91-95. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2509.
- ปราโมทย์ วงสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อุดลำนนา.
- ฝน แสงสิงแก้ว. “ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ,” วิลดาอนุสรณ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บ้านบางแค, 2526.

- พัชรา กาญจนารัมย์. สวัสดีศึกษา. กรุงเทพฯ : บรรณกิจ, 2527.
- เพ็ญศรี ลีวารินทร์พาณิชย์. “การพักผ่อนนอนหลับ,” ใน หลักสูตรการปฏิบัติตนและการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. หน้า 61 - 63. กรุงเทพฯ : กองอนามัย
ครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.
- พรสุข หุ่นรินทร์. การพัฒนาหลักสูตรสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็กเพรสมีเดีย,
2534.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : สำนักอักษรเจริญทัศน์, 2525.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2538.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวพฤติกรรมและการดูแล
ตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- ฟอง เกิดแก้ว. สวัสดีศึกษาและการปฐมพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิทักษ์อักษร, 2525.
- มานี ชูไทย. วิชาการสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2523.
- แม่บ้านสาธารณสุข, สมาคม. ข้อควรปฏิบัติเพื่อความสุขของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สมาคม
แม่บ้านสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- _____. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- รัตนา เพชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. “ผู้สูงอายุในประเทศไทย : ประเด็นที่ต้องศึกษา,”
วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2 (2) : 171 - 175 ; เมษายน - มิถุนายน, 2538.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. “ผู้สูงอายุ,” วารสารสุขภาพศึกษา. 4 (14) : 59 - 62 ; เมษายน - มิถุนายน, 2524.
- รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. ปรินิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- ละออง สุวิทยาภรณ์. ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอขนุน
จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2536.

- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวัดผล และวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ม.ป.ป.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- โสกาพรณ วิมลรัตน์. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- สรรพพร วงศ์คำลือ. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สาธารณสุข กระทรวง. “นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554),” ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
- _____. แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544). กรุงเทพฯ : กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- สายยนต์ เจริญขำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท : กรณี ศึกษาผู้สูงอายุในเขต อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- สุจิตรา ผลประไพ. “อาหาร,” ใน หลักสูตรการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข. หน้า 52 - 54. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- สุจริต สุวรรณชีพ. “สุขภาพจิต,” ใน คู่มืออบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล. หน้า 1 - 36. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, 2525.
- สุจินต์ ปรีชามารถ. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุพัฒนา คำสอน. ผลการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อการปรับตัวของ ผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

- สุพัตรา ภูมิแดนดิน. ประสิทธิผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สุมน สุตะชะ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ. “นันททัศนะต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง,” วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. 2 (2) : 6 ; พฤษภาคม - สิงหาคม, 2533.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุรีย์ จันทรมอลี. วิธีการทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดวงกมล, 2527.
- สุรีย์พร ตรียาวฉิมวาทย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุวิชา จันทร์สุริกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- สดไธ ศรีสอาด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. “สุศึกษารายบุคคล,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วย 1-7. หน้า 98 - 150. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.
- _____. “การวิจัยทางสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ,” วารสารสุศึกษา. 14 (55) : 2 ; กรกฎาคม - กันยายน 2534.
- โสมพรรณ ถิ่นว่อง. การศึกษาสมรรถภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2533.

เสาวณีย์ กานต์เดชารักษ์. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

อนามัย, กรม. คู่มือส่งเสริมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย, 2535.

_____. การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย, 2538.

_____. “การผ่อนคลายความเครียด,” ใน หลักสูตรการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. หน้า 185 - 192. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.

อารมณ สุขมาภ, ศุภิน ไตรทิพย์ และพรประไพ ไตรทิพย์. วิเคราะห์โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2540.

อรนันท หาดูบุตร. “จิตวิทยาการเรียนรู้เพื่อการสอนสุขภาพอนามัย,” ใน การเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วย 1 - 7. หน้า 115 - 146. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : นนทบุรี, 2532.

อัมพร ศิวลิข. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

อัมพร โอตะภู. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : นานทิพย์การพิมพ์, 2538.

Beal, Rayma Korkpatrick. “The Effect of Dance / Movement Activity Program on the Successful Adjustment to Aging in the Active / Independent Older Adult. Gerontology disseration. University of Cincinnati, 1985,” Disseration Abstracts International. 46 : 3127 A ; 1986.

Cronbach, Lee J. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.

Cummingham, Glenda Daris. Health promotion Self-care Behaviors in the Community Older Adult. Health Sciences, Hospital Management, Texas Woman's University, 1989. (UMI).

Eliopaulos, G. Geriatric nursing. London : Horper and Row Publisher, 1978.

Good, Carter V. Dictionary of Education. New York : Mc Graw Hill Book Company, 1973.

- Jahoda, Masic. "The Psychological Meaning of Various Criteria of Positive Mental Health," Social Psychological and Mental Health. New York : Holt Rinehart and Winston, Inc., 1970.
- Kalchthaler, T., R. A. Bascon and V. Quintas "Falls in institutionalized elderly," Journal American Geriatric Society. 26 : 414 - 428 ; 1978.
- Levin, R. S. "Self care," American Journal of Nursing. 79 : 487 - 489 ; Masch, 1976.
- Mcfarland, R. A. and R. C. More "The Epidemiology of Accident," In Accident Prevention. p.17 - 42. London : Mc Grow - Hill Co., 1961.
- Mouley, G. J. Psychology for effective Teaching. New York : Holt, Rinehart and Winston Inc., 1965.
- Mumma, H. R. and E. M. Smith The geriatric assistant. New York : Mc Graw Hill Book Company, 1981.
- Orem, D. E. Nursing : Concepts of Practice. 2nd ed. New York : Mc Graw Hill Co., 1980.
- Palmore, E. Facts on aging ; A Short quy. The gerontologist. 17,315 - 320 ; 1977.
- Perri Samuel - II : Templer, - Donald - I. The - Effect of on Aerobic Exercise Program on Psychological Variables in Older Adults. International Journal of Aging and Human Development. 20 : 167 - 172 ; (1984 - 85).
- Stacey, C, and others. "Simple Cognitive and Behavioral Changed Resulting from Improved Physical Fitness in person Over 50 Year of Age," Journal on Aging. 4 : 67 - 74 ; June, 1985.
- Thygerson, A. L. Safety. 2nd ed. New Jersey : Prentice Hall Co., 1976.
- Tissue, T. in Kenneth F. Ferraro. "Self Rating of Health Among the Old and the Old - Old," Journal of Health and Social Behavior. December, 1980.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา

แผนการสอนโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644

ที่ ทม 1007/2112

วันที่ 1 มิถุนายน 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะศึกษาศาสตร์

ด้วย ว่าที่ ร.ต.หญิง เพ็ญผกา กาญจนภาส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ” โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

รองศาสตราจารย์อัมมรา สุขารมณ์ กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา ดันติผลาชีวะ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเรื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644

ท. 1007/2113

วันที่ 1 มิถุนายน 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

ด้วย ว่าที่ ร.ต.หญิงเพ็ญภา กาญจนภาส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ” โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

รองศาสตราจารย์อ้อจรรยา สุขารมณ์ กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ รองศาสตราจารย์มานี รุไทย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาภา
วิมลวัตรเวที เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1007/1227

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

12 มิถุนายน 2541

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือราชการในการเก็บข้อมูล

เรียน สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วย ว่าที่ ร.ต.หญิงเพ็ญผกา กาญจนภาส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ” โดยมีคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

รองศาสตราจารย์อัจฉรา สุขารมณ์ กรรมการ

บัณฑิตวิทยาลัยขอหนังสือราชการเพื่ออำนวยความสะดวกในการขอความร่วมมือจากอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ โดยนิสิตขอจัดการอบรมเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในหมู่บ้านโสกลาตุกและหมู่บ้านหนองตานา ตำบลโสกลาตุก อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ในระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2541 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย

โทรสาร/โทร. 258-4119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผศ. ดร.กุลยา ดันติผลาชีวะ - อาจารย์ประจำภาควิชาหลักสูตรและการสอน
แผนกวิชาการศึกษาปฐมวัย คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผศ. ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที - อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร
3. รศ. มานี ชูไทย - อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร
4. พอ.หญิง มลิวัลย์ เชื้อริน - ผู้อำนวยการกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาล
กองทัพบก
5. พท.หญิง สมพิศ พรหมเดช - อาจารย์พยาบาล ภาควิชาอายุศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

รายชื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลโสกปลาดุก อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชัยภูมิ

1. นางทองใส	อินทร์อุ่นโชติ	16. นางทองมาก	บุรินอก
2. นายหงษ์	แก้ววงษา	17. นางซิด	พลมาตร
3. นางอังก์	ศรีบุญเรือง	18. นางชม	ญาติเชื้อ
4. นายทราย	กลางนอก	19. นางแพง	เตรอด
5. นางไผ่	อุทัยคำ	20. นางไพร	มั่งมี
6. นายบุตรดี	ปะนัสโส	21. นายทองอินทร์	พลมาตร
7. นางหนม	หอมสมบัติ	22. นางเขียว	แคนนอก
8. นางอู่ย	ชัยศรี	23. นายเที่ยง	ศรีหนองโคตร
9. นางน้อย	ศรีชัยนัต	24. นายจรัญ	ญาติเกื้อ
10. นางพัน	เหลื่อวิชา	25. นางเหรียญ	อยู่นอก
11. นางสวด	สุขขุนทด	26. นางไข	เลื่อมคำ
12. นายแก่น	กางนอก	27. นายทองดี	แก่นปัญญา
13. นางสุด	มรรคมัย	28. นายสาย	กางนอก
14. นางเชื้อ	สุขขุนทด	29. นางพุ่ม	พิพัฒน์
15. นางกุล	กางนอก	30. นายเลง	นุแสน

แผนการสอนโปรแกรมสุศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแล
ตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

วันจันทร์ที่ 1 กรกฎาคม 2541

เวลา 08.30 – 08.45	ลงทะเบียน
08.45 – 09.30	พิธีเปิดโปรแกรมสุศึกษาโดย คุณประคอง ทองคำสมุทร ประธานแม่บ้านสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ
10.00 – 10.45	การบรรยายเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดย คุณอารมณ์ สุขมาก หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดชัยภูมิ
11.00 – 11.45	ประธานแม่บ้านสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิและแขกผู้มีเกียรติ ทำพิธีส่งขวัญบายศรีให้แก่ผู้สูงอายุทั้งหมด
12.00 – 13.00	พักรับประทานอาหาร
13.15 – 13.30	แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม และนัดหมายการเข้ารับ การอบรมของแต่ละกลุ่ม

ครั้งที่ 1 กลุ่มที่ 1, กลุ่มที่ 2, กลุ่มที่ 3

วันจันทร์ที่ 6 กรกฎาคม 2541, วันพุธที่ 8 กรกฎาคม 2541, และวันศุกร์ที่ 10 กรกฎาคม 2541

เวลา 9.00 - 9.15 น.	- ลงทะเบียนผู้สูงอายุ และรับเอกสารแผ่นพับ
9.15 – 10.00 น.	- การบรรยายเกี่ยวกับเรื่องอาหารผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย
10.00 – 10.15 น.	- พัก
10.15 – 11.00 น.	- ผู้สูงอายุประชุมกลุ่ม ชักถาม - ผู้วิจัยทบทวนและกล่าวสรุป
11.00 – 11.30 น.	- ผู้สูงอายุร่วมกันถวายอาหารเพลแก่พระภิกษุสงฆ์
12.00 – 13.00 น.	- พักรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม มอบของที่ระลึก และนัดหมาย

ครั้งที่ 2 กลุ่มที่ 1, กลุ่มที่ 2, และกลุ่มที่ 3

วันจันทร์ที่ 13 กรกฎาคม 2541, วันพุธที่ 15 กรกฎาคม 2541, และวันจันทร์ที่ 17 กรกฎาคม 2541

เวลา 9.00 - 9.15 น.	- ลงทะเบียนผู้สูงอายุ และรับเอกสารแผ่นพับ
9.15 – 10.00 น.	- การบรรยายเกี่ยวกับเรื่อง การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย
10.00 – 10.15 น.	- พัก

- 10.15 – 11.00 น. - ให้ผู้สูงอายุดูวีดิทัศน์เรื่อง การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และผู้วิจัยสาธิตการ
ออกกำลังกาย โดยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการออกกำลังกายอย่าง
ถูกวิธี
- ผู้วิจัยทบทวน และกล่าวสรุป
- 11.00 – 11.30 น. - ผู้สูงอายุร่วมกันถวายอาหารเพลแก่พระภิกษุสงฆ์
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม มอบของที่ระลึก
และน้ดหมาย

ครั้งที่ 3 กลุ่มที่ 1, กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3

วันจันทร์ที่ 20 กรกฎาคม 2541, วันพุธที่ 22 กรกฎาคม 2541, และวันศุกร์ที่ 24 กรกฎาคม 2541

- เวลา 9.00 - 9.15 น. - ลงทะเบียนผู้สูงอายุ
- 9.15 – 10.00 น. - การบรรยายเกี่ยวกับเรื่อง การพักผ่อนนอนหลับ โดยผู้วิจัย
- 10.00 – 10.15 น. - พัก
- 10.15 – 11.00 น. - ผู้สูงอายุประชุมกลุ่ม ชักถาม และผู้วิจัยสาธิตท่านอน
ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
- ผู้วิจัยทบทวน และกล่าวสรุป
- 11.00 – 11.30 น. - ผู้สูงอายุร่วมกันถวายอาหารเพลแก่พระภิกษุสงฆ์
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม มอบของที่ระลึก
และน้ดหมาย

ครั้งที่ 4 กลุ่มที่ 1, กลุ่มที่ 2, และกลุ่มที่ 3

วันจันทร์ที่ 27 กรกฎาคม 2541, วันพุธที่ 29 กรกฎาคม 2541, และวันศุกร์ที่ 31 กรกฎาคม 2541

- เวลา 9.00 - 9.15 น. - ลงทะเบียนผู้สูงอายุ
- 9.15 – 10.00 น. - การบรรยายเรื่อง อุบัติเหตุ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในบ้าน
โดยผู้วิจัย และซักถามการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นใน
บ้านกับผู้สูงอายุ
- 10.00 – 10.15 น. - พัก
- 10.15 – 11.00 น. - การบรรยายเรื่อง อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนอกบ้านของ
ผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย และซักถามการเกิดอุบัติเหตุที่
เกิดขึ้นนอกบ้านกับผู้สูงอายุ
- ผู้วิจัยทบทวน และกล่าวสรุป

- 11.00 – 11.30 น. - ผู้สูงอายุร่วมกันถวายอาหารเพลแก่พระภิกษุสงฆ์
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม มอบของที่ระลึก
และน้ดหมาย

ครั้งที่ 5 กลุ่มที่ 1, กลุ่มที่ 2, และกลุ่มที่ 3

วันจันทร์ที่ 3 สิงหาคม 2541, วันพุธที่ 5 สิงหาคม 2541, และวันศุกร์ที่ 7 สิงหาคม 2541

- เวลา 9.00 - 9.15 น. - ลงทะเบียนผู้สูงอายุ และรับเอกสารแผ่นพับ
- 9.15 – 10.00 น. - บรรยายเรื่อง สุขภาพจิต โดยผู้วิจัย
- 10.00 – 10.15 น. - พัก
- 10.15 – 11.00 น. - ประชุมกลุ่ม ชักถาม
 - จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้นั่งสมาธิ
 - ผู้วิจัยทบทวน และกล่าวสรุป
- 11.00 – 11.30 น. - ผู้สูงอายุร่วมกันถวายอาหารเพลแก่พระภิกษุสงฆ์
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม
 - มอบของที่ระลึก และน้ดหมายการมาสัมภาษณ์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่เป็นคำถาม และเติมข้อความลงในช่องว่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ในคำถามแต่ละข้อ

1. เพศ

[] 1. ชาย [] 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ

[] 1. 60 - 64 ปี [] 2. 65 - 69 ปี
[] 3. 70 - 74 ปี [] 4. 75 ปีขึ้นไป

3. สัญชาติ

[] 1. ไทย [] 2. จีน
[] 3. อื่น ๆ (ระบุ)

4. ศาสนา

[] 1. พุทธ [] 2. คริสต์
[] 3. อื่น ๆ (ระบุ)

5. ระดับการศึกษา

[] 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา [] 2. ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า
[] 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า [] 4. อนุปริญญา
[] 5. ปริญญาตรี [] 6. อื่น ๆ (ระบุ)

6. สถานภาพสมรส

[] 1. โสด [] 2. คู่
[] 3. หม้าย [] 4. หย่าร้าง / แยกกัน

7. สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน

[] 1. อยู่คนเดียว [] 2. อยู่กับคู่สมรส
[] 3. อยู่กับบุตรหลาน [] 4. อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน
[] 5. อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก [] 6. อื่น ๆ (ระบุ)

8. อาชีพปัจจุบันของท่าน

[] 1. ไม่มีอาชีพ [] 2. รับจ้าง
[] 3. ค้าขาย [] 4. เกษตรกร/ทำสวน
[] 5. ข้าราชการบำนาญ [] 6. อื่น ๆ (ระบุ)

9. รายได้เฉลี่ยของท่าน

- [] 1. ไม่มีรายได้ [] 2. ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน
 [] 3. 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน [] 4. มากกว่า 7,000 บาทต่อเดือน

10. รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- [] 1. ไม่เพียงพอ [] 2. พอกินพอใช้ไม่มีเหลือ
 [] 3. มีเหลือเก็บเล็กน้อยในบางเดือน [] 4. มีเหลือเก็บทุกเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของ
 ผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความช้า ๆ ให้ผู้สูงอายุฟัง เมื่ออ่านจบแล้ว ให้ผู้สูงอายุตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ให้ผู้สัมภาษณ์เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือ ให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<u>การรับประทานอาหาร</u>		
1. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด		
2. การรับประทานอาหารไขมันสูงจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ		
3. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว		
4. ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารหวาน เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง		
ข้าวเหนียว น้ำกะทิรับประทานได้ตามต้องการ		
5. การดื่มนมทุกวันช่วยป้องกันโรคกระดูกเสื่อม		
6. การรับประทานอาหารแต่ละครั้งควรรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง (4 - 5 มื้อต่อวัน)		
<u>การออกกำลังกาย</u>		
7. การออกกำลังกายควรใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีและสัปดาห์ละ 3 ครั้ง		
8. เมื่อออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ สามารถดื่มน้ำเย็นได้มาก ๆ ทันที		
9. การออกกำลังกายควรเตรียมความพร้อมร่างกายโดยอบอุ่นร่างกายก่อน (warm up) อย่างน้อย 5 - 10 นาที		
10. ขณะออกกำลังกายท่านสามารถหยุดออกกำลังกายได้ทันที		
<u>การพักผ่อนนอนหลับ</u>		
11. ผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 - 7 ชั่วโมงขึ้นไป		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
12. ท่านควรรอนหลับในเวลากลางวัน ประมาณครั้งละ 15 – 60 นาที		
13. การออกกำลังกายอย่างพอเหมาะทำให้ท่านรู้สึกหลับสบาย		
14. ท่านนอนที่เหมาะสมของผู้สูงอายุคือท่านนอนหงายใช้หมอนหนุนได้เข้า อุบัติเหตุ		
15. ผู้สูงอายุเมื่อเวลานั่งรถโดยสารประจำทางควรนั่งหลับให้สบาย		
16. ผู้สูงอายุอยู่ในที่อากาศเย็นจัดนานๆ ได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพออาจจะเกิด อาการเชื่องซึม หดหู่		
17. ก่อนใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ซื้อใหม่ทุกครั้งไม่จำเป็นต้องอ่านคำแนะนำเพราะ เคยใช้เป็นประจำ		
สุขภาพจิต		
18. ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวตนเองไร้ค่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมได้		
19. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องปรับตัวเข้ากับบุตรหลาน		
20. การส่งเสริมสุขภาพจิตวิธีหนึ่งคือการออกกำลังกายตามวัย		

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดเจตคติเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความช้า ๆ ให้ผู้สูงอายุฟัง เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้สูงอายุตอบว่า
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วย ให้ผู้สัมภาษณ์เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
ขวามือให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<u>การรับประทานอาหาร</u>			
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารปลาย่าย่อยง่ายจะช่วยทำให้กระเพาะ ลำไส้ไม่ต้องทำงานหนัก			
2. ท่านชอบดื่มชา กาแฟ และน้ำอัดลม ทำให้รู้สึกตัวร่างกายสดชื่น			
3. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มาก เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ จะให้โทษแก่ร่างกาย			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<u>การออกกำลังกาย</u>			
4. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายที่ดีควรทำสม่ำเสมอ ไม่ควรทำ ๆ หยุด ๆ			
5. ท่านเชื่อว่าออกกำลังกายแบบเร็ว ๆ และใช้ความเร็วสูงจะเกิดผลดีแก่ร่างกาย			
6. ท่านรู้สึว่าการออกกำลังกายที่ดีต้องมีการแข่งขัน จะทำให้สนุกสนาน			
<u>การพักผ่อนนอนหลับ</u>			
7. การรับประทานยานอนหลับเมื่อตื่นขึ้นมาจะรู้สึกสดชื่น			
8. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุควรนอนหลับในเวลากลางวันมากกว่า 1 ชั่วโมง			
9. ท่านรู้สึกละเมื่อยเมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทคาเฟอีน เช่น กาแฟ จะทำให้หลับยาก			
<u>อุบัติเหตุ</u>			
10. ท่านคิดว่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่รู้จักชื่อและสรรพคุณไม่ควรทิ้งเพราะเสียค่า			
11. ควรปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น โทรทัศน์ พัดลมก่อนดึงปลั๊กออกทุกครั้ง			
12. ท่านคิดว่าเวลาไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ควรดื่ม เครื่องดื่ม เช่น เหล้า เบียร์			
<u>สุขภาพจิต</u>			
13. เมื่อเวลาารู้สึกโกรธ ควรระบายความโกรธด้วยการขว้างปาข้าวของ			
14. การถือศีลทำสมาธิ ไม่ช่วยทำให้จิตใจสงบ			
15. การพึ่งพาผู้อื่นไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายชีวิต			

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความช้า ๆ ให้ผู้สูงอายุฟัง เมื่ออ่านจบแล้วให้ผู้สูงอายุตอบว่า
ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ให้ผู้สัมภาษณ์เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน
ช่องขวามือ ให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
<u>รับประทานอาหาร</u>			
1. ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่			
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทดิบ ๆ สุก ๆ เช่น เนื้อย่าง น้ำตก ลาบ ปลาร้า			
3. ท่านรับประทานไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง			
4. ท่านรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง			
5. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทของมีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ชาดองเหล้า			
<u>การออกกำลังกาย</u>			
6. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน, ว่ายน้ำ, ขูดดิน			
7. ท่านออกกำลังกายพร้อมกันกับเพื่อนวัยเดียวกัน			
8. ท่านควรหยุดออกกำลังกาย ถ้ามีอาการง่วงนอน เวียนศีรษะ เหนื่อย			
9. เวลาออกกำลังกายท่านชอบเปลี่ยนจังหวะการเคลื่อนไหว กระโดดหัน			
<u>การพักผ่อนนอนหลับ</u>			
10. ท่านนอนหลับเวลากลางวัน วันละประมาณ 15 - 60 นาที			
11. ท่านดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ เช่น นม หรือโอวัลตินก่อนเข้านอน			
12. เวลาอนอนไม่หลับท่านมักรับประทานยานอนหลับ			
<u>อุบัติเหตุ</u>			
13. ท่านใส่รองเท้าแตะ ที่มีพื้นรองเท้าลื่นเสมอ			
14. ท่านเปิดสวิตช์ไฟฟ้าในขณะที่มือเปียก			
15. ท่านตรวจสอบอุปกรณ์ของใช้ภายในบ้านให้อยู่ในสภาพดีและปลอดภัย ขณะใช้งาน			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
16. ก่อนรับประทานยา ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้ง			
17. ท่านขึ้นบนเก้าอี้ เพื่อเอื้อมหยิบของบนหิ้งสูง ๆ ด้วยตนเอง			
<u>สุขภาพจิต</u>			
18. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านระบายความทุกข์ให้เพื่อนที่ไว้วางใจได้			
19. ท่านไปร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช			
20. ท่านไปวัดปฏิบัติธรรม			

แผนการสอนสุขศึกษา
เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
1. ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอต่อสุขภาพร่างกาย	การรับประทานอาหาร - อาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะส่งผลดีต่อสุขภาพให้แข็งแรงร่างกายคนเราต้องการอาหารแต่ละประเภทแตกต่างกัน เพื่อการดำรงชีวิตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เมื่ออายุมากขึ้น อาหารบางชนิดบำรุงมากเกินไปอาจเกิดโทษแก่ร่างกายได้ ผู้สูงอายุยังมีความต้องการ พลังงานและสารอาหารที่มีคุณภาพสูงเพื่อการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ จึงควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	ขั้นนำ แนะนำตนเองและถามทุกข์สุขทั่วไปเพื่อสร้างบรรยากาศการสนทนาและให้เกิดความอบอุ่นและเป็นกันเองกับผู้สูงอายุ		
2. ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการเลือกและประกอบอาหารได้ถูกต้อง	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดังนี้ <u>หมู่ที่ 1</u> เนื้อสัตว์ ไข่ นม เพราะเป็นแหล่งให้สารโปรตีน มีความจำเป็นในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย อาหารโปรตีนที่เหมาะสม ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ คับอาหารโปรตีนที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย ได้แก่ ปลา ไข่ ผู้สูงอายุควรรับประทานสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง โดยต้มหรือทอดจนสุก ถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาไขมันในเลือดสูง	- อธิบายพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม	- บรรยาย - โปสเตอร์อาหารหลัก 5 หมู่ - เอกสารแผ่นพับ	- คำตอบของผู้สูงอายุจากการสนทนาความสนใจในการฟัง ซักถามและสรุป

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
	ควรรับประทานไข่ขาวเท่านั้น ไข่แดง เป็นตัวเพิ่มไขมันในเลือด ถ้ามีมากจะมี อันตรายต่อสุขภาพผู้สูงอายุ นม ให้คุณค่าและสารแคลเซียมมาก ควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว (240 ซีซี) ผู้สูงอายุบางคนแพ้ส่วนผสมของนม ควร ดื่มนมเปรี้ยวแทน ถั่วมีคั้นแห้ง เป็น อาหารที่ให้โปรตีนสูง และมีราคาถูก ใช้ แทนอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ได้ เช่น เต้าหู้ เต้าเจี้ยว เป็นต้น <u>หมู่ที่ 2</u> ข้าว แป้ง เผือก มัน อาหารหมู่ นี้เป็นอาหารให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุควรกินในปริมาณที่พอเหมาะ ถ้ารับประทานไม่เพียงพอจะมีอาการอ่อน เพลีย เวียนศีรษะ หรือปวดหัวได้ ข้าว ควรรับประทานมื้อละ 1 ถ้วย ไม่ ควรรับประทานข้าวที่ขัดสีมากเกินไป และอาหารที่มีกะทิ ไขมัน เช่น แกงใส่ กะทิ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ เพราะจะทำ ให้อ้วน อาหารพวกแป้ง น้ำตาลที่มีรส หวานจัด เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ทุเรียน ต้องลดปริมาณลง การรับประทาน อาหารหวานมากเกินไปทำให้เกิดน้ำตาล ในเลือดสูง และมีโคเลสเตอรอลในเลือด สูง <u>หมู่ที่ 3</u> ผักใบเขียวและผักใบเหลือง ผัก จะให้วิตามินเอและซี ผู้สูงอายุควรรับ ประทานผักหลาย ๆ ชนิด สลับกันใน	- เปิดโอกาส ให้ผู้สูงอายุได้ ซักถามและ พูดคุยกัน ระหว่างภายใน กลุ่ม - เปิดโอกาส ให้ผู้สูงอายุได้ ซักถาม		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
	ปริมาณมากโดยไม่จำกัด แต่ควรต้มหรือนึ่งให้สุก เพื่อป้องกันท้องอืด ท้องเฟ้อ ผักถ้าต้มเปื่อย ทำให้สูญเสียวิตามินไป <u>หมู่ที่ 4</u> ผลไม้ เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิด และควรกินผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ได้วิตามินซีและเส้นใยอาหาร ผลไม้ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นผลไม้สุก เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอสุก กุ้งสุก ส้ม ฯลฯ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด ควรระวังในผู้สูงอายุที่อ้วน และเป็นเบาหวาน <u>หมู่ที่ 5</u> ไขมันจากสัตว์และพืช ควรใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันจากสัตว์ และน้ำมันพืชบางชนิดคือ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว ควรลดปริมาณลง และควรเป็นไขมันจากพืชเท่านั้น การรับประทานอาหารไขมันมากมีผลเสียต่อร่างกาย นอกจากอ้วน ไขมันอุดตันหลอดเลือดแล้ว ยังทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อ หรือท้องเสียได้ง่าย ควรลดน้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด ได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันไก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ของทอดชนิดต่าง ๆ เช่น กุ้งทอด ปลาทอดไก่ ขนมนึ่งกะทิ กุ้งอบวชชี น้ำ ผู้สูงอายุควรดื่มวันละ 6-8 แก้ว			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
1. ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย 2. ผู้สูงอายุสามารถออก	เพราะน้ำช่วยในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ควรดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มก่อนเข้านอน เพื่อลดภาวะการขาดน้ำในเวลากลางคืน ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ลักษณะอาหารต้องอ่อนนุ่ม เปื่อย ชุ่ม สะดวกในการเคี้ยวและย่อยง่าย ควรรับประทานอาหารสุกใหม่ งดอาหารที่มีรสหวานจัด หรือของหมักดอง ควรลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ รับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ควรรับประทาน 4-5 มื้อต่อวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแก๊ส และท้องผูก ผู้สูงอายุควรงดดื่มชา กาแฟ สุรา และบุหรี่ทุกชนิด เพราะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย จะทำให้ออนไม่หลับเวลากลางคืน งดอาหารเค็มจัด หวานจัด เพราะจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย ช่วยผ่อนคลายความเครียด และช่วยทำให้ร่างกายกระฉับกระเฉง ว่องไว สดชื่น ก่อนออกกำลังกายต้องมีการอบอุ่น เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อน 5-10 นาที การออกกำลังกายแต่ละครั้ง	ขั้นนำ บอก วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการออกกำลังกาย	- บรรยายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงการรับประทาน อาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และมีคุณค่าต่อร่างกาย - บรรยาย - วิธีทัศน - เอกสาร	- ผู้สูงอายุสนใจซักถาม สรุปความเข้าใจเมื่อจบประเด็น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
กำลังกายได้ ถูกต้อง	นาน 30 นาที และออกกำลังสัปดาห์ละ 3 ครั้ง สถานที่ออกกำลังกายควรมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก หลังออกกำลังกายอย่างเต็มที่แล้ว ไม่ควรหยุดกิจกรรมทันที ควรทำอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ ทำ ไม่ควรนอนหรืออาบน้ำ เข้าห้องปรับอากาศ หรือดื่มน้ำเย็นทันที ต้องให้อุณหภูมิของร่างกายปรับเข้าสู่ภาวะปกติในระดับสนามก่อน ถ้าสนามเย็นต้องใส่เสื้อวอร์มให้ร่างกายอบอุ่น การออกกำลังกายที่ดี ควรประเมินร่างกายจากการหายใจ คนปกติหายใจนาทีละ 18 – 24 ครั้ง ถ้าอัตราการหายใจเร็วขึ้น ล้น หายใจด้วยท้อง แสดงว่าออกกำลังกายเกินปกติ ควรหยุดเล่น ถ้าออกกำลังกายต่อจะทำให้อาการจะรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุควรหยุดการออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังนี้ 1. รู้สึกเหนื่อยมาก 2. เจ็บบริเวณหัวใจ หรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย 4. ง่วงนอน เวียนศีรษะ ความคุมลำตัวหรือแขนไม่ได้ ตามัว 5. เหนื่อยมากตัวเย็น 6. รู้สึกหวั่นไหว หายใจไม่สะดวก 7. มีอาการอ่อนแรง หรืออัมพาตบริเวณแขน ขา หน้า 8. หุดไม่ชัด ตะกุก ตะกัก	- เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามและปรึกษาพูดคุยกัน	แผ่นพับ	- ผู้สูงอายุสนใจซักถามความเข้าใจ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
1. ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับรูปแบบการนอนที่ถูกต้องตามวัย 2. ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามเพื่อการพักผ่อนนอนหลับ	ข้อห้ามในการออกกำลังกาย - ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บหน้าอก ในรายที่มีการเดินของหัวใจผิดปกติจะมาก ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือเยื่อหุ้มหัวใจภาวะหลอดเลือดอุดตัน เรื้อรัง โรคติดเชื้อ โรคข้ออักเสบ และในรายที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 250 / 120 มิลลิเมตรปรอท ไม่ควรออกกำลังกาย การออกกำลังกายควรออกในหมู่เพื่อนวัยเดียวกัน ควรออกขณะท้องว่างหรือก่อนอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการแข่งขัน หรือพนัน การออกกำลังกายควรทำไปเรื่อย ๆ ช้า ๆ ไม่ควรเปลี่ยนจังหวะการเคลื่อนไหวกะทันหัน การออกกำลังกาย ข้อสำคัญ ต้องทำด้วยความเต็มใจ ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน จึงจะได้ประโยชน์ต่อร่างกาย และจิตใจอย่างแท้จริง การพักผ่อนนอนหลับ การพักผ่อนนอนหลับมีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเวลา 1 ใน 3 ของชีวิต เพื่อการนอน การพักผ่อนนอนหลับ ช่วยลดและป้องกันอันตรายจากการเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า และผ่อนคลายความเครียดของร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุควรนอนวันละ 6 – 7 ชั่วโมงก็เพียงพอและควรงีบหลับเวลากลางวัน อาจใช้เวลา 15 – 60 นาที ถ้างีบนานกว่านี้ แสดงว่าผิดปกติจากการเบื่อก่อนวัยชีวิต	- ให้ผู้สูงอายุฝึกออกกำลังกาย ขั้นนำ บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการพักผ่อนนอนหลับ - เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย ชักถามและสร้าง	- สาธิตการออกกำลังกาย - บรรยาย	- ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องสรุปความเข้าใจเมื่อจบประเด็น - สังเกตการซักถามความสนใจ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
ได้ถูกต้อง 3. ผู้สูงอายุ สามารถแก้ไข ปัญหาเกี่ยว ข้องกับการพัก ผ่อนนอนหลับ ได้อย่างถูกต้อง	การส่งเสริมผู้สูงอายุให้นอนหลับได้ควร ปฏิบัติดังนี้ 1. จัดห้องให้โปร่ง อากาศถ่ายเทได้ สะดวก ปราศจากเสียงรบกวน ถ้าเป็นห้อง ปรับอากาศต้องมีพัดลมดูดอากาศ อากาศ ภายในห้องต้องหมุนเวียนไม่อับชื้น 2. ห้องนอน ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มต้องสะอาด ที่นอนต้องเรียบแน่น ช่วยให้กระดูกสันหลังตรงไม่ปวดเอว ไม่ ควรนอนเตียงสปริง ฟูกฟองน้ำ หมอนไม่ ควรสูงหรือต่ำเกินไป ถ้าหมอนสูงเวลา นอนหงาย จะทำให้ปวดคอ 3. อาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน 4. ดื่มเครื่องดื่มก่อนเข้านอน ควรงด เว้นกาแฟ จะทำให้หลับยาก เนื่องจากมี คาเฟอีน 5. ออกกำลังกายหรือเปลี่ยนอิริยาบถตอน กลางวัน จะช่วยให้หลับได้ดี หากงีบหลับ ตอนกลางวัน ไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง 6. รับประทานอาหารให้เพียงพอ เช่น โปรตีน นม เนื้อสัตว์ ช่วยให้หลับสบาย 7. ควรนอนในท่าที่เหมาะสมคือท่านอน หงาย ใช้หมอนข้างใบใหญ่หนุนใต้โคนขา จะช่วยให้กระดูกสันหลังแบนราบ หรือ นอนตะแคงให้ขาล่างเหยียดตรง ขาบนงอ สะโพกและเข่ากอดหมอนข้างไว้ หลังโค้ง เล็กน้อย 8. ทำจิตใจให้สบายก่อนนอน ปราศจาก	บรรยายภาค ความเป็นกัน เอง - ชักถาม ความเข้าใจ เป็นระยะ ๆ และกระตุ้น	- สาธิตทำ นอนที่ถูกต้อง	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
1. ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในการป้องกันอุบัติเหตุ 2. ผู้สูงอายุสามารถถ่ายทอดความรู้และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง	ความกังวล และควรสวมหมวก นั่งสมาธิหรือปฏิบัติต่อทางศาสนาตามความเชื่อของศาสนาของตน 9. ไม่ควรกินยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็น เพราะฤทธิ์ยาจะไปกดศูนย์ควบคุม การตื่นในสมองไว้ชั่วคราว พอหมดฤทธิ์ยาตื่นขึ้นมา ร่างกายไม่สดชื่นเหมือนหลับตามธรรมชาติ ยานอนหลับจึงควรใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ อุบัติเหตุ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมโทรมของร่างกายและความคล่องตัว กระฉับกระเฉง ลดลง อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้เสมอในผู้สูงอายุ เมื่อเกิดแล้วทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ อาจมีอาการเล็กน้อย ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน หรือกระดูกหักได้ ถ้ารุนแรงอาจมีอันตรายถึงชีวิต อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์ไว้ก่อน หรือเกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ มีผลทำให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกาย ทรัพย์สิน และเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลทั่วไป อุบัติเหตุในบ้าน 1. ต้องระวังการหกล้ม การเดินขึ้นลงบันไดหรือเข้าห้องน้ำ การใส่รองเท้าต้องพอดี และมียางกันลื่นที่รองเท้าแตะ เพื่อป้องกันการลื่นล้ม	ชั้นนำ บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ถึงการป้องกันอุบัติเหตุให้ผู้สูงอายุเข้าใจ 1. จัดกลุ่มผู้สูงอายุนั่งเป็นรูปวงกลม	- บรรยาย	- ผู้สูงอายุสนใจซักถาม สรุปความเข้าใจเมื่อจบประเด็น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
	2. แสงไฟในที่ต่าง ๆ ต้องสว่างพอ โดยเฉพาะทางเดินและบันได สวิตช์ไฟฟ้าควรอยู่ใกล้ ควรมีสวิตช์ไฟอยู่ส่วนบนสุดและส่วนล่างสุดของบันได 3. เวลาขึ้นลงบันไดต้องจับราวบันไดให้มั่นคง 4. อย่าเอื้อมหยิบหรือเก็บของหนักไว้บนที่สูงต่าง ๆ สูง เพราะจะตกถูกศีรษะหรือถูกส่วนต่าง ๆ ร่างกายทำให้ได้รับบาดเจ็บ 5. ต้องระวังไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จากการประกอบอาหาร ก่อนใช้น้ำร้อน ควรดูความร้อนด้วยนิ้วมือก่อนเสมอ 6. อย่าสัมผัสสายไฟหรือเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือเปียก และถ้าพบสายไฟชำรุดควรซ่อมแซมเปลี่ยนให้เรียบร้อย 7. ถอดปลั๊กกาต้มน้ำร้อนทุกครั้งก่อนเติมหรือรินน้ำ 8. ต้องเก็บยาและเวชภัณฑ์ไว้ในตู้ยา ยาทุกชนิดต้องบอกสรรพคุณและวิธีใช้ให้เรียบร้อย ถ้ายาไม่ได้บอกชื่อและสรรพคุณ และไม่แน่ใจควรเก็บทิ้ง 9. ในฤดูหนาว ถ้าใส่เสื้อผ้าไม่อบอุ่นเพียงพอ จะทำให้อุณหภูมิลดลงถึงอันตราย และถ้าอยู่ในที่เย็นนาน ๆ จะทำให้เชื้องซึมหมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด อุบัติเหตุนอกบ้าน 1. ผู้สูงอายุต้องใส่รองเท้าหุ้มส้นและอย่าให้ส้นรองเท้าหลวม เวลาหน้าฝน เวลา	2. ชักถามผู้สูงอายุว่าเคยเกิดอุบัติเหตุหรือไม่ และเกิดจากสาเหตุอะไร - กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ซักถามและพูดคุยกัน		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
1. ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเอง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ 2. ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม	เดินต้องระวังถนนลื่น 2. ผู้สูงอายุเวลาเดินข้ามถนนต้องระวัง และถ้าไม่แน่ใจต้องขอร้องให้ผู้อื่นพาข้ามถนน 3. ขณะนั่งรถ อย่างนั่งหลับ ต้องระวังเวลารถหยุดอย่างรวดเร็ว หรือเลี้ยวกะทันหัน 4. ผู้สูงอายุควรขับรถช้าลง อย่าขับในขณะที่ภูมิอากาศไม่ดี หรือขับในเวลากลางวัน เนื่องจากประสาทสัมผัสเลวลง สายตาไม่ค่อยดี จะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ถ้าประมาท 5. ผู้สูงอายุควรงดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ในขณะขับรถ เพราะจะทำให้เกิดอันตราย	- ชักถามและกระตุ้นให้สนใจ		- ผู้สูงอายุตอบคำถามและสรุปความเข้าใจเมื่อจบประเด็น
	สุขภาพจิต สุขภาพจิตมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์อย่างมาก ในการดำเนินชีวิตประจำวันมนุษย์พบกับความเครียด ความวิตกกังวล มีความเป็นอยู่ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ภาวะสุขภาพจิตเสื่อม สุขภาพจิตผู้สูงอายุคือ สภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถแก้ไขปัญหา และปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความพึงพอใจในตนเอง มีเจตคติที่ดีต่องานและผู้อื่น รู้จักใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตนเองอย่าง	ขั้นนำ บอกวัตถุประสงค์และอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี - ชักถามปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุแต่ละคน	- บรรยาย - ภาพพลิก - เอกสาร	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
ได้ดี	เหมาะสม มีความคิดรวบยอด สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติทั้งร่างกายและจิตใจ และเป็นวัยที่มีปัญหาหลาย ๆ ด้าน เช่น 1. การไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ผลจากการเสื่อมของสังขาร เช่น ขี้ แก่ กล้ามเนื้อ ตา หู ฯลฯ ทำให้ผู้สูงอายุจิตใจห่อเหี่ยว ทำอะไรขาดความมั่นใจ 2. การถูกทอดทิ้ง จากการที่ลูก ๆ แยกครอบครัวไปอยู่ที่อื่น 3. การตายจากไปของคู่สมรส ญาติมิตร และเพื่อนสนิท ทำให้เกิดความว้าเหว่ 4. การไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นเหตุให้สุขภาพจิตไม่ดี 5. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุบางคนปลดเกษียณแล้วขาดรายได้ รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดศักดิ์ศรี คิดมาก ขาดความเชื่อมั่น ขาดความภูมิใจ การดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องมีการปรับตัว ความเครียดทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากที่ความต้องการตอบสนองกับสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา เช่น การสูญเสียที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ต้องมีการยอมรับ และปรับตัวให้ได้ การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ 1. ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยให้		- แผ่นพับ สุขภาพจิต	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
	ความรู้ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงเมื่อ อายุมากขึ้น 2. ผู้สูงอายุควรลดความวิตกกังวลต่าง ๆ และยอมรับความเป็นจริงของชีวิตว่ามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย จะทำให้จิตใจดีขึ้น 3. ผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายจะ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจน มีการไหล เวียนของเลือด และทำให้ร่างกาย จิตใจ สดชื่น 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ จัดบ้านเรือน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ จัดสถานที่ พักผ่อนเพื่อหาความสุข 5. ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรม งานอดิเรก ทำแล้วเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังเพลง 6. ผู้สูงอายุควรทำจิตใจให้สงบ มีความ สุข มีการปล่อยวาง ไม่เกลียดง่าย ไม่ดิ่ง เครียดและรู้จักให้อภัย อยู่กับลูกหลาน อย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ควรเอาแต่ใจตนเองหรือ รู้จักรักจกมากเกินไป เพื่อช่วยให้ทุกคนภายใน ครอบครัวอยู่อย่างมีความสุข 7. ผู้สูงอายุควรปฏิบัติกิจทางศาสนา ช่วยทำให้จิตใจสบายเบิกบาน 8. ผู้สูงอายุทำตัวให้เป็นประโยชน์ตาม ความสามารถของตนเอง เพื่อสร้างความ ภูมิใจ และไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า 9. ผู้สูงอายุควรสนใจสิ่งแวดล้อม หา	ซักถามถึง กิจกรรมงาน อดิเรกที่ ผู้สูงอายุทำ - ให้ผู้สูงอายุ นั่งสมาธิ		- ผู้สูงอายุ สนใจซักถาม สรุป ความ เข้าใจ เมื่อ จบประเด็น

