



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง
จังหวัดชลบุรี

FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY LIVING IN
BANGLAMUNG SUB-DISTRICT MUNICIPALITY, AMPHOE BANGLAMUNG, CHON
BURI PROVINCE

จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ

มหาวิทยาลัยบูรพา

2560

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง
จังหวัดชลบุรี



จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา
2560
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY LIVING IN
BANGLAMUNG SUB-DISTRICT MUNICIPALITY, AMPHOE BANGLAMUNG, CHON
BURI PROVINCE



JIRAPORN TUMTHONGKHAM

AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION
IN GENERAL ADMINISTRATION
GRADUATE SCHOOL OF PUBLIC ADMINISTRATION
BURAPHA UNIVERSITY

2017

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมงานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ได้พิจารณางาน
นิพนธ์ของ จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมงานนิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร. จักรชัย ตี๋ประเสริฐสิทธิ์)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

..... ประธาน
(อาจารย์ ดร. รชฎ จันทน์น้อย)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนวัฒน์ พิมลจินดา)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. จักรชัย ตี๋ประเสริฐสิทธิ์)

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจอนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีวิทยาลัยการ
บริหารรัฐกิจ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อานนท์ วงษ์แก้ว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

59930043: กลุ่มวิชา: การบริหารทั่วไป; รป.ม. (การบริหารทั่วไป)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ/พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ/
ผู้สูงอายุ

จรรยาภรณ์ ตุ่มทองคำ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล
ตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (FACTORS AFFECTING HEALTH
BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY LIVING IN BANGLAMUNG SUB-DISTRICT
MUNICIPALITY, AMPHOE BANGLAMUNG, CHON BURI PROVINCE) คณะกรรมการ
ควบคุมงานนิพนธ์: จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์ ปี พ.ศ. 2560

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล
ตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้สูงอายุที่มี
อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัด
ชลบุรี จำนวน 291 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม และสถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (Standard deviation) ค่าเฉลี่ย (Mean) และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบมีตัวแปร
หุ่น (Multiple linear Regression with dummy variable)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน
เขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน
ระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร
เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ด้านการออกกำลังกาย และ
ลำดับสุดท้าย คือ ด้านการจัดการความเครียด 2) เพศ อายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้
ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล
ตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .01, .05, .01, .01
ตามลำดับ

59930043: CONCENTRATION: GENERAL ADMINISTRATION; M.P.A. (GENERAL ADMINISTRATION)

KEYWORDS: FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY/
HEALTH BEHAVIORS OF THE ELDERLY/ THE ELDERLY

JIRAPORN TUMTHONGKHAM: FACTORS AFFECTING HEALTH BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY LIVING IN BANGLAMUNG SUB-DISTRICT MUNICIPALITY, AMPHOE BANGLAMUNG, CHON BURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: CHAKCHAI SUEPRASERTSITTHI 2017

The purpose of this study was to examine health behaviors among the elderly living in Banglamung sub-district municipality, Amphoe Banglamung, Chon Buri Province. Also, this study aimed at investigating factors affecting health of these elderly. The subjects participating in this study were 291 aging people, aged more than 60 and living in Banglamung sub-district municipality, Amphoe Banglamung, Chon Buri Province. The instrument used to collect the data was a questionnaire. The statistical tests used to analyze the collected data included frequency, percentage, standard deviation, mean, and the test of multiple linear regressions with dummy variables.

The results of the study revealed that the level of health behaviors among the elderly living in Banglamung sub-district municipality, Amphoe Banglamung, Chon Buri Province was at a rather good level. Specifically, when considering each aspect, health behavior that was rated at the highest level by the subjects was food intake, followed by self-care when being sick, exercise, and stress management, respectively. Finally, it was shown that the variables of gender, age, being membership of senior clubs, health perceptions, and social supports significantly affected health behaviors among the elderly at a significant level of .01, .01, .05, .01, and .01, respectively.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี” สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากหลายท่านที่ได้อนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือและ ใ้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอาจารย์จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์ อาจารย์ ที่ปรึกษางานนิพนธ์ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ ซึ่งผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและเสียสละเวลาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ดร.สมคเนย์ เกษมสำราญ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลบางละมุง นางนภภรณ์ ศรีไทย ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน เทศบาลตำบลบางละมุง และอาจารย์ ดร.อุษณากร ทาวะรัมย์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถาม ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ บิคา มารดา ตลอดจนทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

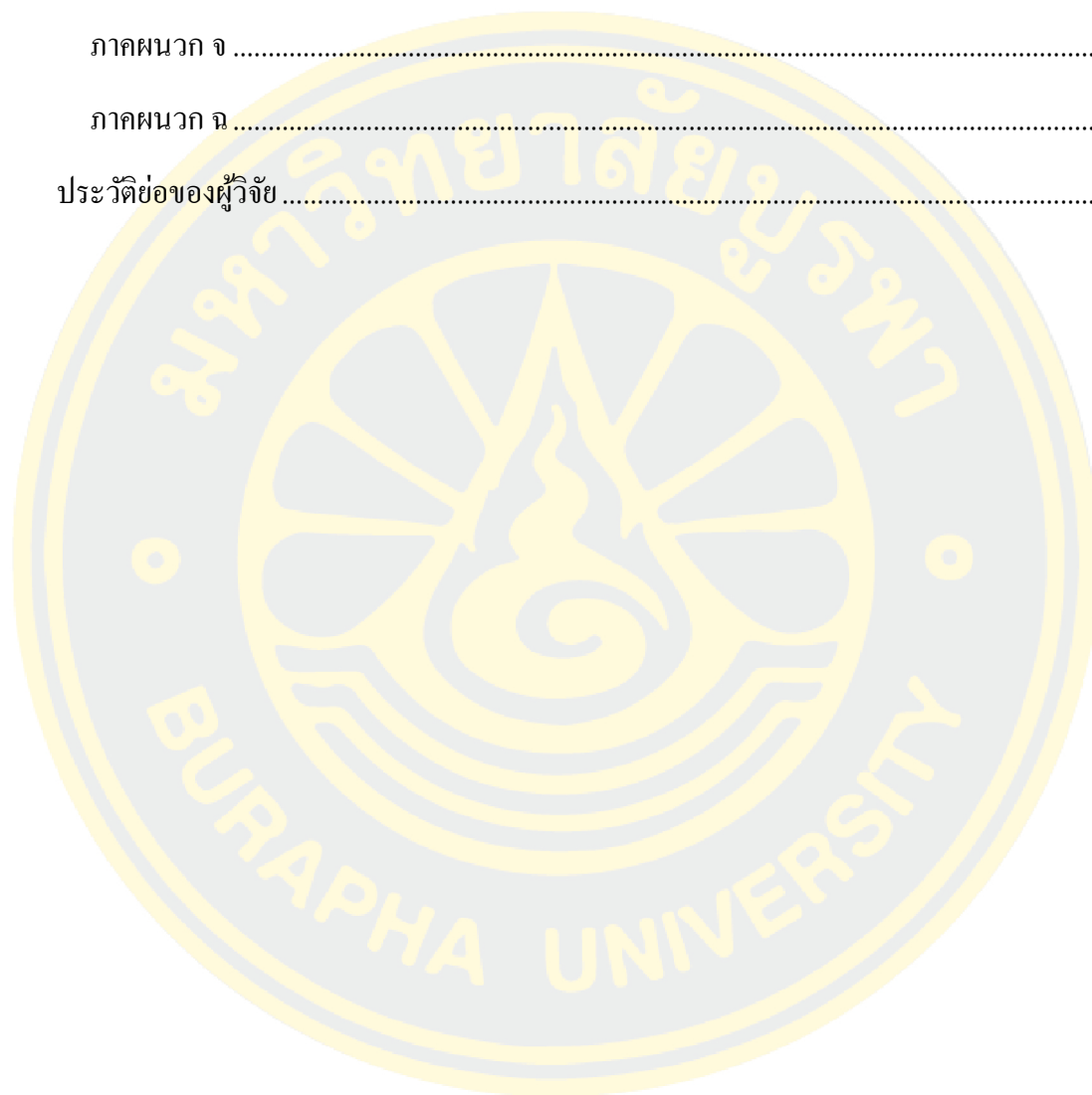
จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	10
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	20
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ	39
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม	43
นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	46
สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ	50

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี	75
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี	78
ตอนที่ 3 ผลวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี	80
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี	82
ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี	88
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
สรุปผลการวิจัย	92
อภิปรายผล	95
ข้อเสนอแนะ	100
บรรณานุกรม	103
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก	111

ภาคผนวก ข	130
ภาคผนวก ค	139
ภาคผนวก ง.....	149
ภาคผนวก จ	156
ภาคผนวก ฉ	163
ประวัติย่อของผู้วิจัย	165