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	วิธีการสอน และอุปกรณ์	ประเมินผล
	ความรู้ด้วยการฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์ 10. ผู้สูงอายุควรปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลาน และครอบครัว เพื่อให้เกิดความรักความอบอุ่นในครอบครัว และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข			

ภาคผนวก ก

คุณภาพของเครื่องมือ (ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์)

ตาราง 10 แสดงค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์

ข้อที่	ความรู้		เจตคติ	การปฏิบัติ
	ความยาก	อำนาจจำแนก	อำนาจจำแนก	อำนาจจำแนก
1	0.44	0.41	0.29	0.49
2	0.28	0.33	0.40	0.43
3	0.44	0.41	0.23	0.26
4	0.30	0.33	0.32	0.32
5	0.42	0.38	0.32	0.58
6	0.30	0.36	0.21	0.38
7	0.38	0.51	0.42	0.36
8	0.40	0.27	0.28	0.43
9	0.42	0.52	0.28	0.23
10	0.70	0.37	0.32	0.39
11	0.58	0.39	0.27	0.34
12	0.68	0.47	0.29	0.49
13	0.48	0.48	0.25	0.26
14	0.40	0.50	0.24	0.27
15	0.62	0.50	0.43	0.32
16	0.41	0.22		0.39
17	0.69	0.30		0.42
18	0.62	0.41		0.46
19	0.51	0.32		0.39
20	0.32	0.30		0.21

ค่าความเชื่อมั่น = 0.82

ค่าความเชื่อมั่น = 0.62

ค่าความเชื่อมั่น = 0.66

ภาคผนวก ง
ภาพพลิก
แผ่นพับ
ภาพกิจกรรม

สื่อภาพพลิกเรื่อง “สุขภาพจิตดี นำชีวิตมีสุข”

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจงประกอบภาพพลิกเรื่องสุขภาพจิต

1. ภาพพลิกนี้จัดทำขึ้นสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ประกอบการให้สุศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป
2. ภาพพลิกชุดนี้ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้
 - ความสำคัญของสุขภาพจิต
 - ความหมายของสุขภาพจิต
 - ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี
 - ข้อควรรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยทั่วไป
 - อารมณ์โดยทั่วไปที่เกิดขึ้นกับคนเรา
 - แนวทางในการควบคุมอารมณ์
 - ความเครียด
 - ทำอย่างไรจึงจะมีสุขภาพจิตดี
 - การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มักจะเกิดขึ้นในแต่ละวัย
 - ท่านจะช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างไร
 - สถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพจิต
3. ข้อความในด้านหลังจะอธิบายภาพในหน้าต่อไป เช่น คำอธิบายในหน้า 4 จะอธิบายภาพในหน้า 5
4. โปรดศึกษาเนื้อหาอย่างละเอียดก่อนนำไปใช้
5. หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อ กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000 โทร. 525-2978

สุขภาพจิต นำสุขมาสู่

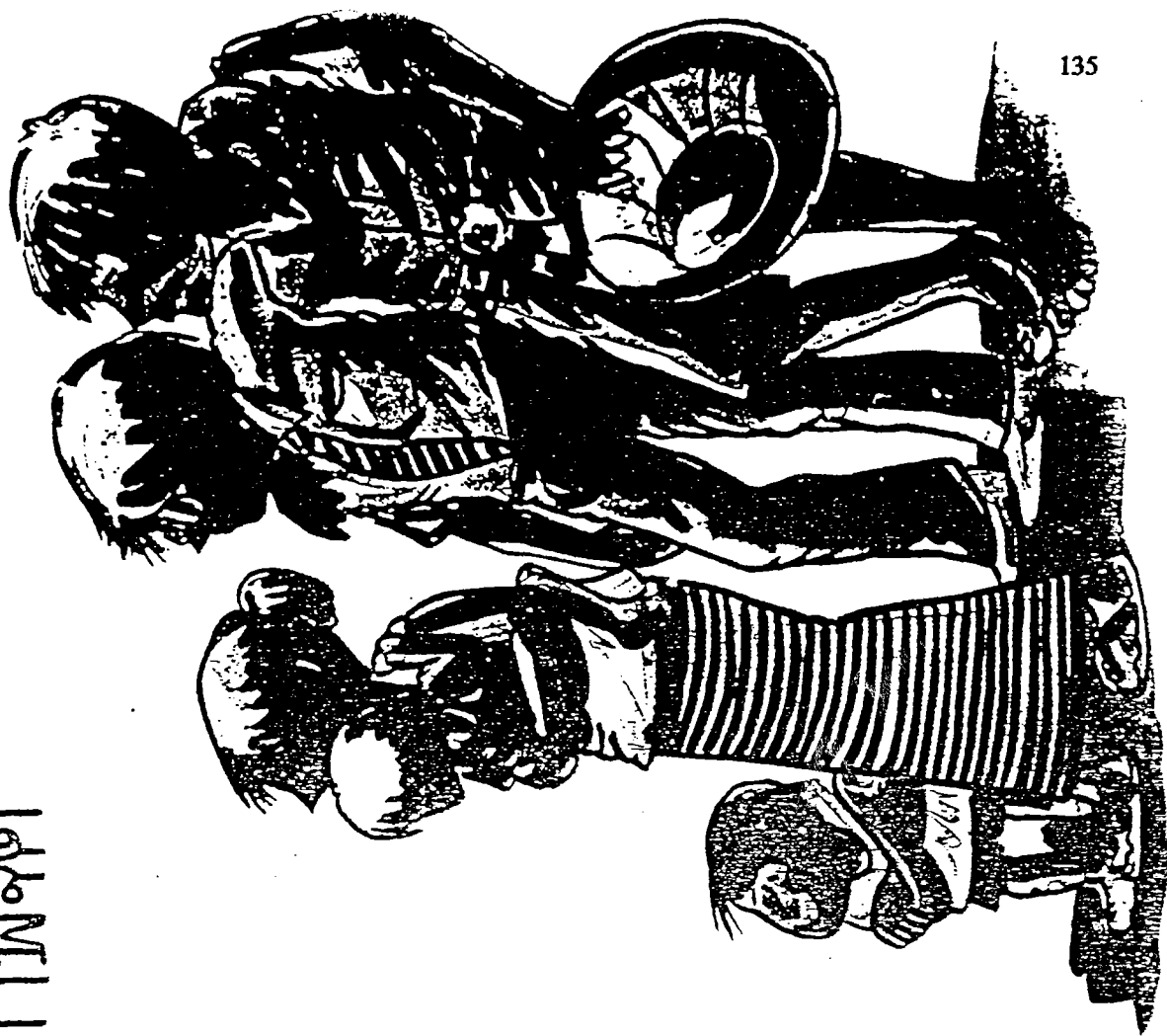


กองสุขภาพจิต

กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

សុខភាពអ្នក



ความสำคัญของสุขภาพจิต หากสุขภาพจิตไม่ดีจะทำให้

1. ทำงานได้ไม่ดี
2. อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างไม่ราบรื่น
3. หากรุนแรงจนทำงานไม่ได้ จะทำให้เป็นภาระ
ผู้อื่นและสิ้นเปลืองเงินทอง
4. เป็นการสูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ

ถ้าสุขภาพจิตใจไม่ดี



เสียงาน



เสียเงิน



ช่วย

เสียมิตรภาพ



เสียอนาคต

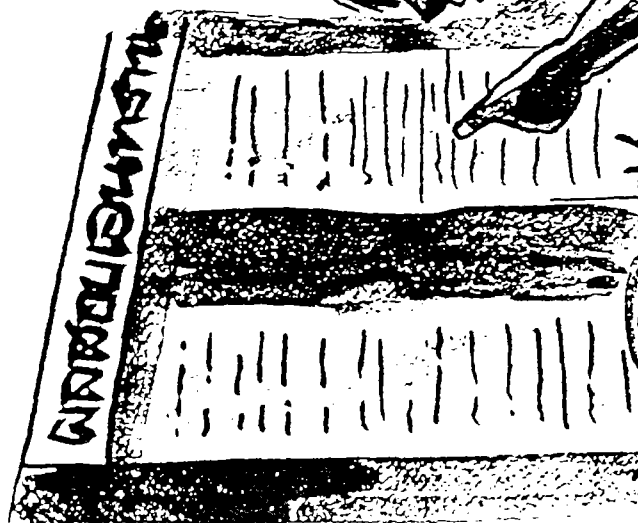
ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตหมายถึง

1. ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
2. ความสามารถที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้ หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง และแก่ชุมชนได้ตามความสามารถของตน
3. ความสามารถในการปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

ความหมายของสัญลักษณ์

ปรัชญา



ปรัชญา

พหุมิติ

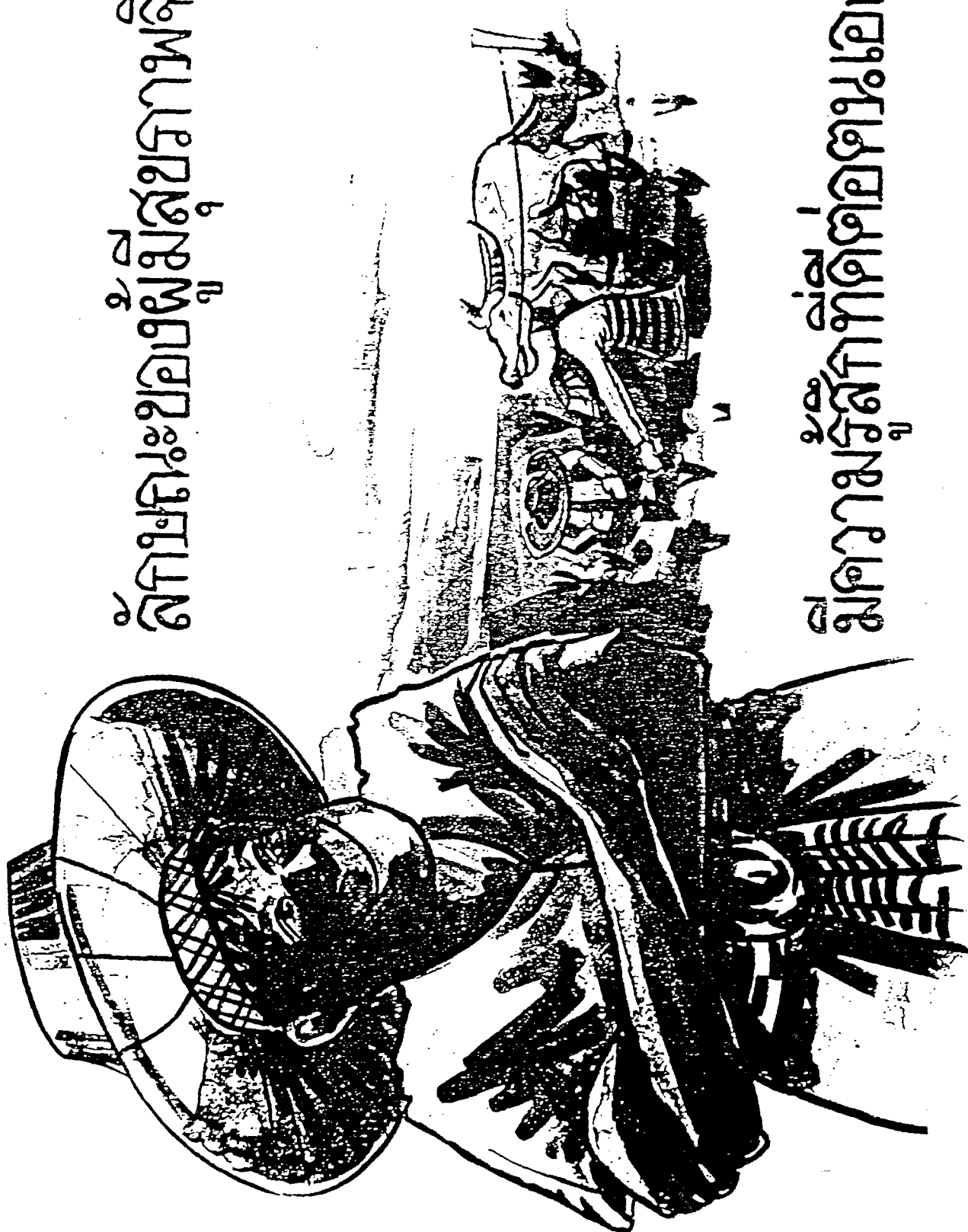


ไม่เป็นไร
เรียนรามที่ได

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

1. มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง
 - ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความรัก ความเกลียด ความอิจฉา และความรู้สึกผิด
 - ทนต่อความผิดหวัง
 - มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ได้
 - ไม่ดูถูกตนเอง

ສິດທິພົນລະເມືອງ
ພູມສັນຊາດພິທີ

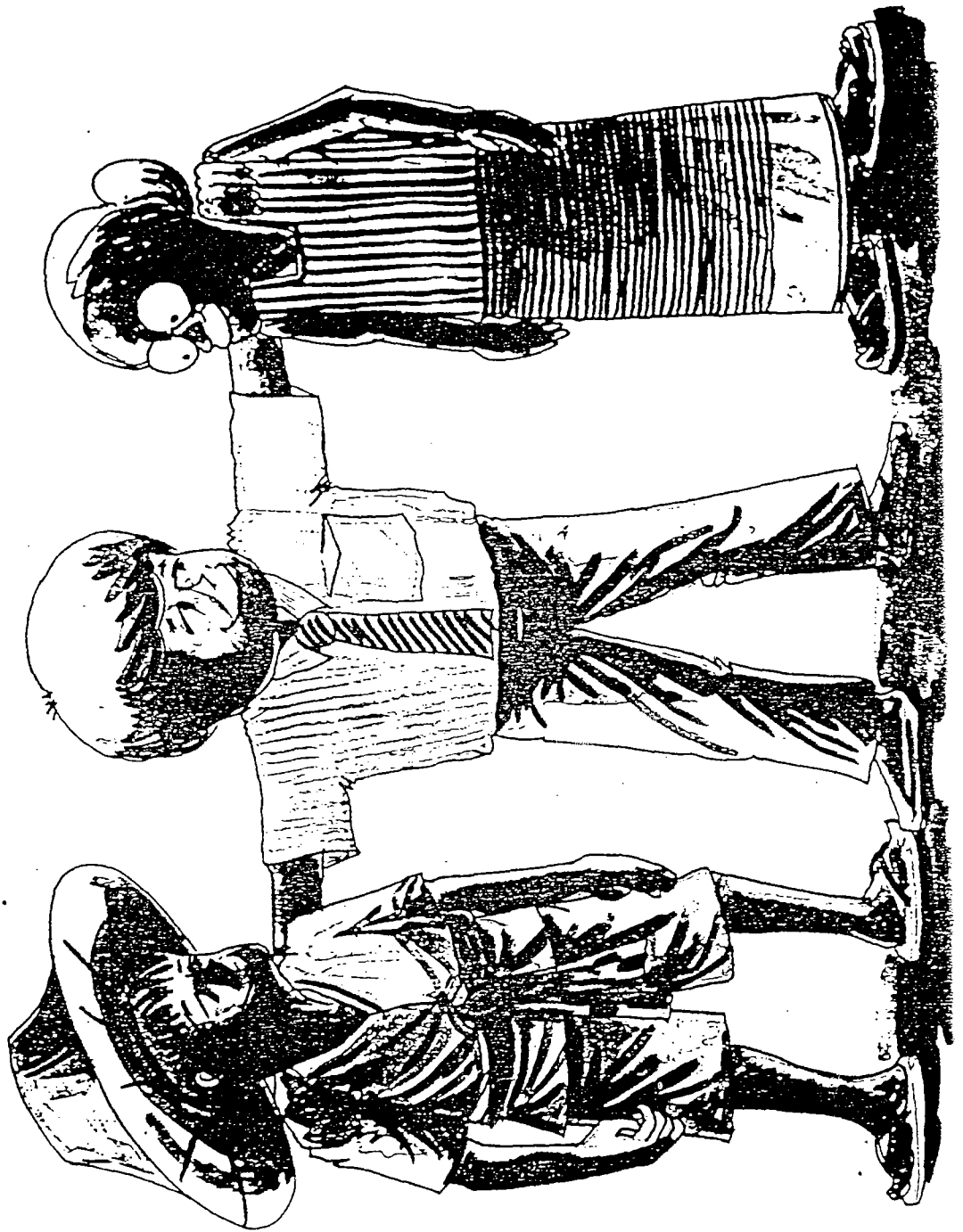


ສິດທິພົນລະເມືອງ
ພູມສັນຊາດພິທີ

2. มีความรู้สึกดีต่อผู้อื่น

- ผู้รักผู้อื่น
- มองเห็นความหวังดีของผู้อื่น มองโลกในแง่ดี
- อยากร่วมมิตรกับคนทั่วไป

มีความรู้สึกรักใคร่พอเพียง



3. สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้

- แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่
- ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
- มีความพอใจในงานที่ทำ
- มีความมานะพยายามที่จะทำงานให้สำเร็จ



ได้เรียนรู้อะไรบ้าง...

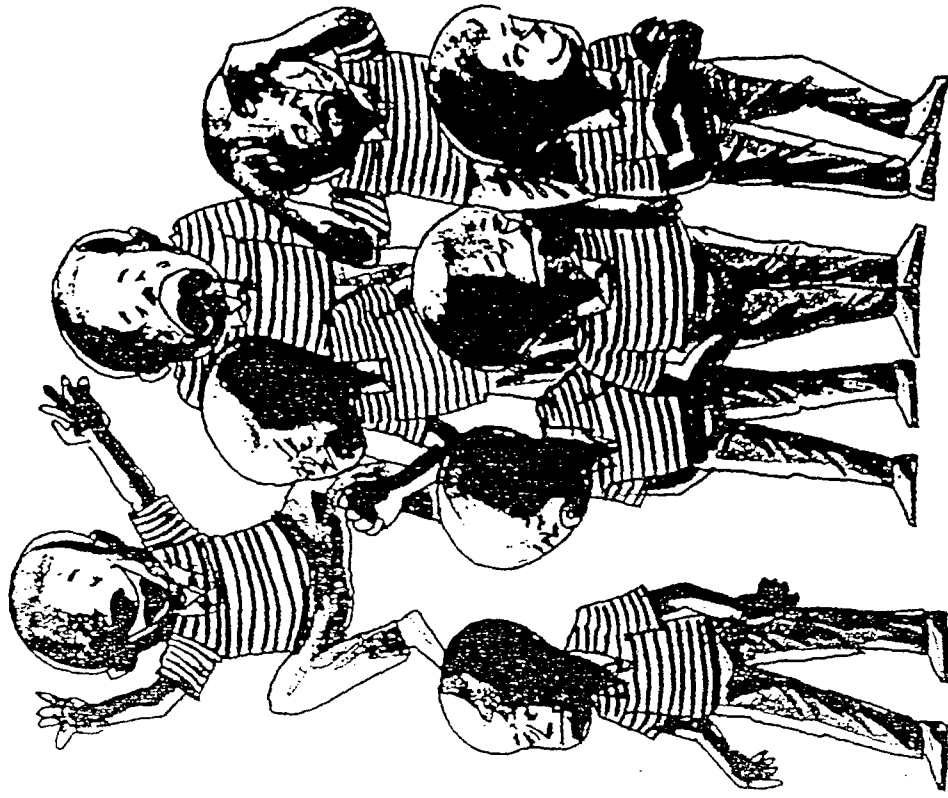
สามารถเขียนได้...

ข้อควรรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยทั่วไป
สุขภาพจิตของแต่ละคนมีความแตกต่างกันและ
ในบางครั้ง สุขภาพจิตของคนคนเดียวกันอาจ
เปลี่ยนแปลงได้

ខ្ញុំគួរតែរើសយកបងប្អូនដោយយល់



សុខភាពអ្នកប្រចាំថ្ងៃ
 គឺជាគោលដៅសំខាន់

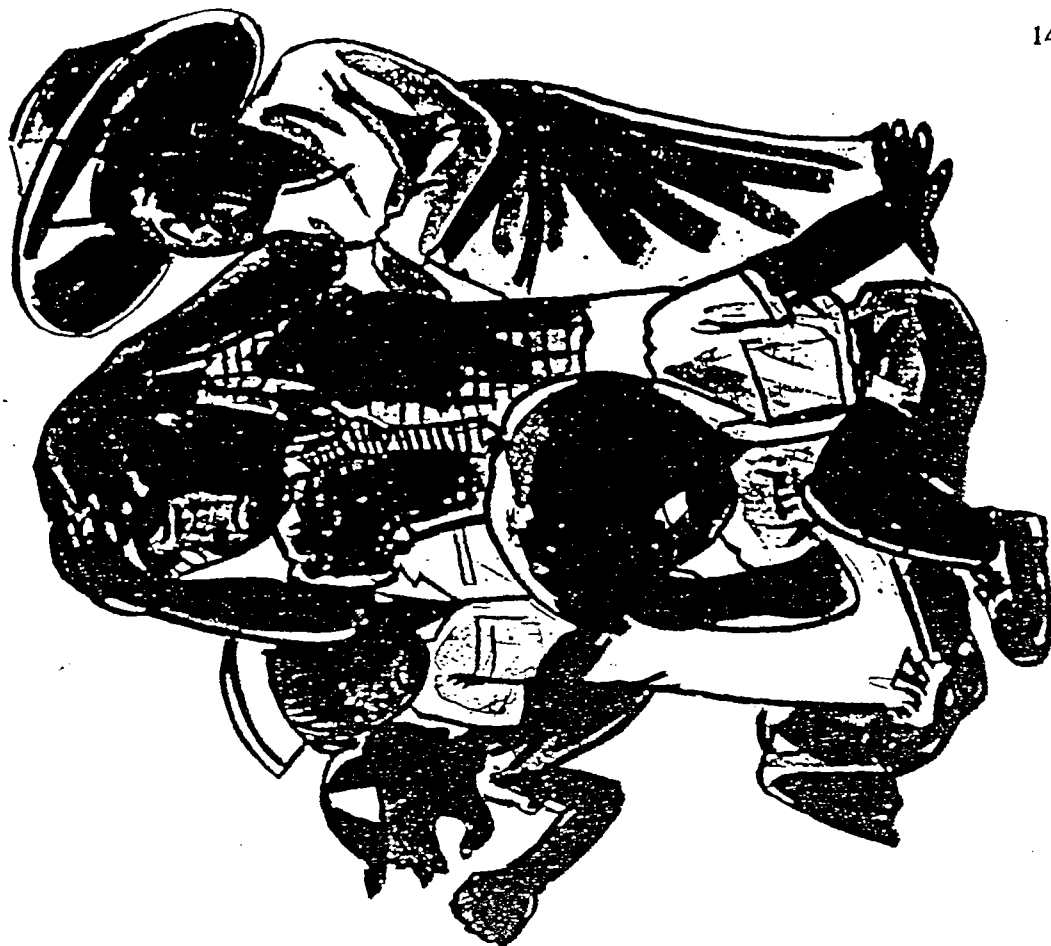


សុខភាពអ្នកប្រចាំថ្ងៃ
 គឺជាគោលដៅសំខាន់

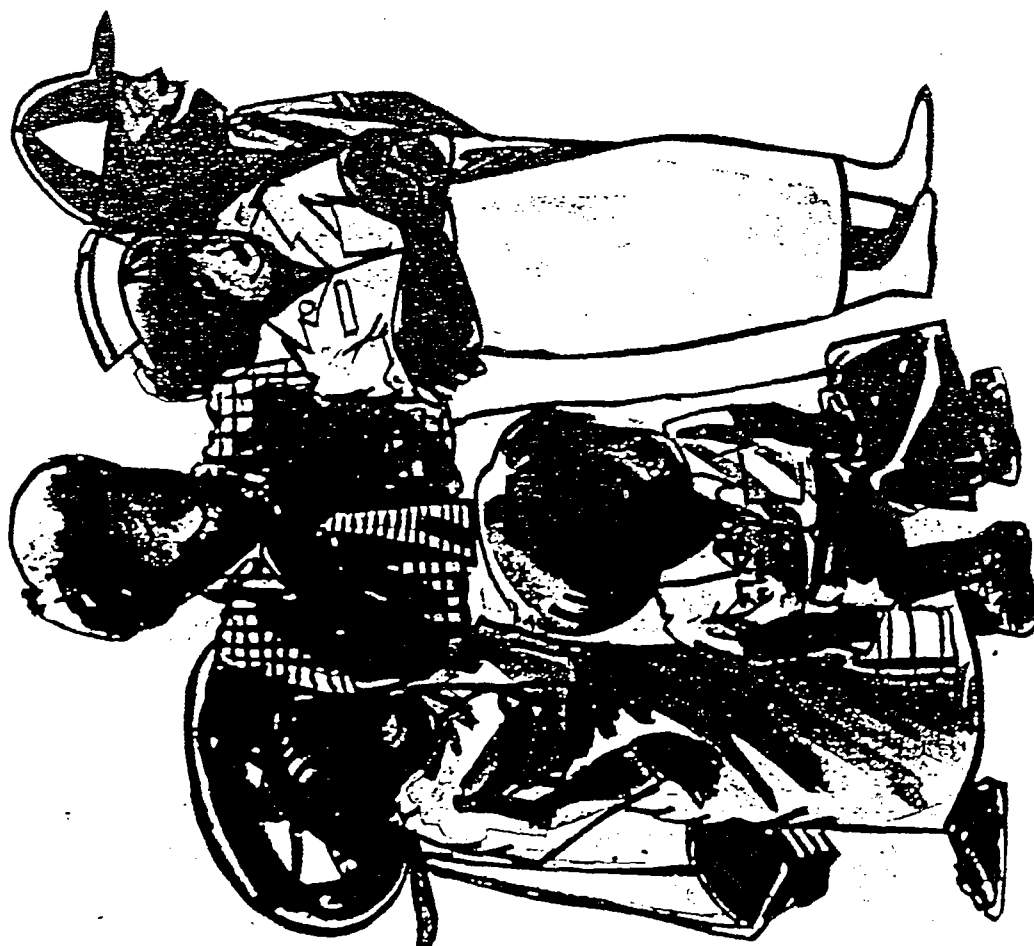
อารมณ์คนเรามี 2 ลักษณะ

อารมณ์ที่ดี	อารมณ์ที่ไม่ดี
ความรัก	ความเศร้า
ความสนุกสนาน	ความวิตกกังวล
ความสุข	ความโกรธ
ความพอใจ	ความกลัว
ความเบิกบาน	ความเกลียด
ความยินดี	ความว่าเหว่
ความสงบใจ	ความเจ็บช้ำ
ความเพลิดเพลิน	ความเครียด