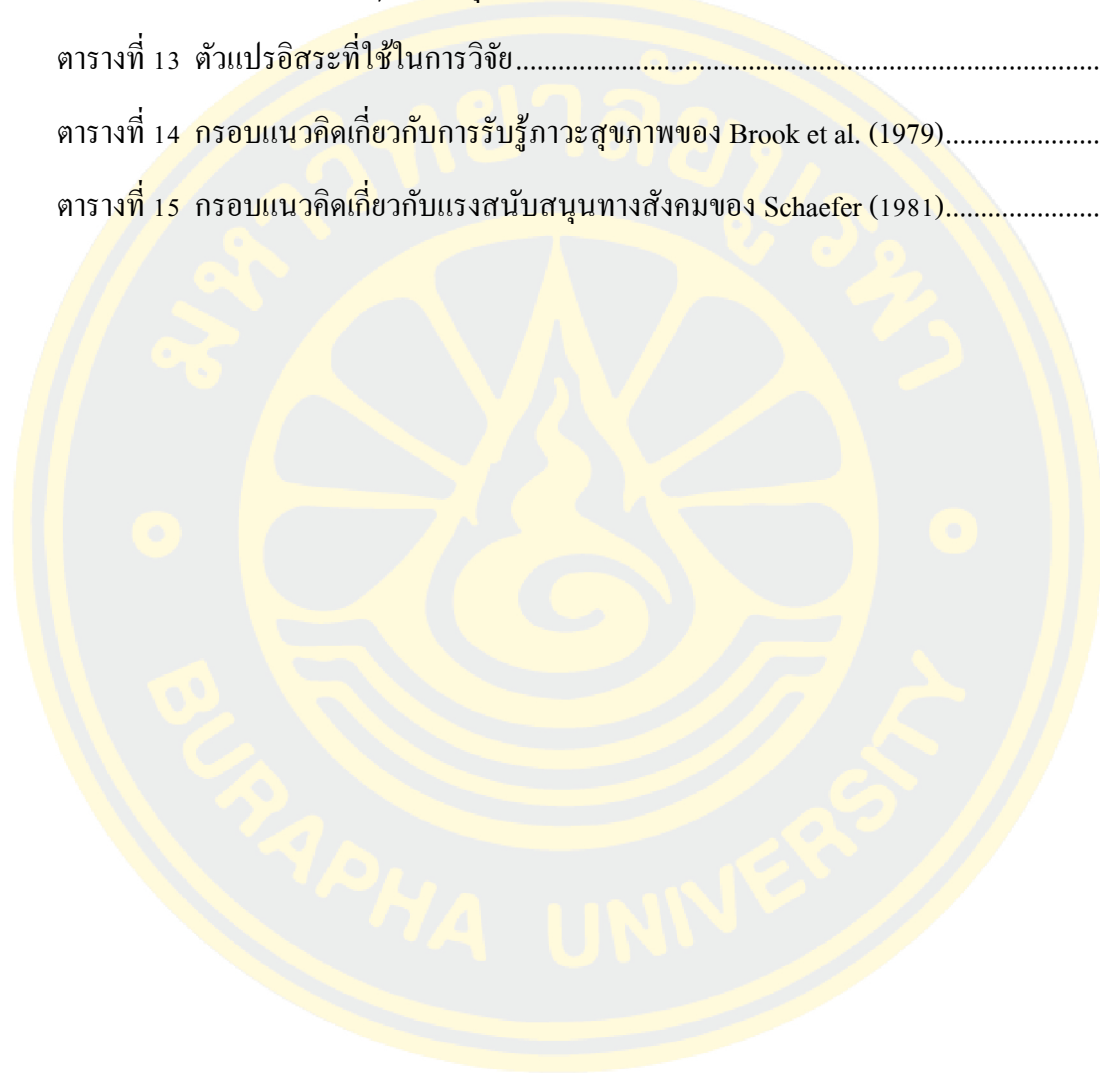


สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามช่วงอายุ.....	67
ตารางที่ 2	รายละเอียดของตัวแปรสำหรับสำหรับกรวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ	72
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	76
ตารางที่ 4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี..	78
ตารางที่ 5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี..	80
ตารางที่ 6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291).....	82
ตารางที่ 7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291)	83
ตารางที่ 8	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291).....	84
ตารางที่ 9	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291).....	86
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกรายด้าน (n=291).....	87

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล บางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ด้วยการใช้ Multiple regression analysis.....	88
ตารางที่ 12 กรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ของ Walker.et al. (1988).....	112
ตารางที่ 13 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย.....	116
ตารางที่ 14 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook et al. (1979).....	125
ตารางที่ 15 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer (1981).....	127



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....5



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทย กำลังประสบกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศอื่นทั่วโลกจากผลสำรวจจำนวนผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 4 ครั้งที่ผ่านมาพบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศและเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545, 2550, 2554 ตามลำดับ ผลการสำรวจครั้งนี้พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (ชาย ร้อยละ 13.8 และหญิง ร้อยละ 16.1) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 และหญิง 5,499,890 คน หรือคิดเป็นชาย ร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในปี พ.ศ.2563 ประชากรผู้สูงอายุไทยจะมีประมาณถึง 11 ล้านคนหรือร้อยละ 16.5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2549)

ประเทศไทยประสบผลสำเร็จนโยบายในด้านของประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่องรวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาและประเทศไทยเป็นประเทศไทยเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging society) การเป็นสังคมสูงวัย คือการที่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในขณะที่วัยเด็กและแรงงานลดน้อยลงเรื่อยๆซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อสถานะทำงานสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวให้มีสุขภาพที่ดี (ทิพย์กมล อีสลาม, 2557)

จากการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันซึ่งอาจจะส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุนำซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุนั้นต้องมีภาวะที่ดีทั้งทางร่างกายจิตใจอารมณ์ปัญญาสังคมเพื่อที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคมในปัจจุบันเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตให้ผ่านวิกฤติต่าง ๆ ไปได้ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่รัฐบาลจะต้องร่วมมือกันทำแก้ไขคือจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นและมีความสุข ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อลดทอนโอกาสและระยะเวลาในภาวะการเจ็บป่วยการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น

ในปัจจุบันนั้นดูแลตนเองที่ดีและเนื่องจากผู้สูงอายุ มีอายุที่ยืนยาวขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นการสร้างสุขภาพจึงมีความสำคัญมากกว่าการซ่อมสุขภาพเพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติทั้งพฤติกรรมถูกต้องและไม่ถูกต้องล้วนแต่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งนั้น อาจส่งผลในทางบวกหรือทางลบก็ได้ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องก็จะสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดโรคได้ ดังนั้นถ้าจะดำรงชีวิตไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียนจึงควรปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (ขวัญดาว กล้ารัตน์, 2554)

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นตามกระบวนการทางธรรมชาติและกระบวนการทางสังคมที่สามารถพัฒนาได้ เรียนรู้และส่งเสริมได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนั้นรักษาความสมดุลของชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงย่อมเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด ค่านิยม การรับรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ สิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วย ครอบครัว ชุมชน นโยบายรัฐ และแหล่งบริการต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในที่สุด (อรชร โวทวี, 2548)

เทศบาลตำบลบางละมุง อยู่ในเขตอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี อยู่ห่างจากอำเภอบางละมุง เป็นระยะทาง 5 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางจากเทศบาลถึงอำเภอ โดยรถยนต์ใช้เวลาประมาณ 10 นาที อยู่ห่างจากจังหวัดชลบุรีเป็นระยะทาง 45 กิโลเมตร จำนวนประชากรในเขตเทศบาลบางละมุงมีประชากรทั้งสิ้น 10,641 คน เทศบาลตำบลบางละมุงนั้น ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในเขตจังหวัดชลบุรี และได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่ 4 คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตคู่กับเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อยกระดับและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น (เทศบาลตำบลบางละมุง, 2560) โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นจำนวน 1,072 คน คิดเป็นร้อยละ 10.07 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ซึ่งถือได้ว่าเข้าก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว จึงต้องตระหนักถึงเรื่องสุขภาพคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุมากขึ้น (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2559) ประกอบกับเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของผู้วิจัย และจากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เจ็บป่วยโรคเรื้อรังและมีภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ายังไม่มี

การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดังนั้นจากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไรบ้าง ตลอดจนปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมในหน่วยงานสาธารณสุข หรือองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีเหมาะสมและอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

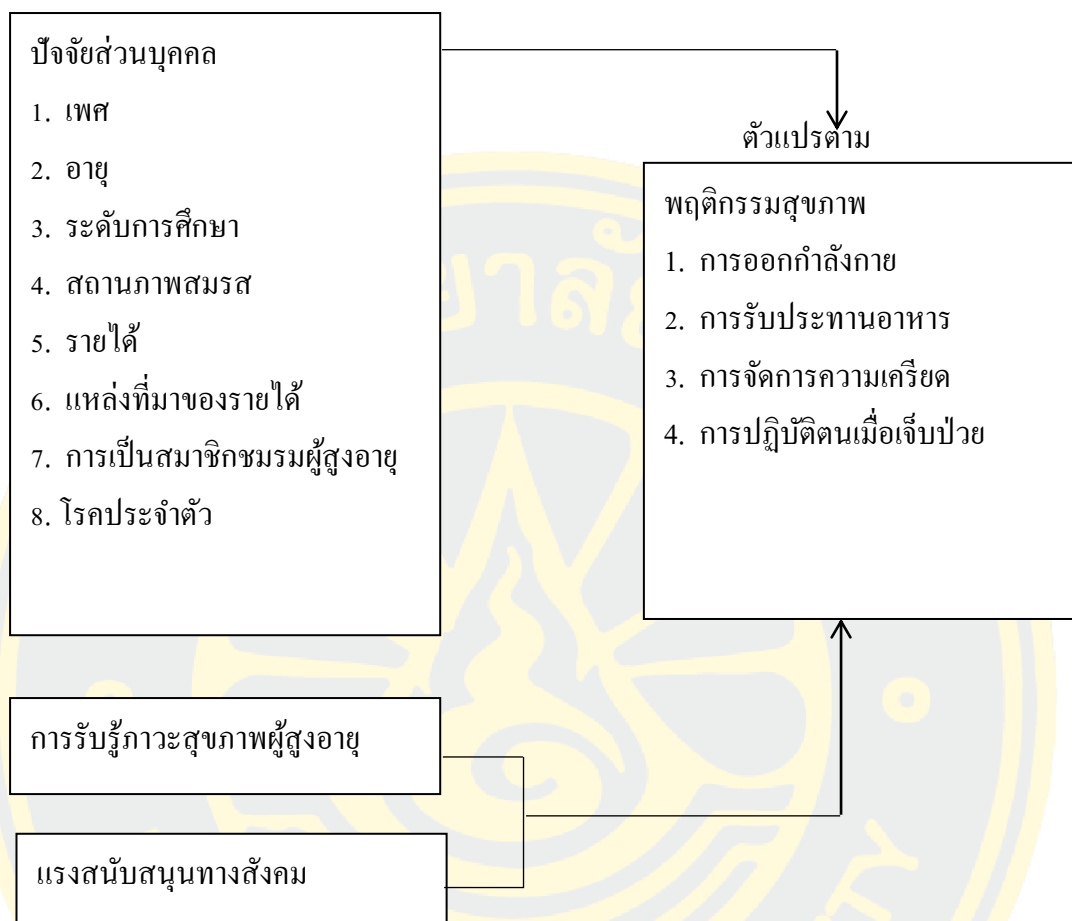
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ Walker, Volkan, Scehrist and Pender (1988) มาประยุกต์ใช้เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดสำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง โดยจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การออกกำลังกาย
2. การรับประทานอาหาร
3. การจัดการความเครียด
4. การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

ในขณะที่ตัวแปรอิสระผู้วิจัยได้นำแนวทฤษฎีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เพศ: ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554), รัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557), สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559), Orem (1985)
2. อายุ: ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554), สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559), Orem (1985)
3. ระดับการศึกษา: อรชร โททวี (2548), ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554), รัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557), เบญจมาศ นาควิจิตร (2551), สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559), สุขเกษม ร่วมสุขเกษม (2553)
4. สถานภาพสมรส: ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554), รัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557), เบญจมาศ นาควิจิตร (2551), สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559), เบญจมาศ นาควิจิตร (2551)
5. รายได้: อรชร โททวี (2548), ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554), เบญจมาศ นาควิจิตร (2551), Pender (1987)
6. แหล่งที่มาของรายได้: อรชร โททวี (2548), รัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557), สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559), สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534)
7. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ: อรชร โททวี (2548)
8. โรคประจำตัว: สุขเกษม ร่วมสุขเกษม (2553), Orem (1985)
9. การรับรู้ภาวะสุขภาพสูงอายุ: อรชร โททวี (2548), สกฤรัตน์ ศิริกุล, (2543)
10. แรงสนับสนุนทางสังคม: อรชร โททวี (2548), ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554), น้ำเพชร หล่อตระกูล (2541)

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอ บางละมุง จังหวัดชลบุรี
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล บางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อสามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานสาธารณสุข หรือองค์กร ต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและอายุยืนยาว

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จึงได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตของเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำ การรับรู้ภาวะสุขภาพวัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Walker et al. (1988) คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

2. ขอบเขตประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีอายุมากกว่า 60 ขึ้นไป จำนวน 1,072 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2559)

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เริ่มทำการศึกษาดังแต่วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยตรงกัน ผู้ศึกษาจึงได้นิยามความหมายของคำต่าง ๆ ไว้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีผลต่อสุขภาพ จนเป็นลักษณะนิสัยในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ประกอบไปด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Walker et al. (1988) คือ

พฤติกรรมออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมตามขั้นตอนหลักการในการออกกำลังกายและเลือกชนิดการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมกรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

พฤติกรรมกรปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากบุคคลในครอบครัวรวมถึงการดูแลโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชนด้วย

พฤติกรรมกรจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อรับมือกับความเครียดที่จะป้องกันและหลีกเลี่ยงต่อภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกต่างๆที่เกิดจากวัยหรือเกิดจากความอ้างว้างหรือถูกทอดทิ้ง โดยการพูดคุยกับผู้อื่นหรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ตลอดจนการปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อให้รู้สึกสบายทั้งร่างกายและจิตใจ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งเป็นเพศชาย และเพศหญิง

อายุ หมายถึง จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา หมายถึง การจบการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ ได้แก่ ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา/ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ ได้แก่ โสด สมรส หม้าย หย่า/แยก

รายได้ของผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับ ต่อเดือน

แหล่งที่มาของรายได้ หมายถึง ที่มาของรายได้ที่เป็นตัวเงินของผู้สูงอายุ ในแต่ละเดือน มาจากการประกอบอาชีพ บำนาญ จากบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร เป็นต้นสวัสดิการจากรัฐ หรือมาจากแหล่งอื่น ซึ่งสามารถตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้ลงชื่อตนเองด้วยความสมัครใจในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลในสถานบริการสาธารณสุขของเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี คือ ชมรมผู้สูงอายุ

โรคประจำตัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีหรือไม่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวนั้น เป็นภาวะการเจ็บป่วยของร่างกายที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดต้องใช้เวลาการรักษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือตลอดชั่วชีวิต

การรับรู้ภาวะสุขภาพวัยสูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความคิดคำนึง รับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในอดีตปัจจุบันและอนาคตมีความหวังและตระหนักในภาวะสุขภาพ รับรู้ถึงความต้านทานการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยและความเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัวหรือได้รับจากบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กันโดยตรง เช่น บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารและแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ เป็นต้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอ
บางละมุง จังหวัดชลบุรี

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.4 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ
4. แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม
5. นโยบายเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
6. สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

อนามัยโลก (World Health Organization, 1989) ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือ ผู้ที่เกษียณการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของทางสังคม

บรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับอายุในปฏิทินซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล

มัทนา จริยรัตน์ไพศาล (2542, หน้า 1) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัยหรือหมายถึง ผู้เกษียณ อายุจากการทำงาน เมื่อนับตามภาวะเศรษฐกิจหรือหมายถึง ผู้ที่เกษียณสังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมวัฒนธรรมหรือวัยสูงอายุเริ่มต้น

ปณิตา ชะบำรุง (2549, หน้า 13) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีความเสื่อมของโครงสร้างทางด้านร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ไปจากเดิมที่เคยปฏิบัติในขณะที่ยังมีอายุต่ำกว่านี้

สาวตรี ลิมชัยอรุณเรือง (2536 อ้างถึงใน พัชรี เขียวสะอาด, 2550, หน้า 9) มีแนวคิดว่าการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีสุขภาพกาย และจิตสังคมค่อนข้างดี
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เริ่มพบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม
3. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่าภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดเจน

นอกจากนี้ ได้มีแนวคิดเพิ่มเติมว่า การแบ่งวัยผู้สูงอายุควรแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในลักษณะเสื่อมถอยการเจริญเติบโตของร่างกาย และความต้านทานโรคน้อยลง ความสามารถด้านการปรับตัวและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลจะมีความสามารถที่แตกต่างกันออกไป ผู้สูงอายุจะมีลักษณะและปัจจัยที่ทำให้เกิดความชรา รวมทั้ง การใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาส่วนตัว ทางด้านร่างกายความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ตลอดจนบทบาทและลักษณะนิสัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้อยู่ในสังคมนั่นเอง (โสภภาพรรณ รัตน์ย, 2555, หน้า 8) จึงแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

วัยเริ่มต้นของการสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 51-65 ปี

วัยเกษียณ บุคคลที่มีอายุ 55-70 ปี

วัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 65-75 ปี

วัยสูงอายุยิ่ง บุคคลที่มีอายุ 71-80 ปี

จากความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถ้านับตามสภาพเศรษฐกิจคือผู้ที่เกษียณการทำงานแล้ว การแบ่งวัยผู้สูงอายุจะแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในลักษณะเสื่อมถอยการเจริญเติบโตของร่างกาย และความต้านทานโรคน้อยลง ผู้สูงอายุจะมีลักษณะและปัจจัยที่ทำให้เกิดความชรา รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีกระบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการคือกระบวนการเจริญเติบโต และกระบวนการเสื่อมโทรม กระบวนการทั้ง 2 นี้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันโดยในวัยทารกจนถึงวัยหนุ่มสาวกระบวนการเจริญเติบโต จะมีเหนือกระบวนการเสื่อมโทรม และเมื่อผู้สูงอายุมีการเจริญเติบโตมากขึ้น กระบวนการเสื่อมโทรมจะค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้นจนเหนือกระบวนการเจริญเติบโต (สุรกุล เจนอบรม, 2534, หน้า 1) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่มากขึ้น และได้เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว จึงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอย จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เช่น เซลล์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลง ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น กระดูกจะมีแคลเซียมสลายออกมามากขึ้น ทำให้กระดูกง่ายขึ้น มีผู้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุไว้มาก ซึ่งมีข้อสรุป เช่น (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553, หน้า 15)

Anderson (1978, p. 81 อ้างถึงใน จันทร์พลอย สิ้นสุขเศรษฐ์, 2541, หน้า 9) กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในลักษณะเสื่อมถอย คือ มีอัตราการเผาผลาญลดลงประมาณร้อยละ 7 ในทุก ๆ 10 ปี เนื้อเยื่อในร่างกายมีแนวโน้มแห้งลงไขมันเริ่มมีขึ้นพร้อมกับการหดของเซลล์ ประสิทธิภาพของระบบกล้ามเนื้อ และระบบการไหลเวียนโลหิตจะลดลง มีอาการเสื่อมของระบบย่อยอาหาร ระบบประสาท จากความเสื่อมในระบบต่าง ๆ นี้ เป็นสาเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้นในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือสรีระภาพนั้นมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ตั้งแต่ในระดับเซลล์ทำให้ความสามารถในการทำงานของอวัยวะลดลงเมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่ อายุ 35 ปี กับ วัยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไปพบว่าความสามารถในการทำงานของแต่ละระบบเป็นดังนี้ ระบบหายใจลดลงประมาณร้อยละ 40-55 ระบบทางเดินอาหารการเผาผลาญอาหารลดลงร้อยละ 10 ถึง 15 ระบบหัวใจและหลอดเลือดการฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายลดลงร้อยละ 25 ถึง 30 ความสามารถในการทำงานทั่วไปลดลงร้อยละ 30 ถึง

40 กระบวนการทำงานเพื่อรักษาและควบคุมระดับปกติของสารต่าง ๆ ในร่างกายด้อยลงฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดอาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลหรือระดับของสารในร่างกายสูงต่ำ ผิดปกติได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (ปาหนัน บุญหลง, 2533, หน้า 4)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจะเริ่มต้นจากหน่วยเล็กที่สุด คือเซลล์ ซึ่งตามปกติร่างกายของมนุษย์จะประกอบไปด้วยเซลล์ และเซลล์จะมีการเจริญเติบโตและตายลง ตลอดจนมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นทดแทน แต่เมื่ออายุมากขึ้นการตายของเซลล์จะเพิ่มจำนวนขึ้นจึงเป็นผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลงไปตามธรรมชาตินอกจากนั้น ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ เพศ อาชีพ การระวังรักษาสุขภาพ อาหาร และสิ่งแวดล้อมยังเป็นสิ่งควบคุม การเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุในแง่ของการเปลี่ยนแปลงเร็วหรือช้าด้วย (สุขเกษม ร่วมสุข, 2533, หน้า 16)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิทยา

Holmes and Rahe (1967, pp. 213-221) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เรียกว่า Social readjustment rating scale-SRRS ซึ่งทำการศึกษากับผู้สูงอายุ หลายช่วงอายุ หลายอาชีพ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเครียดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าความเครียดต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่กลุ่มตัวอย่าง จัดลำดับไว้มี ดังนี้ การตายของกลุ่มสมรสหรือญาติผู้ใกล้ชิด การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ การถูกจำคุก การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ปัญหาชีวิตสมรส การถูกออกจากงานและการมีปัญหาด้านเพศ การเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของอายุ ซึ่งในแต่ละวัยจะเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน เช่นผู้สูงอายุจะมีปัญหาความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ดังนั้นจะเห็นว่าในผู้สูงอายุ สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิดเมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ที่เพิ่มมากขึ้นอารมณ์และจิตใจก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย และได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

Roy (1985, p. 302 อ้างถึงใน จันทรพลอย สิ้นสุขเศรษฐี, 2541, หน้า 11) กล่าวว่ามนุษย์เป็นหน่วยเดียวซึ่งประกอบด้วย กาย จิต สังคม ไม่อาจแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้สิ่ง กระทบใด ๆ ที่กระทบร่างกายหรือจิตใจ พฤติกรรมการตอบสนองจะเป็นการตอบสนองรวมทั้ง ร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเสื่อมของอวัยวะ และปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรม ความสำเร็จทางการศึกษา สถานะทางสังคม ความ ต้องการงานประจำที่เคยทำ การสูญเสียต่าง ๆ ประกอบกับผลกระทบทางเศรษฐกิจล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิทยาที่เกิดขึ้น ได้แก่