การมณฑกไมด

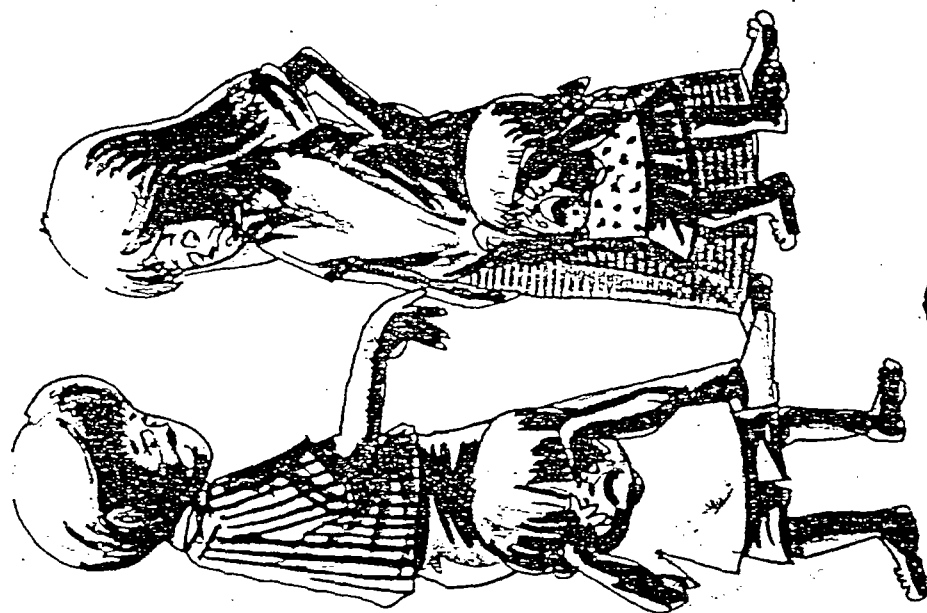
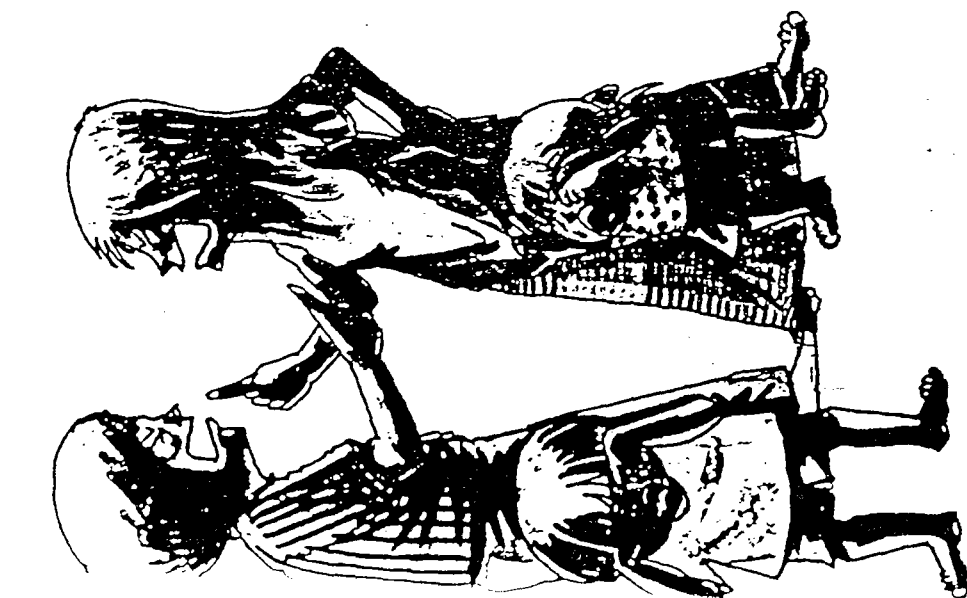


การมณฑก



<u>แนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่ดี</u>	
1. ให้อยอมรับว่าอารมณ์ที่ไม่ดีย่อมเกิดขึ้นได้เสมอ	3. นึกถึงว่ามีวิธีการใดบ้างที่ใช้ควบคุมอารมณ์โกรธ เช่น นับหนึ่งถึงสิบ
2. หาสาเหตุของการเกิดอารมณ์นั้นๆ	4. ลองนับหนึ่งถึงสิบ
3. ให้นึกถึงวิธีการควบคุมอารมณ์ที่เคยใช้ได้ผล	5. ถ้ายังไม่หายโกรธ ให้หาวิธีใหม่ ได้แก่ ลองเลี้ยงไปชั่วคราว แล้วคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้น จากอารมณ์โกรธ เช่น พ่อแม่ทะเลาะกัน ต่อหน้าลูก จะมีผลกระทบกระเทือนต่อ จิตใจลูก ทำให้เสียขวัญ และไม่มีความสุข หรือนึกหาสาเหตุการกระทำของคนที่ทำให้ ให้เราโกรธ เพื่อเข้าใจและให้อภัย เช่น เขาทำไปเพราะไม่รู้ เป็นต้น
4. ปฏิบัติตามวิธีที่เลือก	
5. หากไม่ได้ผลก็หาวิธีใหม่	
ตัวอย่าง : ความโกรธ	
1. รู้ตัวที่กำลังโกรธ	
2. ให้อาณัติตัวเองว่า ทำไม่ถึงโกรธ	
โกรธใคร โกรธอะไร	

แนวทางการควบคุมอาหารที่ไม่ดี

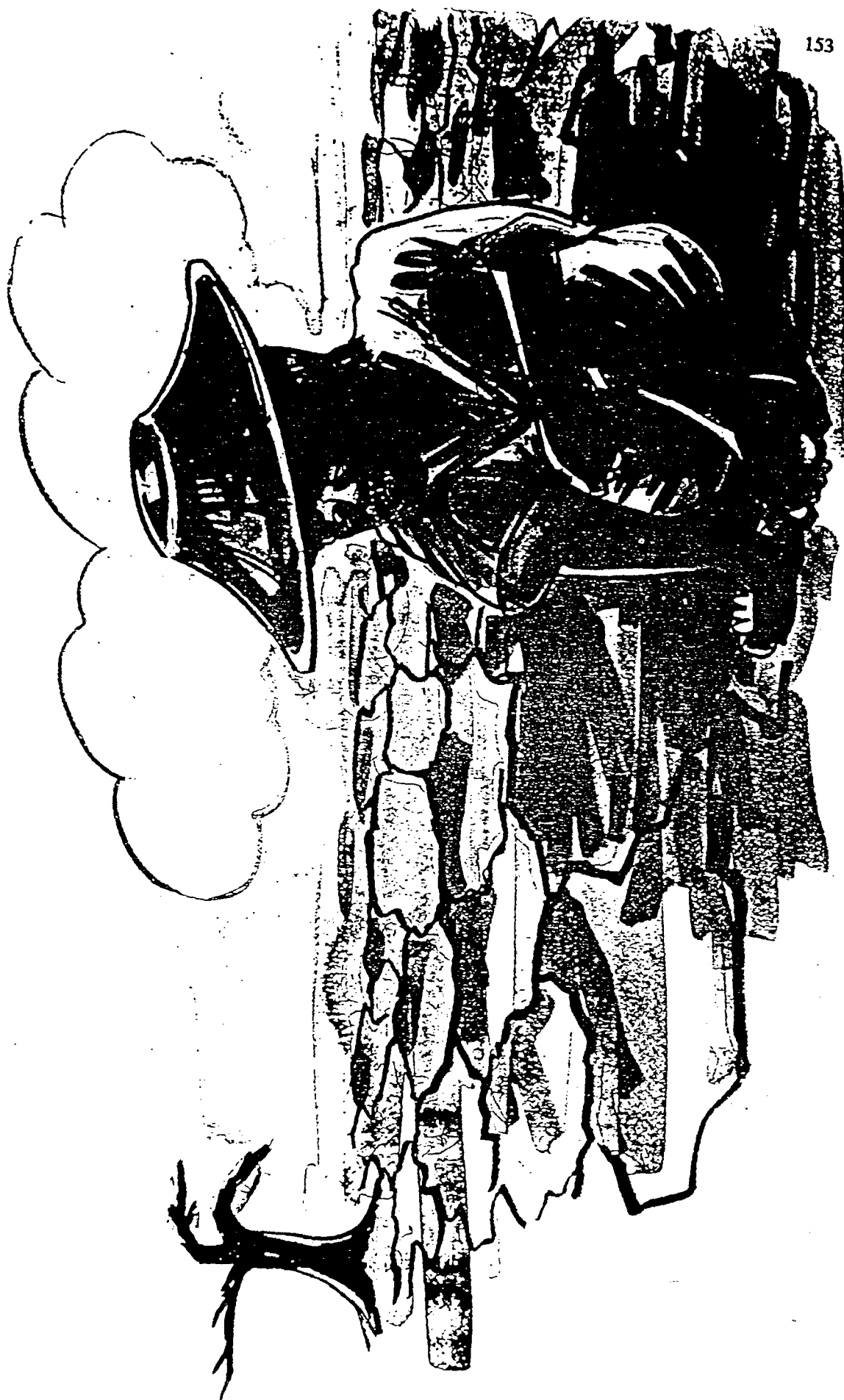


การควบคุมอาหาร

ความเครียด

คนเราเมื่อเกิดอารมณ์ไม่ดี และไม่อาจจัดหรือควบคุมไว้ได้ จะทำให้เกิดความเครียด และมีอาการ เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คิดอะไรไม่ออก เป็นต้น สาเหตุของความเครียด เช่น เงินไม่พอใช้ สามีมีภรรยาน้อย ป่วยเป็นโรคร้ายแรง ความกังวลเกี่ยวกับการสอบ การเสียชีวิตของคนในครอบครัวอย่างกะทันหัน ความเครียดไม่ได้เป็นสิ่งที่เลวร้ายเสมอไปเพราะความเครียดในระดับที่พอเหมาะ อาจทำให้คนเรากลับมาคิดสิ่งที่เขาจะความยากลำบากได้ เช่น มีความกังวลว่าจะสอบไม่ได้ ทำให้ตั้งใจดูหนังสือสอบ เราอาจจะบรรเทาความเครียดได้ด้วยการพักผ่อนหย่อนใจ หรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ

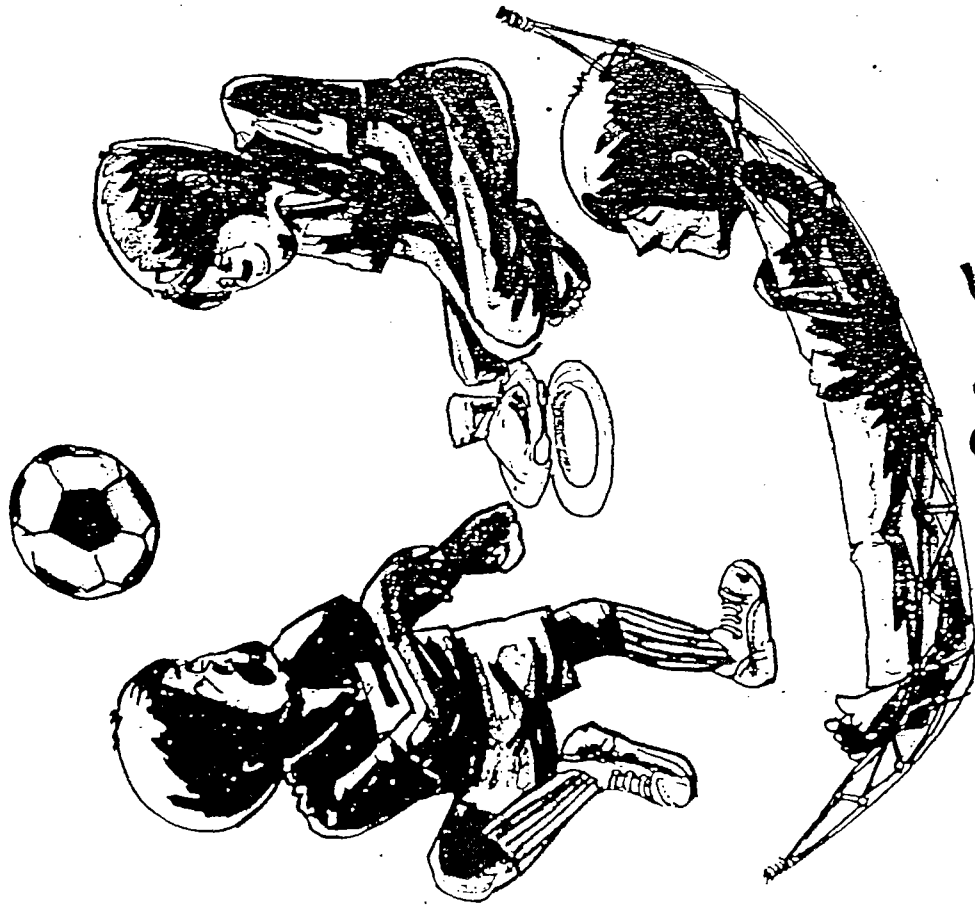
කාමරේය



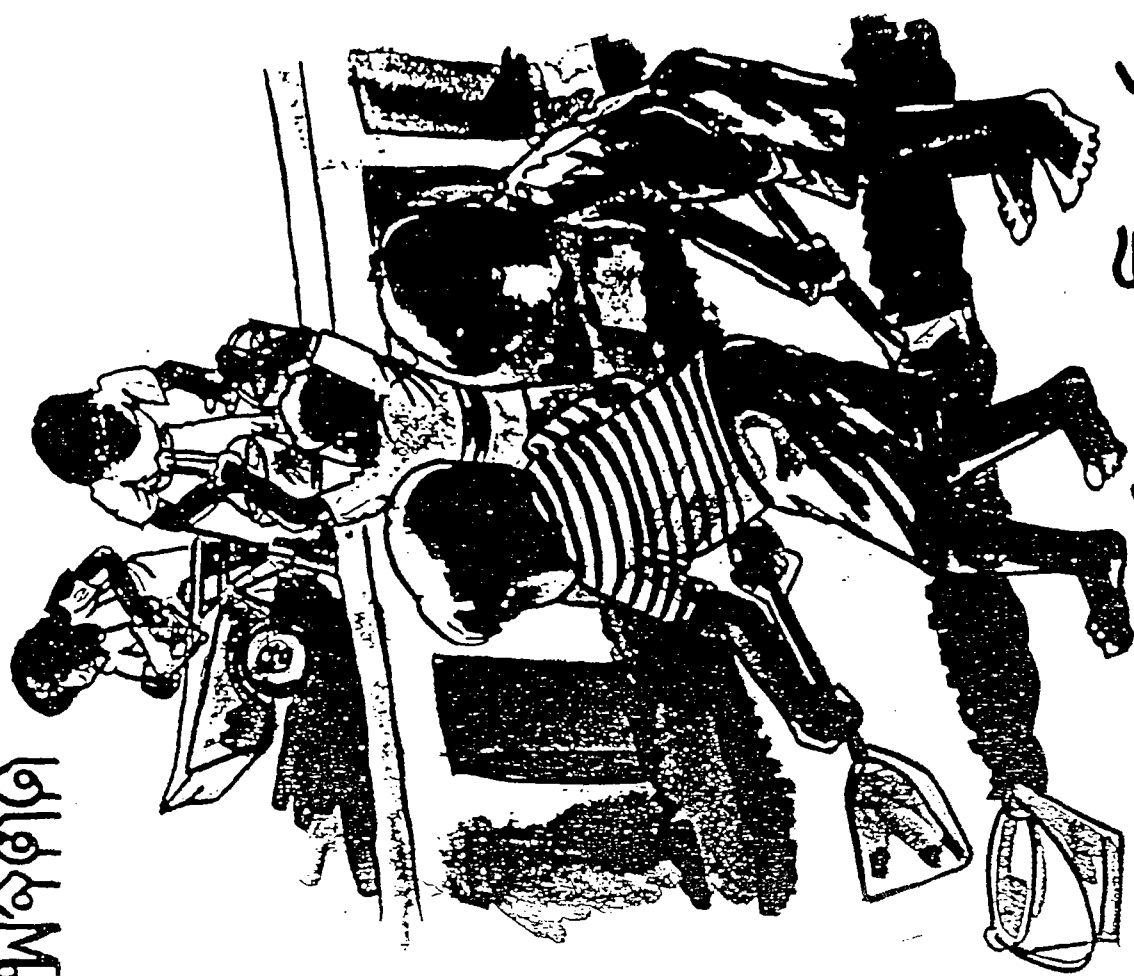
ทำอย่างไรจึงจะมีความสุขภาพที่ดี

1. รักษาสุขภาพกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ
2. ทำตนให้เป็นประโยชน์