1. บุคลิกภาพ จากการศึกษานักทฤษฎีบุคลิกภาพ พบว่า ความสูงวัยแทบจะไม่มีผลทำให้บุคลิกภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปบุคลิกภาพที่มีมาแต่เดิมจะยังคงที่อยู่แม้ว่าวัยจะเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ที่อยู่ในวัยเด็กมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่ายเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคลิกภาพเดิมจะมีผลต่อบุคลิกภาพปัจจุบัน นั่นคือ อารมณ์จะไม่เหวี่ยงเหวียงอย่างไรก็ตามอิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจก็อาจมีผลต่อบุคลิกภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุได้บุคลิกภาพในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเหตุการณ์แวดล้อม และภาวะวิกฤติแต่ละผู้สูงอายุได้เผชิญแตกต่างกันออกไป แม้ว่าจะมีพื้นฐานดั้งเดิมจากวัยเริ่มต้นชีวิตแล้วก็ตาม หากปรับตัวได้จะทำให้ตนเองและผู้ใกล้ชิดมีความสุข แต่หากปรับตัวไม่ได้ มักจะก่อให้เกิดความทุกข์แก่ตนเองและผู้อื่นเช่นกัน การเรียนรู้ถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จะช่วยให้เกิดการปรับตัวเข้าหากันเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

2. การเรียนรู้และความจำ การเรียนรู้และความจำมีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่น การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ จะเริ่มบกพร่องลงเมื่ออายุ 40-50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปี จะเริ่มเรียนรู้ได้ยากขึ้น เหตุผลที่ทำให้การเรียนรู้บกพร่องไปยังอธิบายได้ไม่แน่ชัด มีการแก้ไขให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ดีขึ้น โดยการลดอัตราความเร็วในการนำเสนอปัญหาลดความคาดหวังว่าจะได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว และพัฒนากลไกวิธีในการเรียนรู้ให้ดีขึ้น การเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าจะเรียนรู้ได้อย่างไรได้ดียิ่งเป็นไปได้ที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับตัวให้เข้ากับงานใหม่หรือชีวิตความเป็นอยู่ใหม่ได้ดีขึ้น การศึกษาเรื่องความจำในวัยสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้นหรือตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นปัจจุบันได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าแม้ความจำเรื่องเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วยังคงสูงอยู่ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสับสนหงุดหงิดและขาดความมั่นใจในตนเองและนอกจากนั้นความจำยังขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความน่าสนใจของเนื้อหาสมาธิ

3. ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พบว่า คนส่วนใหญ่มักเกิดความคิดสร้างสรรค์เมื่ออายุ 30 ปี และผู้สูงอายุมักมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ได้แม้ว่าเขาจะไม่ได้รับการศึกษาก็ตามเขาจะจำประสบการณ์ต่าง ๆ มาเรียบเรียงรวมเข้าด้วยกันในระดับที่สูงกว่าซับซ้อนกว่าและสร้างขึ้นมาใหม่จริง ๆ ตามความคิดของเขา ซึ่งมักตรงกับสภาพความเป็นจริงที่คนส่วนใหญ่ต้องการและผู้สูงอายุมักมีการตัดสินใจช้า อาจเป็นเพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือเพราะกลัวความล้มเหลวจากสิ่งที่เขาเคยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต แต่ถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ผู้สูงอายุก็ดูเหมือนจะเลือกเอาสิ่งที่มีความเสี่ยงสูงหรือสิ่งใหม่เหมือนผู้อ่อนวัยกว่าเหมือนกัน

4. สถิติปัญญา ด้านสติปัญญาพบว่า ความสามารถทางสมองของคนเราจะอยู่ในระดับสูงเมื่อมีอายุ 24 ปี และจะเริ่มลดน้อยลงภายหลังจากอายุ 30 ปี ซึ่งจะลดลงเรื่อยไปจนถึงวัยชราและใน

ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาเสื่อมถอยเพียงเล็กน้อย หรืออาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเลยในผู้สูงอายุเดียวพฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเสื่อมทางสมองทำให้ การเคลื่อนไหวช้าลง ตัดสินใจยากขึ้น ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนที่มีประสานงานต่อเนื่องได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุตามสภาพแวดล้อมการศึกษา กิจกรรมในสังคมประสบการณ์ และสุขภาพของแต่ละคนจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคม เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุคนใดปรับตัวไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสังคม ก็จะมีการพัฒนาจิตใจ และอารมณ์ได้ชัดเจนเดียวกันผู้สูงอายุบางคนมีการปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด นอกจากนั้นการสูญเสียคนใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัวและการหยุดงานที่ทำอยู่ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจทั้งสิ้น ซึ่งลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบบ่อยเช่น การรับรู้ ความรู้สึก ความจำสติปัญญาต่าง ๆ ตลอดจนประสิทธิภาพของการทำงานประสานกันของระบบประสาทส่วนกลางลดลงตามอายุ การยึดติดอยู่กับความคิดเห็นของตนเอง ทำให้มีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย หรือใจน้อย บางรายมีอาการว่าเหว่ ซึมเศร้า

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

มนุษย์มีการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน การแลกเปลี่ยน แนวความคิดเห็น และการมีความรู้สึกว่าคุณเป็นสมาชิกของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบเช่นเดียวกับผู้สูงอายุอื่นๆ อย่างน้อยการเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัวก็เป็นสิ่งแรก จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวกลายมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว หรือเป็นที่ปรึกษา หรือเป็นที่เคารพหรือเป็นผู้คอยดูแลบ้าน เป็นต้น บางรายไม่มีอาชีพกลายเป็นผู้อาศัยไป ดังนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมช้าลงความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงผูกพันอยู่กับมิตรเก่าเป็นส่วนใหญ่ซึ่งก็มีเหลืออยู่น้อยและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้ดังต่อไปนี้ คือการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์บทบาทต่าง ๆ ในสังคมมากมาย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจในตำแหน่งหน้าที่การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเกษียณอายุ ทำให้รู้สึกสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งบารมี ความเคารพยกย่องและรายได้ ผู้สูงอายุชายความรู้สึกสูญเสียจะมีมากในคนที่ เป็นผู้นำรายได้เลี้ยงครอบครัวแต่ในเพศหญิงความรู้สึกสูญเสียจะน้อยกว่าจะมีความรู้สึกสูญเสีย

บทบาทของแม่บ้านแต่ยังคงทำบทบาทของแม่อยู่เช่นเดิมบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากสังคมเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรมทำให้ระบบครอบครัวเปลี่ยนโครงสร้างจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้มีการลดคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุลงไม่มีสิทธิเข้าไปยุ่งเกี่ยวภายในบ้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่ดูเหมือนว่าจะมีผลกระทบที่รุนแรงที่สุด อาจเกิดจากคู่ครองไม่สามารถทำหน้าที่ทางร่างกายและจิตใจได้ถึงขั้นบทบาท เช่น การหาเลี้ยงครอบครัวที่ทำให้เกิดปัญหาในด้านการเงินถ้าภรรยาไม่สามารถทำงานบ้านได้สามีซึ่งเคยอยู่แต่ในสังคมนอกบ้านและมีความเชื่อว่างานนั้นเป็นงานผู้หญิงมิใช่สิ่งที่ชายพึงกระทำได้ และจากการขาดการเตรียมตัวมาก่อนจึงเป็นการยากจะรับบทบาทได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ พบได้บ่อยในบั้นปลายชีวิตผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ก็คือ ความอ้างว้าง ว้าเหว่ ความรู้สึกโกรธแค้น เศร้าซึม ซึ่งทำให้มีผลกระทบไปถึงการดูแลและผู้ให้การดูแลด้วย (สุขเกษม ร่วมสุข, 2533, หน้า 19-20)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เกษียณอายุออกจากราชการ รัฐวิสาหกิจหรืองานเอกชน แต่ยังคงดำรงชีวิตต่อไปในสังคม ยังต้องจับจ่ายใช้สอยเพื่อการดำรงชีพ เพื่อการดูแลสุขภาพ และค่ารักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้วจะพบว่าสถานภาพทางการเงินซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวจะลดลงจากที่หัวหน้าครอบครัวยังคงทำงานอยู่ ความต้องการทางการเงินของผู้สูงอายุ ก็เพื่อนำมาใช้ในการครองชีพการพักผ่อนหย่อนใจ และทำนุบำรุงที่อยู่อาศัย ซึ่งอัตราค่าใช้จ่ายเหล่านี้สูงขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้ผู้สูงอายุใช้จ่ายไม่พอเพียง จากการศึกษาของ คนอื่น ๆ (สุขเกษม ร่วมสุข, 2533, หน้า 19-20)

พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลวาทิน และประสิทธิ์ รักไทยดี (2533, หน้า 148-149)

พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 ต้องการให้รัฐจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะให้รายได้ประจำแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มิได้เป็นข้าราชการที่ได้รับบำเหน็จหรือบำนาญจากราชการแต่อย่างใด ยิ่งไปกว่านั้นภาวะเงินเฟ้อยิ่งทำให้ผู้สูงอายุประสบความยากลำบากมากขึ้น ในขณะที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ เงินทองส่วนใหญ่ ใช้จ่ายไปกับค่ารักษาพยาบาล แต่รายได้ยังคงที่ ซึ่งคล้ายกับว่าเงินที่มีอยู่จะลดน้อยลงเป็นลำดับ จึงมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 25 ที่ต้องการเพิ่มรายได้ของตน และยังช่วยให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่า และเงินยังช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นอีกด้วยจะเห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุรายได้ส่วนใหญ่จะลดลง แต่รายจ่ายคงที่หรือเพิ่มขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพ

ดังนั้นสรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านทั้งด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง สังคมที่ต้องลดบทบาทลง สัมพันธภาพอยู่ในวงจำกัดคือกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันที่นับวันจะยังมีจำนวนลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจเช่นการถูกเลิกจ้าง

งาน การออกไปทำงานไม่ไหว ทำให้รายได้ลดลง สุดท้ายจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น เครียด เหนงารู้สึกไร้คุณค่า ฯลฯ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้นซึ่งขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของผู้สูงอายุแต่ละคนในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างค่อนข้างเป็นปกติสุขต่อไป (สุขเกษม ร่วมสุข, 2533 หน้า 20)

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ขยายออกไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งผู้สูงอายุมักมีความซับซ้อน มีความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลง ของกระบวนการด้านสรีรวิทยาและจิตใจในแต่ละบุคคล จึง มีผู้รวบรวมสรุปทฤษฎีต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536 อ้างถึงในเพ็ญผกา กาญจนภาส, 2541, หน้า 15)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)

ทฤษฎีทางชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการสูงวัยหรือความชราของสังขาร โดยมีพันธุกรรมเป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen cross-linkage) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่สูงวัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการชิดเกาะกันแน่น ไม่ยอมสลายตัวทำให้เส้นใย (Collagen fiber) หดสั้นเข้า เนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดการย่อย และการจับถ่ายของเสียในร่างกาย อันเป็นสภาพเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อมทำลายของเซลล์ในร่างกายเป็นผลมาจากมีการสะสมของอนุมูลอิสระ (Free radical) ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมันจึงเกิดการทำลายและรั่วไหลของผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียดความยืดหยุ่นไปทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยความเสื่อมถอย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความเครียดและการได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใด ๆ ก็ตามทำให้เกิดความเสื่อมสลายของร่างกาย ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุของบุคคลนั้นทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง จนกระทั่งถึงขั้นสุดท้ายของชีวิต

1.4 ทฤษฎีการทำลายตัวเอง (Autoimmune theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยเชื่อว่า ความชราเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ก็เกิดความเจ็บป่วยง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะ

รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต พร้อม ๆ กันนั้น ร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเอง ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการต่อต้านตัวเอง ทำลายเซลล์ของร่างกาย

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และการเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมของผู้สูงอายุนั้น ๆ อาศัยอยู่ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุข หรือความทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนามาด้วยความมั่นคงอบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัยมีความเห็นใจผู้อื่นก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมมือกับใครได้จิตใจคับแคบไม่รู้จักช่วยเหลือเห็นใจผู้อื่น ผู้สูงอายุผู้นั้นก็จะประสบปัญหาในบั้นปลายของชีวิต (Erikson, 1963 อ้างถึงใน เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ตันติ, 2528)

2.2 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's epigenetic theory) หรือ ทฤษฎี Psychosocialdevelopmental stage ของอีริกสัน

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) อธิบายถึงการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุซึ่งระยะที่ 7 แบ่งที่ช่วงอายุระหว่าง 40-59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยานมีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าหากประสบความสำเร็จดีจะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจ แต่ถ้าหากไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตช่วงนี้ก็กลายเป็นคนที่มีขาดความกระตือรือร้น และขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อีริกสัน อธิบายว่า เมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจต่าง ๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จสมหวังและผิดหวังท้อใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นและมีความพอใจในชีวิตของตนตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลังอาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกทีไม่สามารถทำอะไรใหม่ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไปกลัวความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิตบางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย ความพอดีระหว่างความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวังทำให้คนเกิดความเฉลียวฉลาด รู้เท่าทันโลกและชีวิตซึ่งเป็นสิ่งพึงปรารถนา ซึ่งลักษณะความขัดแย้งทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในลำดับขั้นพัฒนาการชีวิตของ อีริกสัน 8 ขั้นตอน (Eliopoulos, 1995, p. 18 อ้างถึงใน วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) ได้แก่

2.2.1 ชั้นความไว้วางใจแย้งกับความสงสัยน้ำใจผู้อื่น (Trust and mistrust) วัยทารก อายุ 18 เดือน

2.2.2 ชั้นความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (Autonomy and shame and doubt) อายุระหว่าง 18 เดือน-3 ปี

2.2.3 ชั้นความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (Initiative and guilt) อายุระหว่าง 3-6 ปี

2.2.4 ชั้นเอาการเอางานแย้งกับความมีปมด้อย (Industry and inferiority) อายุระหว่าง 6-12 ปี

2.2.5 ชั้นการพบอัตลักษณ์แห่งตนเองแย้งกับการไม่เข้าใจตนเอง (Identity and identity diffusion) อายุช่วง 12-20 ปี

2.2.6 ชั้นความสนิทสนมหาร่วมมือร่วมใจแย้งกับความเปล่าเปลี่ยว (Intimacy and solidarity and isolation) อายุช่วง 20-40 ปี

2.2.7 ชั้นการบำรุงส่งเสริมแย้งกับความพะวงหลงเฉพาะตน (Generativity and self-absorption) อายุช่วง 40-50 ปี

2.2.8 ชั้นความมั่นคงทางใจแย้งกับความสิ้นหวัง (Integrity and despair) อายุ 60 ปีขึ้นไป ความขัดแย้งทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนพัฒนาการทั้ง 8 ชั้น ดังกล่าวจะทำให้มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพทั้งในทางที่พึงประสงค์ และในทางที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งทางสังคม และจิตใจในแต่ละช่วงวัยตามที่กล่าวเป็นตัวอย่างมาแล้ว ในระยะที่ 7 และ 8 ข้างต้นทฤษฎีทางจิตวิทยานี้ ได้เชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาอธิบายร่วมว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น จะเป็นการปรับตัวและพัฒนาการของบุคลิกภาพ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้นไม่สามารถยืนยันได้จากทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว ดังคำกล่าวที่ว่า “Data rich theory poor lack of agreement” (ประนอม โอทกานน์, 2537, หน้า 16)

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา

ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง แนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมีแนวคิดที่น่าสนใจ ได้แก่

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst ในปี 1960 ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติ

กิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพ และ บทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่ง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ สำหรับกิจกรรมตามแนวคิดนี้ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเอง นั่นคือกิจกรรมที่บุคคล ปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อสังคม หรือชุมชน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจะทำให้รู้สึกว่าการปฏิบัติ ยังมีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อสังคม

สาระของทฤษฎีนี้อธิบายได้ โดยสรุปว่า การมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีกิจกรรมที่พอเหมาะกับวัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็น การจัดกิจกรรมให้ เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุควรคำนึงถึง ปัจจัยต่อไปนี้สภาพสังคมปัจจุบันที่ทันสมัย และเปลี่ยนแปลงไป (Modernization perspective) เป็น ปัจจัยซึ่งว่าด้วยบทบาทของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้สูงอายุก้าวตามไปไม่ทันการ เชื่อมโยงบุคคลแต่ละวัยแต่ละยุค (Intergeneration linkage) เป็นปัจจัยที่สนใจเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ชีวิตของคนเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างคนใน วัยเดียวกันแต่คนละยุคสมัยบทบาทหน้าที่ตาม โครงสร้างของแต่ละวัยของคน (Structuralfunctional theory) ปัจจัยนี้กล่าวถึง การสูงอายุว่าเมื่อคนเข้าสู่วัยชรามากขึ้นบทบาทหน้าที่ของตนเองก็จะลดลง

3.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement theory) เป็นทฤษฎีที่ เกิดขึ้นครั้งแรกราวปี 1950 กล่าวถึง ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคม ของ Elaine Cummings and William Henry ที่พิมพ์เผยแพร่เป็นครั้งแรกในหนังสือ Growing old: The Process of disengagement เมื่อปี 1961 (Eliopoulos, 1995, p. 16; Miller, 1995, pp. 32-33; Yurick, 1989, pp. 88-89) มีใจความว่าผู้สูงอายุ และสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความ ต้องการของร่างกาย และไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (Gubrium, 1973 cited in Esberger & Hoghes, 1989, p. 28) เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลด ความเครียดและรักษาพลังงาน พยายามไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาท ของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และ ค่อย ๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด

อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้อธิบายโดย กล่าวด้วยว่าปกติแล้วบุคคลจะพยายามอยู่กับสังคมให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อนที่บทบาท ของตนเองจะแคบลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น โดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มี ลักษณะเฉพาะ ดังนี้

3.2.1 เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป

3.2.2 เป็นสิ่งที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้

3.2.3 เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุถึงพอใจ

3.2.4 เป็นสากลของทุกสังคม

3.2.5 เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้น โดย Bernice

Neugarten and et al. (1960) (Eliopoulos, 1995, p. 16; Neugarten et al., 1968 cited in Miller, 1995,

p. 33) เพราะเหตุว่าทั้งทฤษฎีกิจกรรม และทฤษฎีการถอยห่างไม่เพียงพอที่จะ อธิบายถึงความ

เปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อมั่นว่า การดำเนิน ชีวิตของผู้สูงอายุ

ที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมาและมี

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้าร่วมอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม

บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของ

ผู้สูงอายุ

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุแต่ละทฤษฎีนั้นจะอธิบายถึง ความแตกต่างของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียง ทฤษฎีเดียวที่จะ อธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสภาพทางสังคมของ ผู้สูงวัยได้ทั้งหมด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2528 อ้างถึงใน จงจิตร เถลิงพงษ์, 2553, หน้า 25-26) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ 2 นัยยะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคล ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อม

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึก ว่าตนเองเจ็บป่วย กล่าวโดยสรุปคือ สาระสำคัญในความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพมีอย่างน้อย 2 ประการ คือ

2.1 เป็นการกระทำของมนุษย์เพื่อส่งเสริมและป้องกัน โรคในระดับที่มนุษย์มีสุขภาพอนามัยที่ดีไม่มีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย

2.2 เป็นการกระทำของมนุษย์ที่อยู่ในสภาวะของความเจ็บป่วยที่มุ่งค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ป่วย เพื่อที่จะทำการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพให้หายหรือบรรเทาจากการเป็นโรค ซึ่งในที่นี้ขึ้นอยู่กับ การได้รับความรู้ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2543, หน้า 13) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมทั่วไปแต่เน้นเกี่ยวกับสุขภาพ และจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค หรือภาวะไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม ตัวเชื้อโรค และปัจจัยอื่น ๆ

พรณี บัญชรหัตถกิจ (2540 อ้างถึงใน สราวุธ ยงยุทธ, 2540, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกทางด้านสุขภาพ อาจสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้

Harris and Guten (1979) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ กิจกรรมทุกชนิดของบุคคลที่ทำตามปกติและสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันโรคได้

Cobb (1976) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำใด ๆ ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) จึงเป็นแนวคิดที่มีความหมายเดียวกันกับแนวคิดพฤติกรรมทั่วไป แต่จะเน้นเฉพาะในเรื่องในการปฏิบัติและกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเกี่ยวกับสุขภาพเป็นหลัก เป็นความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ นอกจากนั้น พฤติกรรมสุขภาพยังเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถเรียนรู้และปลูกฝังเป็นนิสัยได้ ฉะนั้น พฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีของตนเอง หายจากโรคและป้องกันมิให้เกิดโรคหรือไม่ให้เกิดภาวะที่เป็นโรคร้าย

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิงสุวรรณ (2543, หน้า 155) กล่าวถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาข้างบนนี้จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ แบ่งเป็น

- 1.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention)
- 1.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention)
- 1.3 การป้องกันการแพร่ระบาด