ทำอย่างไรจึงจะมีสุขภาพที่ดี



รักษาร่างกายให้แข็งแรง

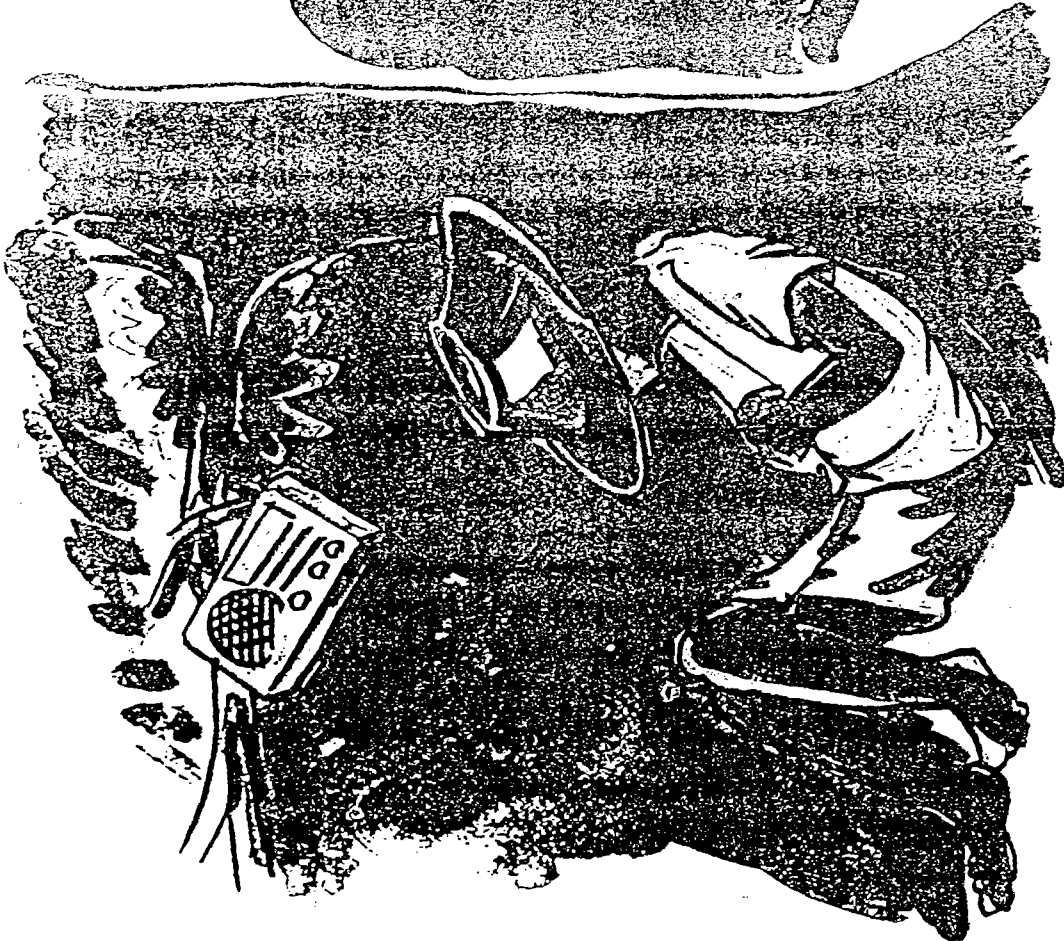


ทำอย่างไรให้เป็นประโยชน์

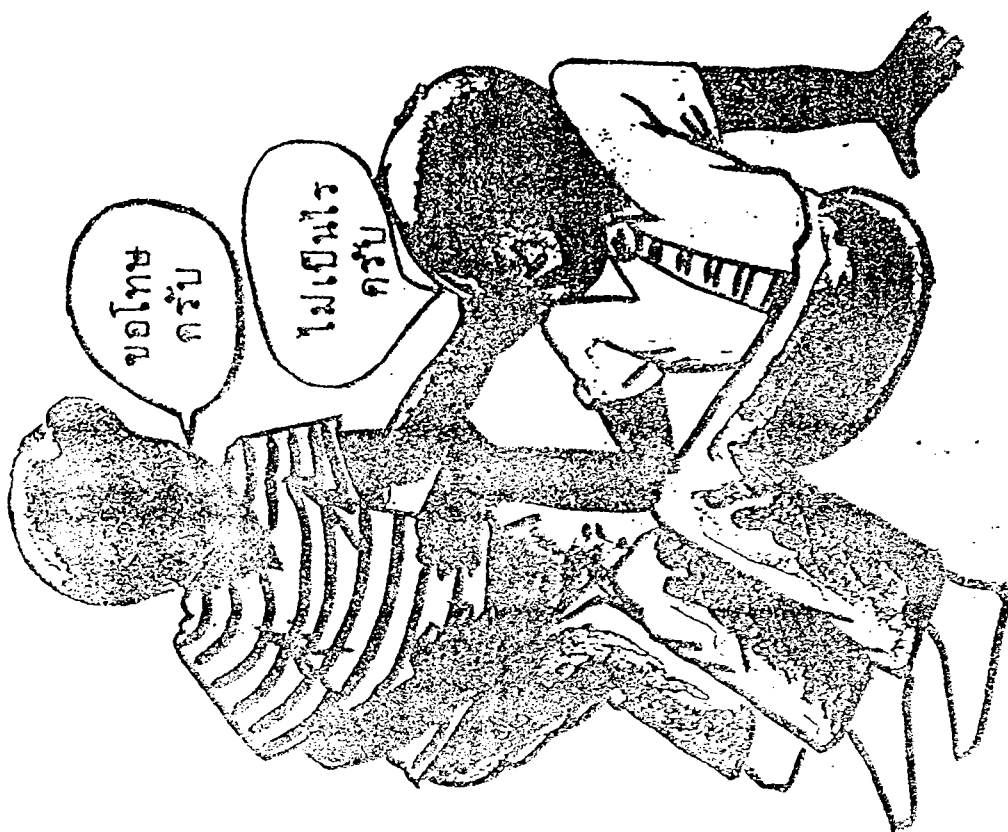
ปริญญานิเทศศาสตร์



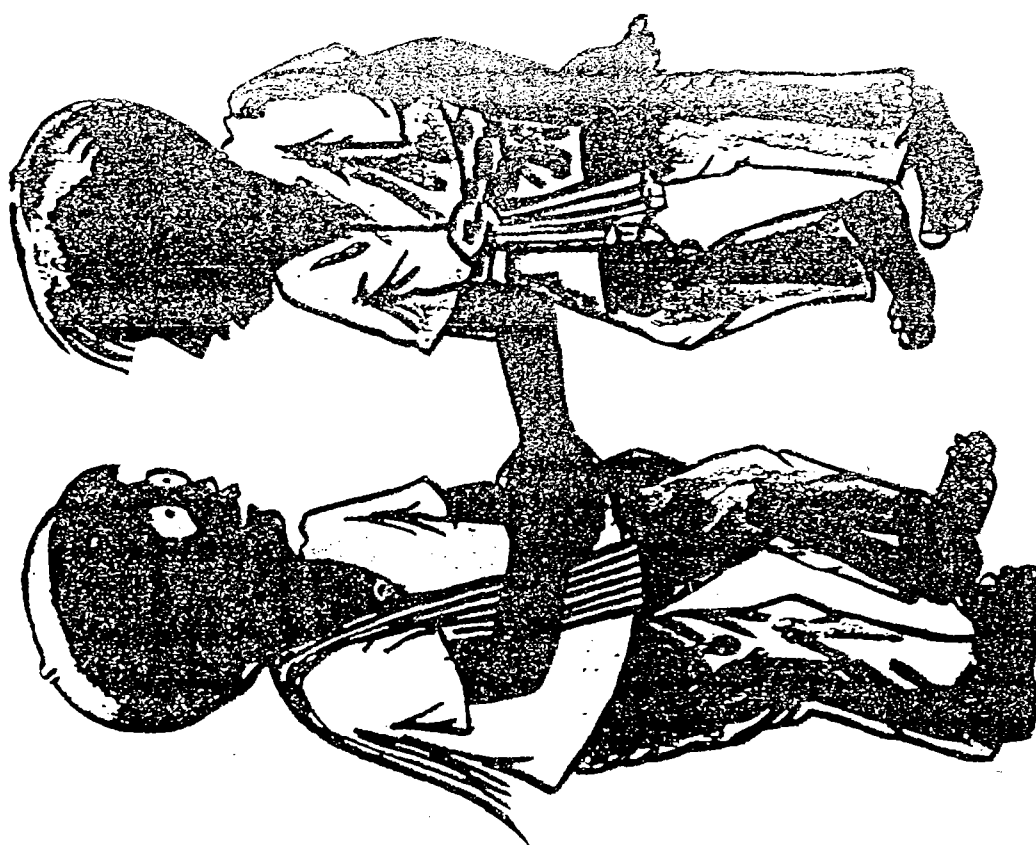
พจนานุกรม



5. รู้จักประณีประนอม ผ่อนผันผ่อนนากับผู้อื่นบ้าง
6. รู้จักรักและให้อภัย มองผู้อื่นในแง่ดี



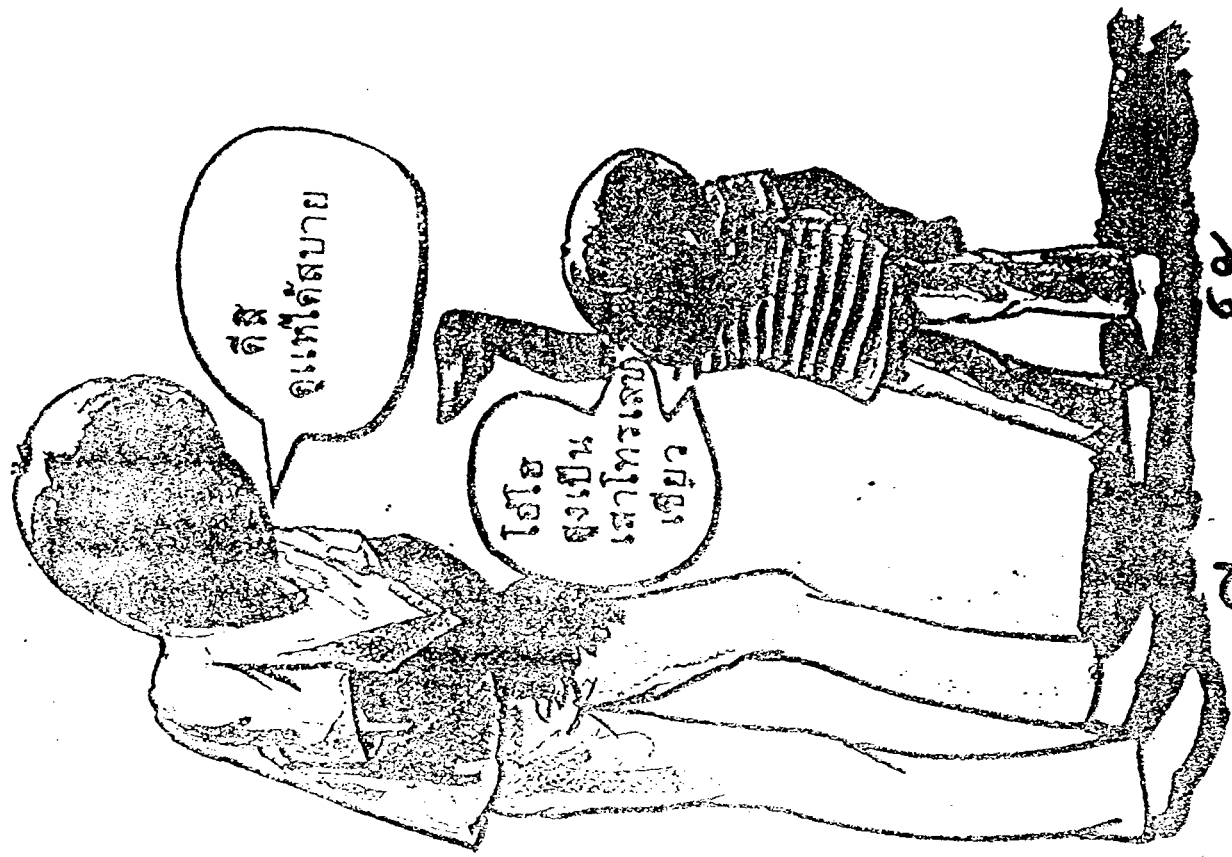
รู้จักไหม



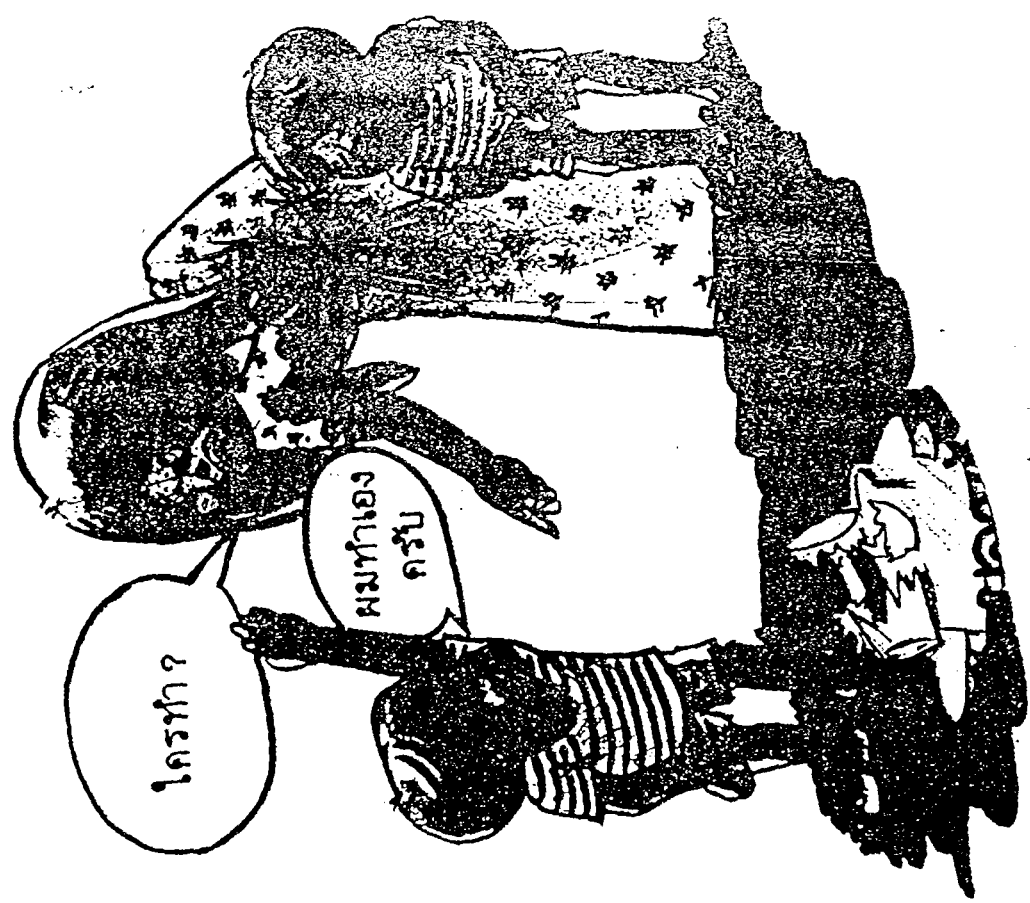
ประจักษ์ประจักษ์

7. ขอมรับคำติชมจากผู้อื่น และเผื่อคิด ขอมรับผิดชอบ
8. รู้จักมีอารมณ์ขัน

มีอารมณ์ขัน



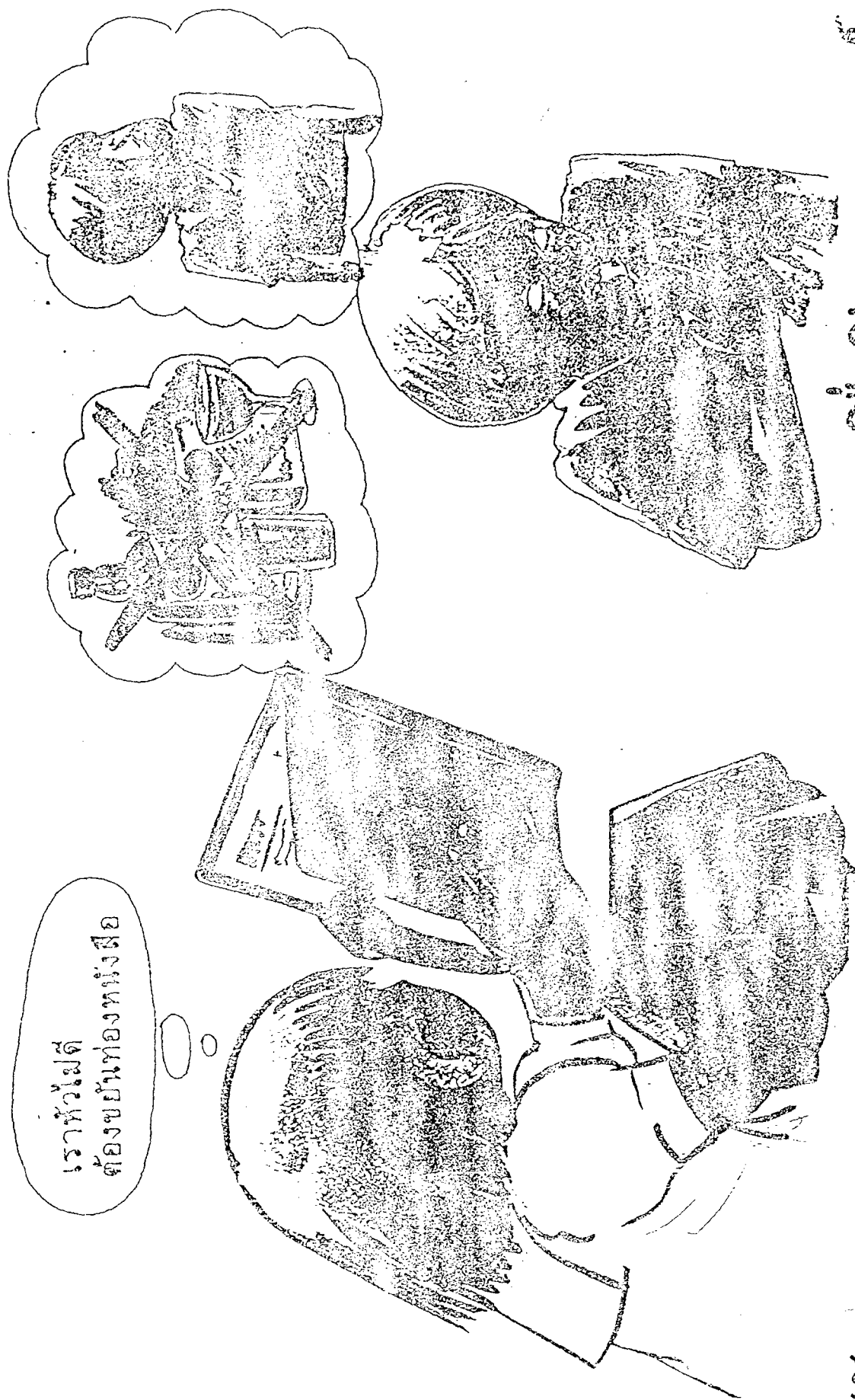
ยอมรำบิพิด



9. รู้จักตนเอง และยอมรับข้อดีข้อเสีย ปมข้อบ่มตนของตน
10. รู้จักอดทนเมื่อมีความทุกข์ และให้จิตแก้ไขอย่างรอบคอบ

เราไม่เคยเจอคุณเลย
จากเมื่อจำได้ว่ามาหา

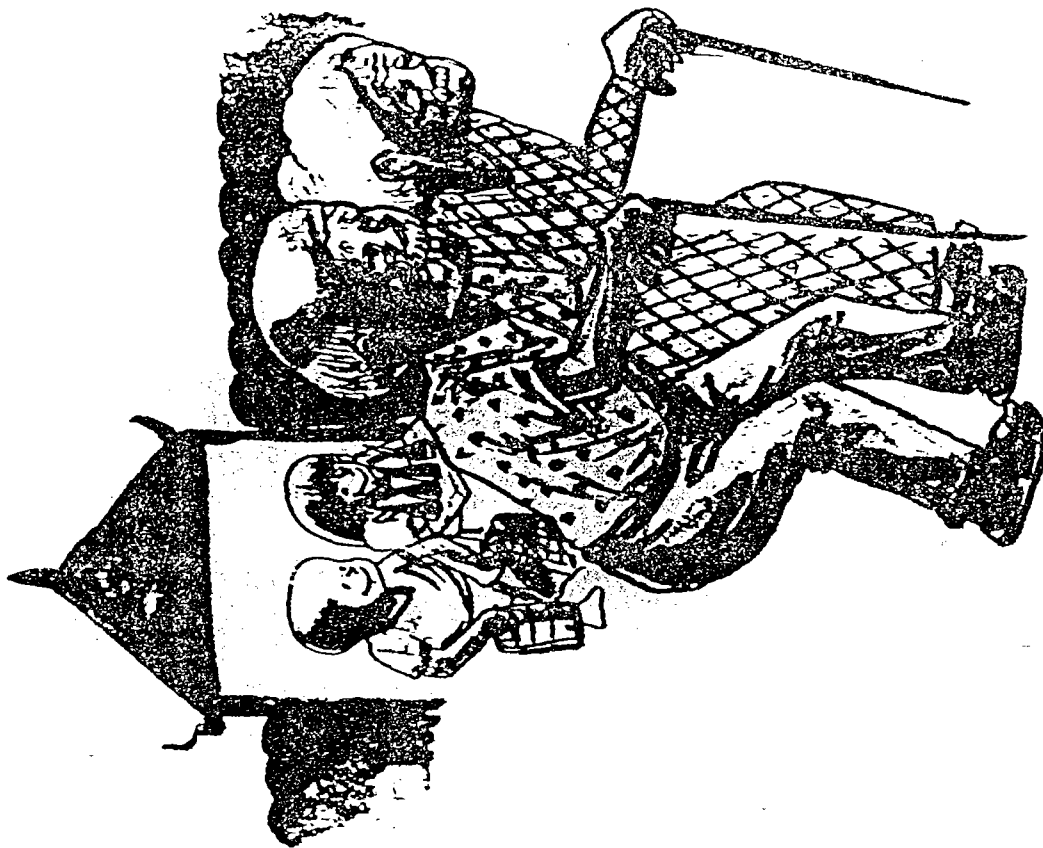
เราไม่เคยเจอ
คุณเลย



เราหัวไม่ดี
ต้องขยันท่องหนังสือ

วัยชรา เป็นวัยที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น เคลื่อนไหวช้าลง ตามัว หูตึง หลงลืมง่าย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เช่น ต้องเผชิญกับการสูญเสีย ในหน้าที่การงาน การตายจากของคนใกล้ชิด ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองหมดคุณค่า ว้าเหว่ ผู้สูงอายุจึงควรเข้าใจว่าลักษณะดังกล่าวเป็นธรรมชาติที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และควรรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ เตรียมใจเพื่อรับสภาพที่จะเกิดขึ้นด้วยการทำตนให้เป็นประโยชน์และทำงานอดิเรก ส่วนลูกหลานควรเอาใจใส่ดูแลช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ และให้ความสำคัญอยู่เสมอด้วยการขอคำปรึกษาแนะนำ

วุ่นวาย



ให้ความมั่งคั่ง

จนกระทั่งได้ช่วยเหลือ



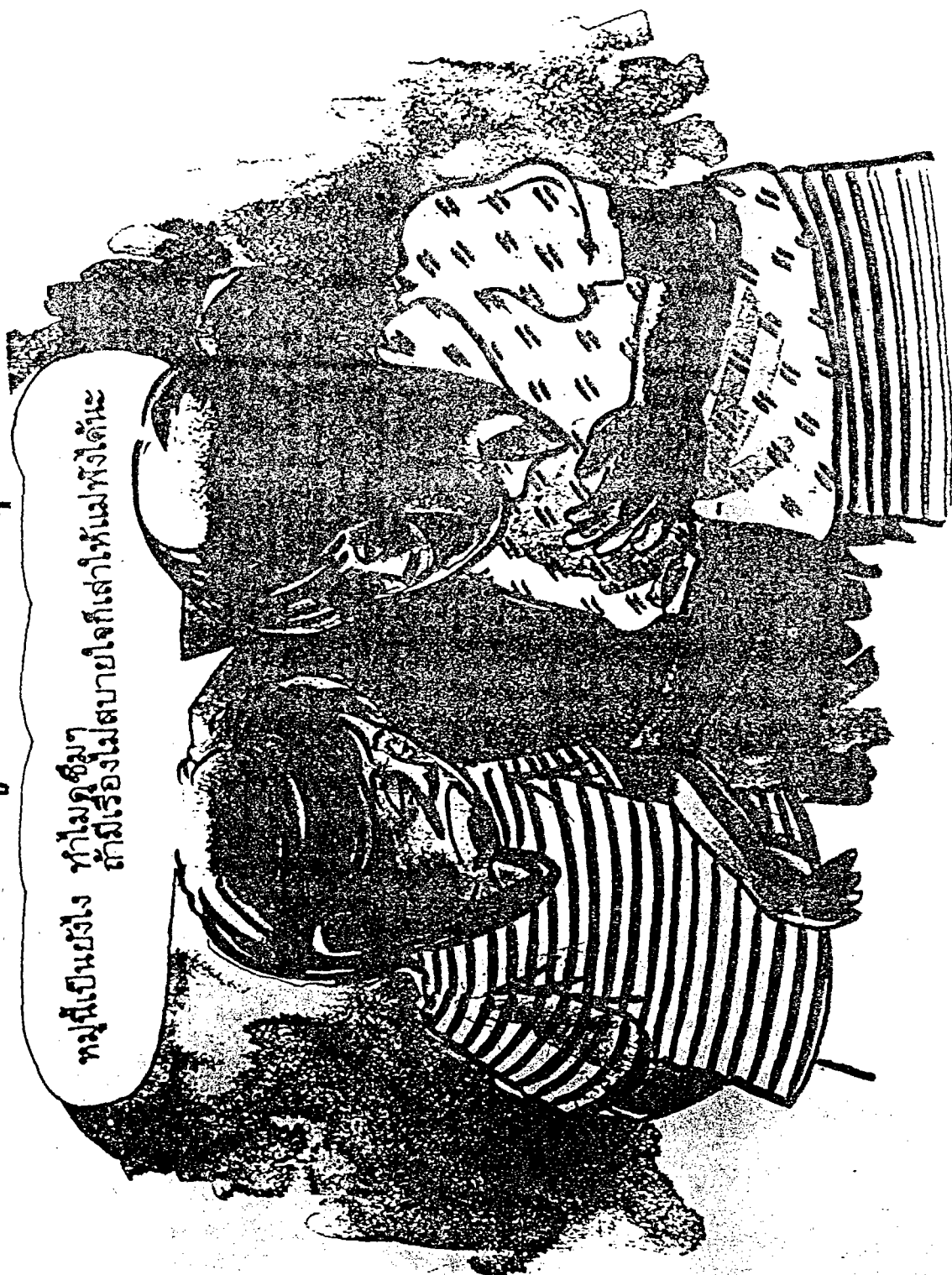
ท่านจะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างไร

หากท่านพบผู้ใกล้ชิดที่ไม่สบายใจ มีอารมณ์หงุดหงิด
คิดมาก กินไม่ได้ นอนไม่หลับ เซื่องซึม ก้าวร้าว
ท่านจะช่วยเขาได้ดังนี้

1. แสดงความห่วงใย ได้ตามถึงความต้องการนั้น
2. เมื่อเขาเล่าปัญหา ก็ฟังด้วยความเต็มใจ
3. ช่วยแจกแจงให้เขารู้ว่าอะไรคือปัญหาช่วยหาทางแก้ไข
และให้เขาตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง
4. หาปัญหาไม่คลี่คลายก็คอยใจ ใจกำลังใจ หรือ
แนะนำให้ไปพบผู้รู้ เช่น พระ ครู หรือผู้อาวุโส
5. หากมีอาการเหล่านี้รุนแรงอยู่เป็นเวลานาน แนะนำ
ให้ไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข

๗๗๗ ทำงานช่วยเหลือน้องผู้พิการสามารถทำได้ยังไง

ทำไมเป็นแบบนี้? ทำไมไม่ลุกขึ้นมา? ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจก็เล่าให้แม่ฟังได้นะ



สถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพจิต

ภาคเหนือ

1. รพ. สวนปรุง เชียงใหม่
2. รพ. ประสาทเชียงใหม่
3. รพ. ลำพูน
4. รพ. แม่ฮ่องสอน
5. รพ. เชียงราย
6. รพ. ศรีสัชนา สหทัย
7. รพ. พุทธชินราช พิชญ์โลก
8. รพ. มหาราชนครเชียงใหม่

ภาคกลาง

1. ศูนย์สุขภาพจิตวิทยาจิต กท.
2. รพ. นิตยจิตเวช กท.
3. รพ. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ กท.
4. รพ. ราชานุกูล กท.
5. รพ. เด็ก กท.
6. รพ. ประสาท กท.
7. รพ. สงฆ์ กท.
8. รพ. พระมงกุฎเกล้า กท.
9. รพ. ภูมิพล กท.
10. รพ. ดำรง กท.
11. รพ. ราชวิถี กท.
12. รพ. กลาง กท.
13. รพ. วชิรพยาบาล กท.
14. ศูนย์บริการสาธารณสุข 2
สมาคมสตรีไทย กท.
15. ศูนย์บริการสาธารณสุข 3
บางซื่อ กท.

16. ศูนย์บริการสาธารณสุข 21
วัดธาตุทอง กท.

17. ศูนย์บริการสาธารณสุข 23
สี่พระยา กท.

18. ศูนย์บริการสาธารณสุข 24
วัดธาตุทอง กท.

19. รพ. ศิริราช กท.

20. รพ. จุฬาลงกรณ์ กท.

21. รพ. รามาธิบดี กท.

22. รพ. บุรีประสาธน์ ไทโยปถัมภ์
สมุทรปราการ

23. รพ. ศรีธัญญา นนทบุรี.

24. รพ. ปทุมธานี

25. รพ. พระนครศรีอยุธยา

26. ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ชัยนาท

27. รพ. สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

28. รพ. อ่างทอง

29. รพ. บ้านหมี่ ลพบุรี

30. รพ. อานันทมหิดล ลพบุรี

31. รพ. สิงห์บุรี

32. รพ. อินทร์บุรี สิงห์บุรี

33. รพ. สระบุรี

34. รพ. พระพุทธบาท สระบุรี

35. รพ. ชลบุรี

36. รพ. พระปกเกล้า จันทบุรี

37. รพ. นครนายก

38. รพ. ราชบุรี

39. รพ. ดำเนินสะดวก ราชบุรี

40. รพ. โพธาราม ราชบุรี

41. รพ. มะการักษ์ กาญจนบุรี

42. รพ. เจ้าพระยาบรมราช สุพรรณบุรี

43. รพ. นครปฐม

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. รพ. พระศรีมหาโพธิ์
อุบลราชธานี

2. รพ. จิตเวชนครราชสีมา

3. รพ. มหาราชนครราชสีมา

4. รพ. จิตเวชขอนแก่น

5. รพ. ศรีนครินทร์ ขอนแก่น

6. รพ. บุรีรัมย์

7. รพ. สุรินทร์

8. รพ. ชัยภูมิ

9. รพ. อุตรดิตถ์

10. รพ. มหาสารคาม

11. รพ. ร้อยเอ็ด

ภาคใต้

1. รพ. สอนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี

2. รพ. เกษมสุข สุราษฎร์ธานี

3. รพ. ประสาท สงขลา

4. รพ. สงขลา

5. รพ. หาดใหญ่ สงขลา

6. รพ. สงขลานครินทร์ สงขลา

7. รพ. ตะกั่วป่า พังงา

8. รพ. วชิระภูเก็ต

9. รพ. ระนอง

10. รพ. ยะลา

ถ้าไม่สบายใจเป็นเวลานาน

โปรดติดต่อขอรับบริการจาก

สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งใกล้บ้านท่าน

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา 1. นายอุดม ลัทธนิเวศน์ ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิต
2. นายสุจิต สุวรรณชีพ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช กองสุขภาพจิต
คณะทำงานเพื่อพิจารณาบทความเผยแพร่ กองสุขภาพจิต

1. นายกิติกร มีทรัพย์
2. นางนิภาภรณ์ บุญประวีตร
3. นางสาวอมรกุล อินโชนนท์
4. นางเขาวานุ พลิตนนท์เกียรติ
5. นางเพ็ญศรี ลีวรินทร์พาณิชย์
6. นางสาวอินทิรา ปัทมินทร
7. นางสาวสมพร อินทร์แก้ว

ภาพประกอบ

1. นายประพาส สาริกานนท์
2. นางสาววันส ปันนินิตย์

- ขนเหวากต่างๆ
- อาหารรสจัด
- อาหารหมักดอง
- อาหารที่มีกะทิ
- อาหารที่ทอด
- เครื่องดื่มต่างๆเช่น เหล้า, เบียร์, กาแฟ

นอกจากการรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ทุกมื้อ เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ควรปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้

- ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว
- พักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง
- พยายามอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์
- ฝึกการขับถ่าย อย่าให้ท้องผูก
- ดูแลสุขภาพ ช่องปาก ฟัน และเหงือก อยู่เสมอ
- ตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำปีละ สองครั้ง
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย
- งดสิ่งเสพติดที่บั่นทอนสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า
- ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
- มองโลกในแง่ดี จะทำให้จิตใจสดใส อารมณ์ดี
- ควรหาโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน



การรับประทานผลไม้ในเวลากลางวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุยังควรมีความต้องการพลังงานและสารอาหารที่มีคุณค่าสูงเพื่อเสริมสร้างชีวิตอย่างมีคุณภาพ จึงควรรับประทานให้ครบทั้ง 5 หมู่ และเพียงพอกับความต้องการร่างกาย

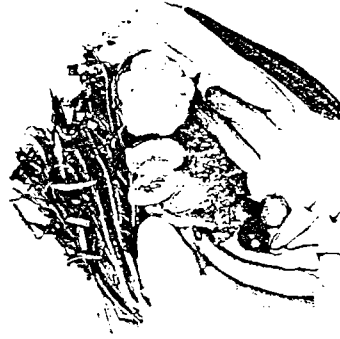


เพื่อเสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกาย เช่น เนื้อปลา จะเหมาะสมแก่สำหรับผู้สูงอายุ เพราะย่อยง่าย
ไข่ ควรรับประทานเฉลี่ยวันละ 3-4 ฟอง โดยต้มหรือทอดจนสุก
นม เป็นอาหารที่ให้แคลเซียมและโปรตีนสูง ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำวันละ 1 แก้ว

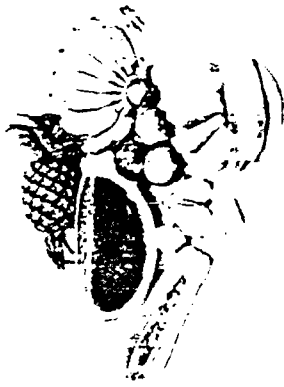
ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูง และมีแร่ธาตุ ใช้แทนอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ได้ เช่น เต้าหู้ เต้าเจี้ยว เป็นต้น



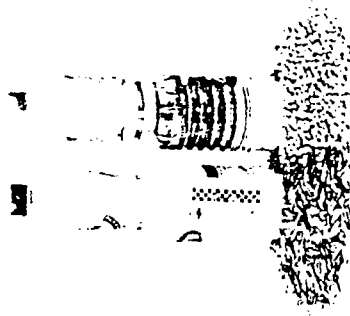
อาหารหมู่เนื้อเป็นอาหารที่ให้พลังงานและไขมันใหญ่ ผู้สูงอายุควรกินในปริมาณที่พอเหมาะไม่ควรบริโภคมากเกินไป



ผักเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงอายุควรเลือกกินหลายๆ ชนิดสลับกัน ควรดื่มหรือแกงจืด ไม่ควรบริโภคผักดิบ เพราะย่อยยาก จะทำให้ท้องอืดได้



ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิด และควรกินผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ได้วิตามินซีและเส้นใยอาหาร และควรเลือกผลไม้ที่มีใยนุ่ม เคี้ยวง่าย ได้มาก มีรสอร่อยทุก กลิ่น รส



ควรใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ ผลิตภัณฑ์จากไข่ไก่ ไข่แดง และน้ำมันพืชบางชนิด ถึงแม้จะมีไขมันแต่มีประโยชน์

ออกกำลังกายเพิ่มเติม

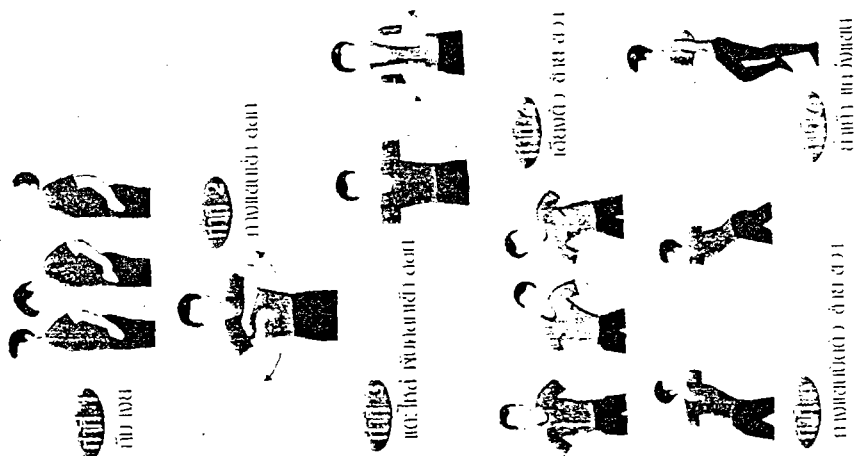
หมายถึง การให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นกว่ากิจวัตรปกติ เช่น การเดินขึ้นบันได การทำงานอดิเรกที่ได้ใช้แรงกาย การทำงานบ้าน เช่น การตัดหญ้าในสนาม การเดินออกไปซื้อของหรือเดินไปรับส่งลูกหลานไปโรงเรียน ฯลฯ



การทำกายบริหาร

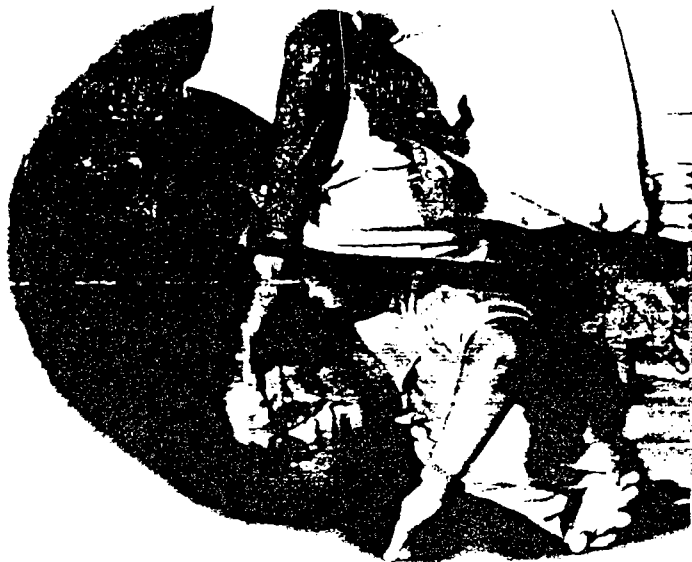
ควรทำกายบริหารก่อนและหลังการเดินหรือการออกกำลังกายทุกครั้ง และทำหลังตื่นนอนตอนเช้า เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อซึ่งจึงทำได้ง่ายเมื่อถูกตั้งหรือกระชา