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ จะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ด้วยกันคือ (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2554, หน้า 20) ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) หมายถึง สิ่ง que แสดงให้บุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ หรือ โรคต่าง ๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับความรู้ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ เช่น การบอกได้ถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ การอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยม เช่น ความชอบ ความยินดี ความพอใจ เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) หมายถึง สิ่ง que บุคคลปฏิบัติออกมา พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

ในด้านสังคมศาสตร์สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2554, หน้า 21) ได้แก่

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behaviors) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค พฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เช่น การสวมหมวกกันน็อคเมื่อขี่รถมอเตอร์ไซด์ การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behaviors) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ หรือเจ็บป่วย เช่น การนอนพักอยู่บ้านแทนที่จะไปทำงาน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น เป็น การปฏิบัติเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย ได้แก่ การพักผ่อน การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนี จากสังคม ฯลฯ

3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behaviors) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การเลิกดื่มสุราการลดหรืองดกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้น เป็นการปฏิบัติตัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ

ดังนั้น สรุปได้ว่าองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนก ได้ 2 องค์ประกอบ (ขวัญดาว กล้ารัตน์, 2554, หน้า 22) คือ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.2 พฤติกรรมป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ แบ่งเป็น

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention)

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention)

1.2.3 การป้องกันการแพร่ ระบาด

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย คือ การปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ความเชื่อเดิม ค่านิยมขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถป้องกันการเกิดโรค และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีผู้กล่าวไว้หลายท่าน ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ 9 ประการ เพื่อชีวิตสดใสวัยสูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542, หน้า 78-109) กล่าวว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุขสามารถประกอบกิจการหรือภารกิจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลทุกเพศทุกวัยปรารถนา คนเราจึงต้องใส่ใจต่อการปฏิบัติตนเองให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดี 9 ประการ โดยถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำให้ครบถ้วนทั้ง 9 ประการ ไม่ละเลยจนขาด

ความต่อเนื่องควรเริ่มปฏิบัติตั้งแต่ยังเยาว์วัยเพื่อให้มีสุขภาพดีและมีอายุที่ยืนยาวอย่างแข็งแรง
กิจกรรม 9 ประการ ประกอบด้วย

1. อาบน้ำทุกวัน แปร่งพื้นสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
2. กินอาหารสุกสะอาด วันละ 3 มื้อให้ถือ 5 หมู่
3. ออกกำลังกายสามครั้งต่ออาทิตย์ ครั้งละชนิดไม่เกิน 30 นาที
4. ดื่มน้ำสุกสะอาด อย่าให้ขาดวันละ 6-8 แก้ว
5. พักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมงปลอดโปร่งแจ่มใส
6. งดสิ่งเสพติด คบหาญาติมิตร ใกล้ชิดครอบครัว
7. ดูแลบ้านเรือนของใช้ เสื้อผ้า ให้สะอาดตา น่าใช้
8. ตรวจสอบสุขภาพให้ถี่ถ้วน ปีละครั้ง เป็นอย่างน้อย
9. ฝึกไฟ ในธรรม ประกอบกรรมดี อารี ต่อทุกคน

Heckhumer (1989 อ้างถึงใน เพ็ญญา กาญจนภาส, 2541, หน้า 19) ว่าพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่
 2. จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น และไม่ดื่มขณะขับรถ
 3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัด
หรือเย็นจัด ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
 4. มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง
 5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ครั้งละ 20-30 นาทีอย่างน้อย
สัปดาห์ละ 3 ครั้ง
 6. พักผ่อนเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ
 7. หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิโยคะ
เทคนิคไบโอฟีดแบค (Biofeedback) และออกกำลังกาย เป็นต้น
 8. มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองและมี
การตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง
 9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย หรือซื้อยากินเอง
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 อ้างถึงใน เพ็ญญา กาญจนภาส,
2541, หน้า 23) ได้กล่าวถึงหลัก 4 ประการเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพการกินประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุ และส่วนสูงของผู้สูงอายุ

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจสิ่งแวดล้อม และท่านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคนไม่มีกำหนดมาตรฐานแต่ละคนไปว่า 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุต้องงีบกลางวันบ้างจะช่วยให้เข้าใจการยอมรับทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับสังคมมากเกินไป ถ้าไม่เป็นตามที่คาดหวังแล้วจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขเลย

ดังที่กล่าวมาผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีก็เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ (Walker et al., 1988) ที่มีการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการ การดูแลตนเองในเมื่อการภาวะเจ็บป่วย และการจัดการกับความเครียด โดยมีรายละเอียดแต่ละข้อดังนี้

1. การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

สุภาณี จินาสวัสดิ์ (2559, หน้า 24-26) กล่าวถึงปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เข้ามามีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนเรา มากขึ้น อีกทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างมากมาย ทำให้เราใช้พลังงานในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงประกอบกับการทำงานที่ต้องเร่งรีบในแต่ละวัน ทำให้บุคคลมองข้าม การออกกำลังกาย อีกทั้งอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ การจราจรที่ติดขัด มลภาวะเป็นพิษ การไม่มีเวลา และสถานที่ในการออกกำลังกายหรือพักผ่อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา คือ การเสื่อมสภาพของร่างกาย ความเครียด ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต จากการศึกษา เกี่ยวกับสรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งที่ปกติและเจ็บป่วย เพื่อหาแนวทางที่จะส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสม และสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งที่จะช่วยสร้างเสริมให้สุขภาพมีความคงทนกับการใช้ ชีวิตประจำวัน มีความต้านทาน โรค นอนหลับได้ง่าย ท้องไม่ผูก ไม่อ้วน ลดความเครียด ช่วยพัฒนา สุขภาพจิตให้ดีขึ้น

1. ขั้นตอนในการออกกำลังกาย

1.1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกาย ก่อนการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อสามารถหดตัวได้ อย่างมี

ประสิทธิภาพสูงสุด การอบอุ่นร่างกายใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ได้แก่ การเหยียด การสลับแขน สลับขา แกว่งแขน การวิ่งเหยาะ ๆ

1.2 การออกกำลังกายอย่างจริงจัง เป็นการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกาย เกิดการเผาไหม้อาหารในร่างกาย โดยใช้ออกซิเจนในอากาศด้วยการหายใจเข้าไป เพื่อให้ เกิดพลังงานระดับหนึ่ง ในขณะที่ออกกำลังกายการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงใดจึงจะ เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย ขึ้นอยู่กับอายุของบุคคลนั้น คำแนะนำจากสูตรของ American College of Sport Medicine คือ การใช้ 220 ลบด้วยอายุของบุคคลนั้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสม คือ ประมาณร้อยละ 65

1.3 การผ่อนให้เย็นลง เมื่อได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมตามขั้นตอนที่ 2 แล้วควรจะทำค่อย ๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายโดยทันที ทั้งนี้ เพื่อให้เลือดที่ค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ

2. หลักการออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 ถ้าไม่เคยออกกำลังกายควรศึกษาหลักการให้ถูกต้องและค่อย ๆ ทำอย่าหักโหม ถ้ามีโรคประจำตัว ต้องปรึกษาแพทย์ก่อน

2.2 เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและอุปนิสัย

2.3 อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาแพ้ เอาชนะ แต่ควรออกกำลังกายของตนเอง

2.4 ระวังอุบัติเหตุ

2.5 ให้ทำโดยสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

2.6 เมื่อเกิดอาการผิดปกติอย่างใด ควรปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะถ้ามีอาการหน้ามืด หรือใจสั่นผิดปกติ ควรชะลอการออกกำลังกายลงและหยุด

2.7 ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย จะช่วยให้สนุกสนานยิ่งขึ้น

3. ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

3.1 การเดินเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความพิการของเท้าและข้อ) ต้องเดินให้เร็วเพื่อให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ต้องเพิ่มเวลา การเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม มีการแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกบ้างตามสมควรขณะเดิน ควรเดินในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และปลอดภัย ควรเดินในตอนเช้า และมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนานยิ่งขึ้น

3.2 การวิ่งช้า ๆ ผู้สูงอายุถ้าสามารถวิ่งได้ก็ไม่มีข้อห้ามที่จะให้วิ่ง แต่จะต้องมีข้อเท่าที่ตี เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อมากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้ และควรมีรองเท้าที่เหมาะสม ข้อต่าง ๆ เช่นเดียวกับการเดิน

3.3 การบริหารท่าต่าง ๆ มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ควรจะทำให้เกิดผล ถึงระดับหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

3.4 การรำมวยจีน หลักการของการรำมวยจีน คือ การเคลื่อนไหวช้า ๆ แต่ใช้เวลา และสมาธิด้วย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ต้องมีครูผู้ฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและต้องใช้เวลา ปฏิบัติอย่างจริงจัง

3.5 โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานกับการควบคุมการหายใจให้เขาเป็นจังหวะ ต้องมีครูผู้ฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะได้ประโยชน์สูง

4. ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานดีขึ้นเกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกายพอสรุปได้ดังนี้

4.1 ช่วยชะลอความชรา ในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ดูเป็นหนุ่มเป็นสาว กระชับกระเฉง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายลดลงและประสิทธิภาพในการทำงาน เกิดชากว่าที่ควรเป็น ช่วยยืดอายุให้ยืนนาน

4.2 การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ดี ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

4.3 ลดน้ำหนักควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างสมส่วน

4.4 ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส

4.5 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2. การรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559, หน้า 26-28) กล่าวถึงอาหารนับว่า มีความสำคัญยิ่งในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายทำให้แข็งแรง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างถูกหลักโภชนา คือ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกายสามารถรักษาน้ำหนักให้อยู่ได้ในเกณฑ์เฉลี่ย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควรมีเป้าหมาย และถูกต้องตามหลักโภชนาการ คือ อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่

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

หมู่ที่ 2 อาหารจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล ได้แก่ ข้าวชนิดต่าง ๆ ถั่วเขียว ขนมนจีน เผือก มันประกอบด้วยสารอาหารหลัก คือ คาร์โบไฮเดรต มีความสำคัญต่อร่างกาย คือ ให้พลังงาน ทำให้สามารถเดิน วิ่ง ทำงานต่าง ๆ ได้ในเด็กจะช่วยให้การเจริญเติบโต ร่างกายสะสมอาหาร จำพวกนี้ได้ น้อยมาก หากรับประทานเกินความต้องการ ก็จะเปลี่ยนไปสะสมในสภาพของไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ผู้สูงอายุควรลดปริมาณการรับประทานอาหารหมู่นี้ เพราะความต้องการ กำลังงานในผู้สูงอายุลดลง เช่น ข้าว เคยรับประทาน 3 ทัพพี ลดเหลือ 2 ทัพพีต่อมื้อ ถ้าไม่ลด ปริมาณลง จะทำให้เป็นโรคอ้วนและทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้

หมู่ที่ 3 อาหารจำพวกไขมัน ได้มาจากพืชหรือสัตว์ก็ได้ ที่มาจากพืช ได้แก่ น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หรืออยู่ในเมล็ดพืช ได้แก่ ถั่วลิสง งา หรืออยู่ในรูปกะทิ ที่ได้จากสัตว์ ได้แก่ น้ำมันหมู หรือไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ อาหารหมู่นี้ประกอบด้วยสารอาหารหลัก คือ ไขมันมีความสำคัญต่อร่างกาย คือ ช่วยให้ร่างกายเกิดความอบอุ่น ให้พลังงานเช่นเดียวกับ คาร์โบไฮเดรต แต่เป็นพลังงานที่ร่างกายสะสมไว้ด้วย สามารถนำออกมาใช้ในเวลาจำเป็น เช่น เมื่อมีอาการอดอาหาร คนที่รับประทานไขมันมากเกินความต้องการ ร่างกายจะเก็บสะสมไว้ ตามท้อง สะโพก แขน ขา ทำให้เกิดความอ้วน เป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน และทำให้ท้องอืดเฟ้อ เพราะย่อยยาก ในเด็กไขมันช่วยในการ เจริญเติบโต สำหรับผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี้ยงน้ำมัน จากสัตว์ น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว

หมู่ที่ 4 อาหารจำ พวกผัก ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คื่นช่าย ถั่วฝักยาว และผักที่มีสีเหลืองและแดง ได้แก่ มะเขือเทศ พริกทอง แครอท ซึ่งนอกจากจะทำให้ อาหารมีสีสวยชวนรับประทานแล้ว ยังประกอบด้วยเกลือแร่ วิตามิน ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีใยอาหารและน้ำ ช่วยทำให้ท้องไม่ผูกและไม่อ้วน

หมู่ที่ 5 อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่าง ๆ เช่น กล้วย ส้ม ฝรั่ง มะละกอ ซึ่งให้สารอาหารที่สำคัญเช่นเดียวกับผัก คือ เกลือแร่ วิตามิน ใยอาหารและน้ำ ผู้สูงอายุรับประทาน ได้ทุก

ชนิด ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า ผลไม้ ที่มีทุกฤดูกาล และเหมาะแก่การบริโภคสำหรับทุกวัย ได้แก่ กกล้วย ส้ม ฝรั่ง และมะละกอ น้ำสะอาด ไม่ได้จัดเป็นอาหารแต่เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อร่างกายเช่นเดียวกัน น้ำ ช่วยให้ผิวพรรณผ่องใส กระเพาะอาหารย่อยอาหารได้ดีขึ้น ท้องไม่ผูก จึงควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว เนื่องจากอาหารต่างหมูกัน มีองค์ประกอบหลักไม่เหมือนกัน อาหารเพียงหมู่เดียว จึงไม่สามารถเป็นแหล่งของสารอาหารทุกชนิดในปริมาณที่ร่างกายต้องการได้ จึงต้องบริโภค อาหารทั้ง 5 หมู่ สะอาดด้วย ทุกมื้อ ทุกวัน

3. การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ เมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหา การรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจึงเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยของมนุษย์ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังที่ ไคล์แมน (Kleiman, 1980) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองนั้น เป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามแนวคิดของนักสังคมวิทยาและมนุษย์วิทยา มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ (Dean 1986, pp. 275-284 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2530, หน้า, 25)

1. การดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care)
2. การดูแลสุขภาพของตนเองของครอบครัว (Family care)
3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)
4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

พฤติกรรมดูแลตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคล ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติของตนเอง ตลอดจน การตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจ ที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น ส่วนการกระทำสิ่งใด ๆ นั้น มีตั้งแต่การรักษาอาการ ผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นสามัญชน จากครอบครัว และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคคลากรสาธารณสุข การดูแลตนเองที่จำเป็น ในภาวะเจ็บป่วยมีดังนี้ (สุภาณี จินาสวัสดิ์, 2559, หน้า, 30) คือ

1. แสวงหาและการยึดมั่นในการช่วยเหลือด้านการแพทย์ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย
2. เรียนรู้จะป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดพยาธิสภาพ

3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4. รับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือ จากโรค

5. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ (Self-concept) และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง (Self-image) ปรับบทบาทตนเอง ให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

6. การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของ การวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

โอเร็มและเทเลอร์ (1985 อ้างอิงใน นาดยา เวียงชัยพฤกษ์, 2544, หน้า 24) กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนการป้องกันการควบคุม การกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน เรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าที่จะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียม ประเพณีที่บุคคลนั้น ได้มีส่วนร่วมในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

Orem (1985, pp. 75-80) ได้แบ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่เฝ้าระวัง โดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิการของผู้สูงอายุ การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทุกเพศทุกวัยแต่ละต้องปรับให้เหมาะสม ตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเป็นการต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างกิจกรรม และการพักผ่อน

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่ลำพังกับการปฏิสัมพันธ์ในสังคม

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และความเป็นปกติสุข

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้แบบของสังคมโดย

สอดคล้องกับความสามารถของตนเองและความต้องการที่จะมีความเป็นอยู่อย่างปกติสุข

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเจริญเติบโต การตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ เช่น ความตายของบิดา มารดา สามี ภรรยา ความต้องการด้านนี้ เพื่อเป้าหมาย ดังนี้

2.1 ดำรงไว้ซึ่งสภาพการเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่

2.2 ส่งเสริมการดูแลต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของผู้สูงอายุเสื่อมถอยหรือขาดหาย ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคม ปัญหาความคิดปกติทางด้านอารมณ์ ปัญหาเมื่อมีความเครียดแล้วไม่สามารถที่จะหาวิธีระบายความเครียดได้

2.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองหรือไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ ความต้องการในระยะนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

2.3.1 เสาะแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

2.3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้นๆ

2.3.3 ปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพเพื่อผลในการป้องกันรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไข ปรับปรุงความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

2.3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล

2.3.5 ปรับความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเองยอมรับภาวะเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านรักษาพยาบาล

2.3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพความเป็นจริงและข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกาย และทางจิตใจ ความต้องการในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย และพัฒนาการของชีวิตจำเป็นต้องใช้ความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สมดุล

4. การจัดการความเครียด

การจัดการความเครียด หรือบางคนใช้คำว่า การรับมือกับความเครียด เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ใช้ในการเรียนรู้ พุทธิภาวะ (Cognitive activity) ที่นำมาใช้จัดการกับความเครียด และไม่ว่าแต่ละคนจะรับมือกับความเครียดอย่างไรก็ล้วนแต่มีผลกระทบต่อพวกเขาไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม การจัดการความเครียดเป็นกลยุทธ์การปรับตัวผู้คนจะใช้กลวิธีรับมือและจัดการกับ

ความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่รุนแรงที่พวกเขาไม่สามารถอยู่เหนือ พฤติกรรมหรือผลอันเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น (สุปาณี จินาสวัสดิ์, หน้า, 32)

Lazarus and Folkman (1984, p. 34) ให้คำนิยามของคำว่า กลวิธีในการรับมือกับความเครียดหรือการจัดการความเครียดว่าเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อจะจัดการกับความต้องการจากภายในหรือภายนอกร่างกายกลวิธีในการจัดการความเครียดเป็นกระบวนการที่ใช้จัดการกับปัญหาและปรับการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อปัญหานั้น

Hann (1989 อ้างถึงใน สุวิชา จันทรสุริยกุล, 2536, หน้า 35) ให้ความหมายของ คำว่า กลไกจัดการกับความเครียดว่า เป็นความพยายามในการจัดการกับความยากลำบากต่าง ๆ โดยการใช้ความสามารถภายในตัวและการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมจากคนรอบข้างเพื่อเอาชนะอุปสรรคนั้น ทั้งนี้ไม่จำเป็นที่การเผชิญปัญหานั้นจะต้องประสบความสำเร็จ

Famer (1984, p. 18) กล่าวถึงกลวิธีรับมือกับความเครียดในขั้นแรก คือ การเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความเครียดโดยการประเมินปัญหาให้เป็นระบบ ได้แก่

1. การจำแนกที่มาของความเครียดโดยการเขียนรายละเอียดเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งการเปลี่ยนแปลง ความคับข้องใจ ความกดดัน และปัจจัยที่ทำให้เครียด บันทึกผลของความเครียดทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม จะทำให้ทราบว่าความเครียดอันไหนที่รบกวนชีวิตเรามากกว่ากัน
2. กำหนดเป้าหมายของเราที่จะกระทำ เช่น จะจัดที่มาของความเครียดหรือว่าจะเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของตัวเราที่มีต่อสิ่งที่ทำให้เครียด เป็นต้นว่า เปลี่ยนสาขาที่เรียน หากว่ามันทำให้เราเครียดเนื่องจากว่าเราไม่สนใจในวิชานั้น
3. การวางแผน เขียนขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้อย่างชัดเจน
4. การนำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
5. ดูการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำให้เครียดและการตอบสนอง ที่เกิดจากการนำเอาวิธีจัดการกับความเครียดไปใช้
6. ปรับเปลี่ยน ถ้าจำเป็นให้เปลี่ยนมาใช้วิธีใหม่เพื่อให้ได้ผลดีขึ้น โดยธรรมชาติคนเราเมื่อเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงย่อมหาทางผ่อนคลายด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อปลดปล่อยระดับความรู้สึกเครียดให้ลดลง จนถึงระดับที่อาจจะพอทนได้ หรือความเครียดหมดไปเลย ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุรู้จักกำจัดความเครียดได้อย่างถูกต้องก็จะรับมือกลับความเครียดที่เกิดขึ้นได้และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็ก เยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัยเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติจึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้เด็กเยาวชนและประชาชนปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ (ขวัญดาว กล้ารัตน์, 2554, หน้า, 23)

กองสุศึกษา สุขบัญญัติแห่งชาติ (ม.ป.ป) ซึ่งคนไทยได้เคยรู้จักในคำที่เรียกกันว่า “กติกานามัย” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2476 นับเป็นแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยการปลูกฝัง และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้เกิดขึ้นในกลุ่มประชาชนทั่วไปตั้งแต่วัยเด็กเพื่อให้มีพฤติกรรมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและมีการพัฒนาต่อไปจนเป็นค่านิยมทางสุขภาพในที่สุด