ท่ากายบริหาร



- + ทำท่าละ 10 ครั้ง
- + การเคลื่อนไหวไปทางซ้ายและทางขวาหรือไปข้างหน้าและข้างหลัง ให้เน้นเป็น 1 ครั้ง
- + ฝึกได้วันละหลายครั้ง

การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ





มนุษย์

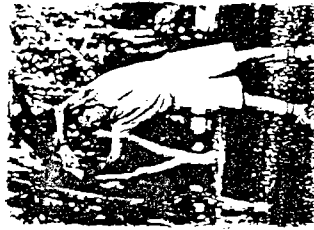
จำเป็นต้องการเคลื่อนไหว
ขอย่งกาย ด้วยชุดการเคลื่อนไหวที่ทากายความ
ถึงความตมกายเอื้อนเช่นเดียวกัน ถ้าร่างกาย
เคลื่อนไหวน้อย จะทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง
กลัมนเอยไม่แรงแ ข้ดอดดิ้ดขัด ขี้ยี้ด และที่
สำคัญคือ หัวใจจะไม่แข็งแรง ทำให้เลือดไปเลี้ยง
อวัยวะต่างๆ ได้นิดี ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย



การออกกำลังกาย จึงเป็นสิ่ง
เป็นประโยชน์สำหรับทุกคนเพราะจะทำให้
สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้มีภูมิ
คุ้มกันโรคต่างๆ ได้อีกด้วย

จะเริ่มตอนออกกำลังกายอย่างไร

การเริ่มเข้าออกกำลังกาย ควรเริ่มแบบช้าๆ
และใช้กำลังน้อยๆ ก่อน เมื่อร่างกายปรับตัวได้
แล้ว จึงค่อยๆ ออกกำลังให้เร็วขึ้น และใช้กำลัง
มากขึ้นตามลำดับ แต่อย่าเบ่งหรือกลั้เหลายใจ
จนแะออกกำลังกาย



กิจกรรมออกกำลังกาย ที่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุได้แก่



- ๑. การเดิน
 - ๒. การวิ่งเหยาะ
 - ๓. การเดินจ้ำกรายา
 - ๔. กายบริหาร
 - ๕. การรับมยจีน
 - ๖. การเล่เกีพ ที่เคยเล่นเป็นประจำ
- แต่ต้องไม่เบ่งการปะทะ
- ๗. การออกกำลังกายในน้ำง่าย

ตัวอย่าง

การออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์

วัน	กิจกรรมที่กักักักัก
1	เดิน 20-30 นาที - กายบริหาร
2	ออกกำลังกายเพิ่มเติม - กายบริหาร
3	เดิน 20-30 นาที - กายบริหาร
4	ออกกำลังกายเพิ่มเติม - กายบริหาร
5	เดิน 20-30 นาที - กายบริหาร
6	ออกกำลังกายเพิ่มเติม - กายบริหาร
7	เดิน 20-30 นาที - กายบริหาร

การเดิน

ควรเดินให้เร็วกว่าปกติ ก้าวเท้าให้
สม่ำเสมอ ขาแกว่งสบายๆ ไปตามจังหวะ
และทิศทาง การเคลื่อนที่ การลงเท้า ควรลงด้วย
สันเท้าส้นเท้าก่อน แล้วฝ่าเท้าจะตมลงมา



สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหรือคนชรา หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คนในวัยนี้ถือว่าเป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และทางด้านสังคม

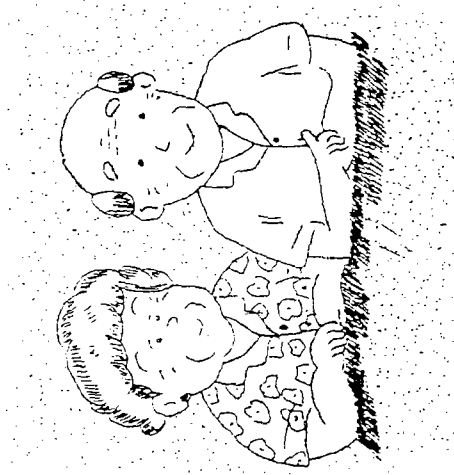
พื้นฐานอารมณ์ และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

- จิตใจเรียวรัดกังวลความไม่แน่นอนของชีวิต เพราะสมรรถภาพของร่างกายเริ่มเสื่อมลง ต้อออกจากงาน ไม่มีบทบาท ทำอะไรได้ยาก

- มีความกลัวเป็นพื้นฐาน เช่น กลัวตาย กลัวลูกหลานทอดทิ้งหรือถูกแยกอยู่ตามลำพัง กลัวลูกหลานไม่รัก ไม่เคารพนับถือ

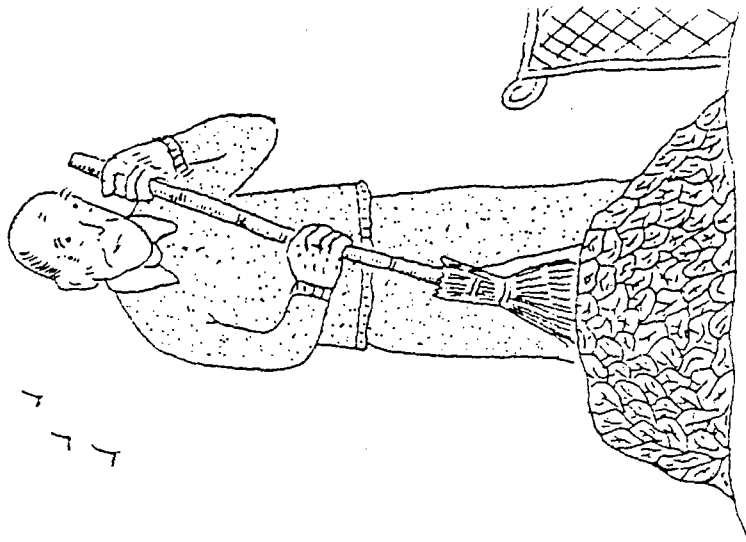
- เกิดความรู้สึกว่าเหงา เพราะลูกหลานแยกออกไปมีครอบครัว

- เกิดความกังวล อารมณ์รุนแรง เขาแต่ใจตนเอง ใจน้อย โกรธง่าย เพราะสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่คนอื่น เกิดความเบื่อหน่ายตนเองและเป็นที่พึ่งที่จิตใจจะกระทบกระเทือนได้ง่าย



ข้อควรคำนึงถึงจิตใจของผู้สูงอายุ

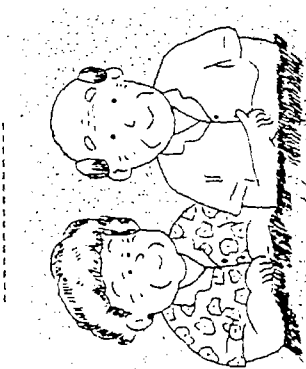
1. เข้าใจสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ยอมรับและเห็นใจ ไม่ควรแสดงความรังเกียจเยาะเย้ย... ด้วยวัยนี้ความจำเริ่มเสื่อมลง เพราะเนื้อสมองเสื่อมลง เมื่อพูดอะไรก็จะลืม มักว่ายังไม่ได้พูด จึงต้องพูดซ้ำอีกกลายเป็นพูดซ้ำซาก หากลูกหลานเข้าใจและรับฟังการบ่นด้วยความสงบจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้นและอารมณ์ดีขึ้นก็จะลดน้อยลง
2. ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ เช่น เป็นที่ปรึกษาแก่ลูกหลานในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ หรือมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลครอบครัวคนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีหน้าที่รับผิดชอบไม่ทำให้รู้สึกว่าตนไร้ค่า ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกมีชีวิตนี้มีความหมาย



3. ให้ความเป็นเกียรติอย่างเสมอต้นเสมอปลาย
4. ผู้สูงอายุไม่ควรตัดสินใจคนเดียว หรือแยกอยู่กับคนในวัยเดียวกันกับเขา แต่ควรให้มีส่วนร่วมภาพกับคนในสังคมทุกเพศทุกวัยอันเป็นเครื่องแสดงว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

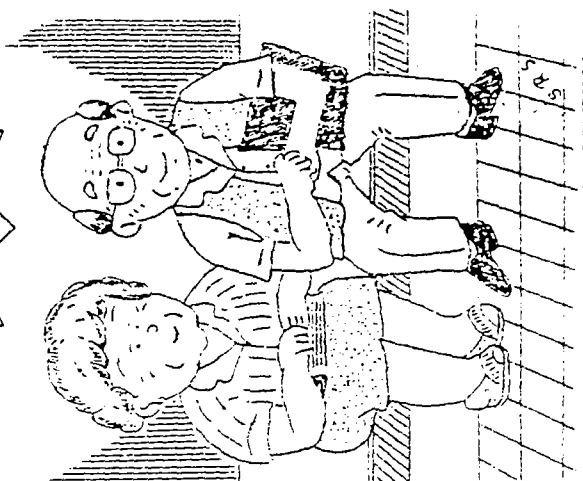
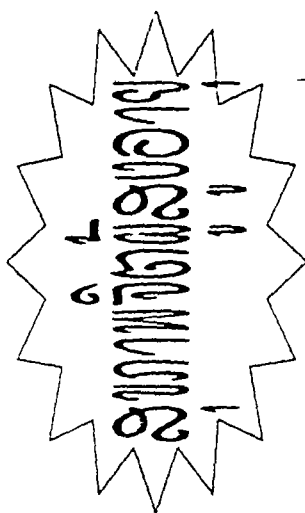
ผู้สูงอายุควรทำอย่างไรเพื่อสุขภาพจิตที่ดี

1. หากงานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นสเก็ต
2. มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ร่วมกิจกรรมทางสังคมบ้าง
3. ไม่โกรธง่าย ไม่ติ่งเครียด รู้จักให้อภัย
4. หนีบศึกษาธรรมะทางพุทธศาสนา เข้าวัดฟังเทศน์บ้าง
5. ตรวจเช็คร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศบริสุทธิ์ รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ละเว้นสิ่งเสพติดต่างๆ
7. ศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ ที่สนใจ โดยอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์



คำขวัญ

- # เขียวร้อยความดีเป็นคน
- จุดเริ่มต้นที่ครอบครัว
- # สีสรรน่ารักด้วยวาจา
- ให้ลูกคำกับครอบครัว
- # รื่นรู้ เข้าใจ สื่อสาร
- เป็นรากฐานความมั่นคงของครอบครัว
- # พ่อแม่รักใคร่ห่วงใยลูกหลาน
- ครอบครัวเข้มแข็งลูกหลานสุดใจ
- # ครอบครัวจะดี ต้องมีรัก
- อันแน่นแฟ้นในใจต่อกัน
- # พ่อแม่พินยูก รักลูกไปตลอด
- อบอุ่นเป็นบ่อชีวิตสดใส
- # ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
- ครอบครัวสุขสันต์ สังคมสดใส
- # ลดการใช้สารเคมีกับคนใกล้ชิด
- เพื่อสุขภาพจิตที่แจ่มใส
- # พ่อแม่ลูกผูกมิตร
- มอบความใกล้ชิดและเอื้ออาทร





ภาพประกอบ 11 แสดงการกล่าวรายงานพิธีการเปิดอบรมโปรแกรมสุขศึกษา



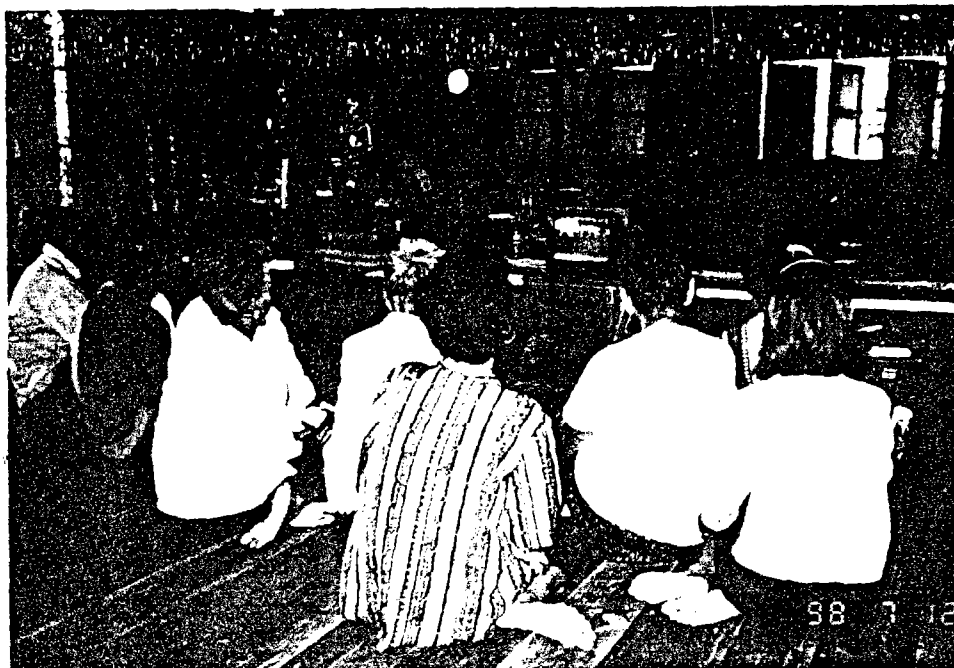
ภาพประกอบ 12 แสดงการให้สุศึกษาแก่ผู้สูงอายุโดยหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ



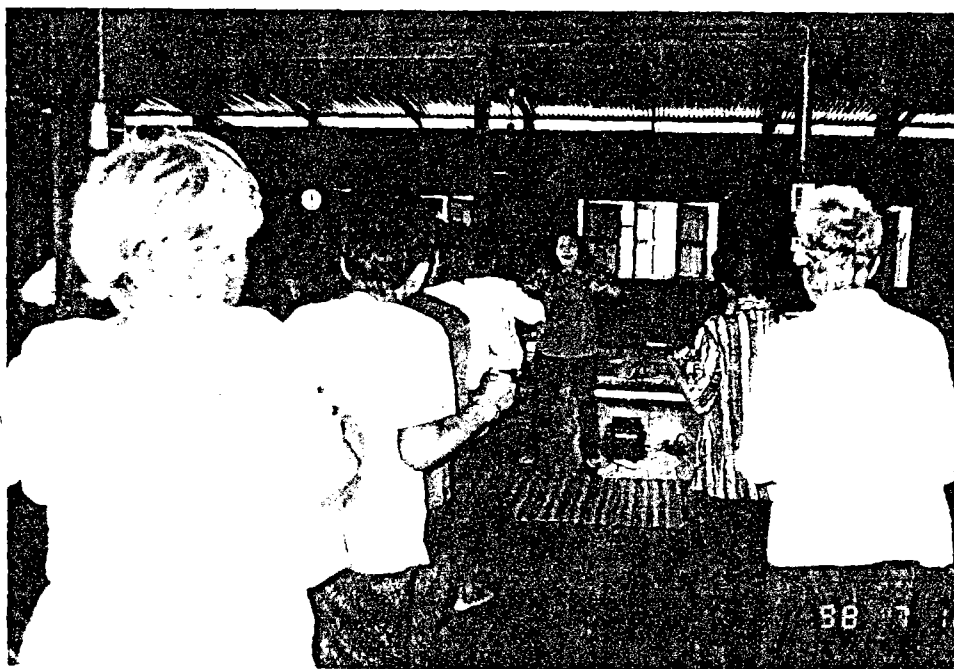
ภาพประกอบ 13 ทำพิธีสู่ขวัญบาศรีให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านทดลอง



ภาพประกอบ 14 ถ่ายภาพร่วมกันของพิธีเปิดการอบรม



ภาพประกอบ 15 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองดูสื่อวีดิทัศน์การออกกำลังกาย



ภาพประกอบ 16 ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง



ภาพประกอบ 17 แสดงภาพถ่ายผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 18 แสดงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในหมู่บ้านควบคุม

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ว่าที่ร้อยตรีหญิง เพ็ญผกา	ชื่อสกุล กาญจนภาส
เกิดเมื่อวันที่ 8 เดือนกันยายน	พุทธศักราช 2489
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	581 หมู่ 6 ตำบลหนองบัวระเหว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ 36250 โทร. 044-897-024
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ 36250 โทร. 044-897-101
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2500	ประโยคประถมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนวัดหลวงราชวาส จังหวัดอุทัยธานี
พ.ศ. 2506	ประโยคมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนสตรีเบญจมาราษฎร จังหวัดอุทัยธานี
พ.ศ. 2508	ประโยคมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนอุทัยวิเวท จังหวัดอุทัยธานี
พ.ศ. 2512	ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย กองทัพบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ พญาไท กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2533	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2541	กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว
จังหวัดชัยภูมิ**

**บทคัดย่อ
ของ
ว่าที่ร้อยตรีหญิง เพ็ญผกา กาญจนภาส**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤศจิกายน 2541**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลองโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุจำนวน 60 คน จาก 2 หมู่บ้าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ANCOVA ผลการศึกษาพบว่า

1. หลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. หลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีเจตคติสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. หลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM ON
HEALTH PROMOTION CONCERNING SELF CARE BEHAVIORS
OF THE ELDERLY AT AMPHOE NONG BUA RAWE IN
CHANGWAT CHAIYAPHUM**

**AN ABSTRACT
OF
ACTING SECOND LIEUTENANT PENPAGA KARNGANOPHAS**

**Presented in partial fulfillment of the requirement for the
Master of Education degree in Health Education
At Srinakharinwirot University
November 1998**

The study was two groups pretest – posttest quasi – experimental research. The purpose of the research was to study the effectiveness of health education program on health promotion concerning self care behaviors of the elderly at Amphoe Nong Boua Rawe in Changwat Chaiyaphum. The samples were 60 elderly people from two villages divided into 30 for study group and 30 for control group. They were selected by Simple Random Sampling. The study group manipulated with health education program was made by the researcher and the control group was manipulated by using usual health education programs. The data gathered by interviewing about knowledge, attitude and practice were analysed by ANCOVA method.

The results were as follows :

1. After receiving health education program on health promotion concerning self care behaviors the elderly of study group had better knowledge than those of control group manipulated by using usual health education program at .01 level significantly.
2. After receiving health education program on health promotion concerning self care behaviors the elderly of study group had better attitude than those of control group manipulated by using usual health education program at .01 level significantly.
3. After receiving health education program on health promotion concerning self care behaviors the elderly of study group had better practice than those of control group manipulated by using usual health education program at .01 level significantly.