ดังนั้น การส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ จึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้เยาวชน และประชาชนปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีซึ่งเมื่อผ่านเข้าวัยสูงอายุจะเห็นผลของพฤติกรรมได้ชัดเจน คนสูงอายุส่วนใหญ่จะมีสุขภาพแข็งแรงแต่ก็มีไม่น้อยที่ป่วยโดยโรคเรื้อรังนานาชนิด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบตัน มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุ จึงมีหลักการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองขั้นพื้นฐานตามแนวทางของสุขบัญญัติแห่งชาติ จัดทำเป็นสร้างสุขผู้สูงวัยวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อการมีอายุที่ยืนยาวด้วยสุขภาพที่สดใส แข็งแรง และมีความสุขในวัยสูงอายุ โดยหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ มีดังต่อไปนี้

สุขบัญญัติข้อที่ 1 รักษาความสะอาดร่างกาย/ สิ่งของ การอาบน้ำให้สะอาดด้วยสบู่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมให้สะอาดด้วยแชมพูสระผม ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น จัดของใช้ให้เป็นระเบียบเพื่อสะดวกในการหยิบใช้

สุขบัญญัติข้อที่ 2 รักษาอนามัยในช่องปาก แปรงฟันให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอนบ้วนปากให้สะอาดทุกครั้งหลังกินอาหาร

สุขบัญญัติข้อที่ 3 รักษามือให้สะอาดอยู่เสมอ ล้างมือให้สะอาดอย่างถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งและล้างมือให้บ่อย ๆ

สุขบัญญัติข้อที่ 4 เลือกสรรอาหารที่เสริมพลังกาย อาหารของผู้สูงอายุ ควรมีปริมาณสารอาหารและคุณค่าทางโภชนาการ และควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารไขมันสูง อาหารย่อยยาก และอาหารที่มีกากใยมาก

สุขบัญญัติข้อที่ 5 รู้เท่าทันอบายมุข การทำความรู้จักและเข้าใจโทษพิษภัยของบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสาต่อทางเพศ เพื่อนำความรู้ไปถ่ายทอดสู่รุ่นลูกหลาน เพื่อให้

รู้เท่าทันอย่างชาญฉลาด และควรแนะนำวิธีการปฏิเสธอบายมุขทั้งปวง เพื่อให้ลูกหลานของท่าน เป็นคนดีของสังคม หากทุกคนรอบครัวทำเช่นเดียวกัน สังคมไทยจะเป็นสังคมที่น่าอยู่ที่สุด

สุขบัญญัติข้อที่ 6 สร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวให้อบอุ่นในฐานะผู้สูงวัยหรือปู่ย่า ตายาย ในครอบครัว ท่านควรรหาโอกาสทำกิจกรรมร่วมกันมีเวลาใกล้ชิดกันในครอบครัวอยู่เสมอให้ ความสำคัญ และให้เกียรติสมาชิกทุกคนในครอบครัวสร้างความผูกพันกับลูกหลาน

สุขบัญญัติข้อที่ 7 ป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติภัยด้วยความไม่ประมาทอุบัติเหตุมักเกิดขึ้น ได้ทุกขณะ หากประมาทหรือขาดความระมัดระวังเมื่ออายุมากขึ้นความว่องไวประสาทสัมผัสต่าง ๆ ทั้งการได้ยินการมองเห็นย่อมลดลงการเกิดอุบัติเหตุง่ายขึ้นทั้งในบ้านและนอกบ้านซึ่งต้องป้องกัน ด้วยการระมัดระวังในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ

สุขบัญญัติข้อที่ 8 ออกกำลังกายได้ทุกวันและต้องตรวจสอบสุขภาพประจำปีการออกกำลังกาย ที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับวัยอย่างสม่ำเสมอทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีเพราะร่างกาย จะหลั่งสารความสุข ทำให้สบายตัว สบายใจ ผู้ที่ออกกำลังกายโดยถูกต้องเป็นประจำแม้จะสูงอายุ แล้วยังมีความกระฉับกระเฉงมีสมรรถภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

สุขบัญญัติข้อที่ 9 ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความสว่างงามของ ประสบการณ์ชีวิต แม้จะอายุมากขึ้น หลายสิ่งหลายอย่างเสื่อมถอยลงแต่ถ้าสามารถปรับตัวปรับใจ ให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสุขกายสุขใจและดำรง ตนเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลานได้อีกนานเท่านาน

สุขบัญญัติข้อที่ 10 รักษาและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างสรรค์สังคมสิ่งแวดล้อมที่ดีจะ ทำให้จิตใจแจ่มใสร่างกายแข็งแรงจึงต้องช่วยกันดูแลรักษาสีเขียวสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีความรับผิดชอบต่อ ส่วนรวมและสังคม สร้างสรรค์และทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ให้เป็นสังคมที่น่าอยู่

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2532 อ้างถึงใน เพ็ญญา กาญจน โนภาส 2541, 23) นำเสนอปัจจัย 2 ประการที่ทำให้ชีวิตยืนยาวและมีสมรรถภาพด้านหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ประการแรก คือ การใช้ กลวิธีที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางด้านหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ ประการที่สอง คือพยายาม หลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาว มีดังนี้

1. การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดินหรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็น เวลา 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2. อาหาร โดยรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพรวมทั้งผลไม้และผักสดที่อยู่ใน สภาพธรรมชาติและเส้นใยต่าง ๆ พร้อมทั้งโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว
3. การนอน ควรมีการนอนอย่างเพียงพอ คี้นละ 7-8 ชั่วโมง

4. มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต รื่นเริง สนุกสนาน หัวเราะบ่อย
5. ไม่อยู่เฉย ๆ ทำงานให้เป็นประโยชน์
6. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อนและองค์กรต่าง ๆ
7. มีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นตามความต้องการ
8. มีการเรียนรู้และหาประสบการณ์กับสิ่งใหม่ ๆ
9. ได้รับการดูแลสม่ำเสมอจากแพทย์
10. มีความภูมิใจในตนเอง ภูมิใจในความสำเร็จ เอาใจใส่ชีวิต มีอารมณ์ดีไม่ฉุนเฉียว มีความเชื่อและยึดมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ เช่น ศาสนา

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2539 อ้างถึงใน ธารธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม, 2550, หน้า, 27) ได้เสนอหลัก 11 อำเภอ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง เป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภทไขมัน (น้ำมันจากพืชและสัตว์ ไข่แดง เนย) และประเภทคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง และน้ำตาล) อาหารโปรตีน หรือกลุ่มเนื้อสัตว์ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้มาก ๆ แต่ควรเลือกรับประทานผลไม้ที่รสไม่หวานจัด

ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีความคล่องตัว แข็งแรง ซึ่งจะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวดีขึ้นไม่หกล้มง่าย

อนามัย คือ การดูแลตนเอง โดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่น บุหรี่ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งสังเกตการณ์ทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การขับถ่าย เป็นต้น และควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่อายุประมาณ 65 ปี เป็นต้นว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจจะเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบาก อีกส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องได้รับการดูแลแก้ไขตามสาเหตุ

อากาศและแสงอาทิตย์ เน้นให้อยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม อารมณ์ อคติแรก อนาคต อบอุ่น เป็น 4 อ. ที่เน้นทางด้านความรู้สึกนึกคิดและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้การมีชีวิตอยู่ในแต่ละวันมีความสุข มีความรื่นรมย์กับการมีชีวิตอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีควรเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่าง ๆ และปรับความรู้สึกนึกคิดไปตามนั้น ไม่ยึดแต่ลักษณะเก่า ๆ ดังเดิมที่เคยเป็นมา ควรมีงานอดิเรกที่น่าสนใจ แต่ไม่ควรเป็นสิ่งที่เป็นการมากพร้อมทั้งการเข้าร่วมสังคมกลุ่มต่าง ๆ ตามสมควร การมีเพื่อนรุ่นเดียวกันหรือต่างรุ่นจะทำให้เกิดความอบอุ่นและรู้สึกถึงคุณค่าของตน

อุบัติเหตุ เกิดขึ้นได้ทุกขณะและอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บและความพิการต่าง ๆ ควร

พยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบทบาทหน้าที่และบุคลิกภาพของบุคคล ในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ โดยพบว่า บุคคลที่แตกต่างกัน ย่อมมีความรู้สึกนึกคิดที่แตกต่างกัน หากพิจารณาในแง่ที่ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาททางสังคม ของเพศชายที่เคยมีเริ่มลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจากความเสี่ยง ของร่างกาย กลายเป็นผู้ไม่ประกอบอาชีพ มีรายได้ลดลง ขาดการติดต่อกับสังคม เนื่องจาก สุขภาพไม่เอื้ออำนวย และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่าง ทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนด บทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม (Orem, 1980, p. 71 อ้างถึงใน นพรัตน์ หนูบ้านยาง, 2540, หน้า 64) ผู้สูงอายุชายจะเป็นผู้ทำงานนอกบ้านออกสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ที่ต้องดูแลบ้าน ดังนั้น พฤติกรรมบางอย่างที่มีผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็น

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะอายุมีส่วนเกี่ยวข้อง กับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ และเป็นตัวกำหนดความต้องการ ในการดูแลตนเองทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแลของ บุคคลนั้น ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย (Orem, 1985, pp. 255-256) ซึ่งจะมีผลต่อ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคลในการแบ่งอายุตามเกณฑ์การสูงอายุกับภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม (บรรลุ ศิริพานิช, 2542, หน้า, 115) ดังนี้

2.1 กลุ่มสูงอายุระดับต้น คือ มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะ ทางกายภาพและสรีรวิทยาไม่มาก ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง คือ มีอายุตั้งแต่ 75-90 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทาง กายภาพและสรีรวิทยาบ้างแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเริ่มมีความต้องการ ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น

2.3 กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะ ทางกายภาพและสรีรวิทยาอย่างเห็น ได้ชัดเจน มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ต้องการการดูแล เอาใจใส่ จากบุตรหลานในส่วนที่บกพร่องไปผู้สูงอายุ จะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น (Hanlon & Pickett, 1984, pp. 433-434)

3. ระดับการศึกษา การศึกษาของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองและยังเป็น ปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมีการพัฒนาการเรียนรู้และสามารถตัดสินใจพิจารณาในการ

ปฏิบัติการกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สภาพจิตใจของตนเองได้อย่างถูกต้องและคิดว่าผู้ที่มีการศึกษาคำการศึกษาจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553, หน้า 37)

4. สถานภาพสมรส แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคลและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง การมีคู่ชีวิต จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้งซึ่งระหว่างคู่สมรสกับคู่สมรสเมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกันต่างจากกลุ่มที่ขาดคู่สมรสที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวที่ต้องช่วยเหลือตัวเองทั้งปกติและยามเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสนั้นจะทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ขาดที่ปรึกษา เหงา ว้าเหว่ ขาดคนให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรสจะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อสภาพจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การตายของคู่ครอง เมื่อคู่ครองตายจากไปทำให้ความรู้สึกเศร้าโศก (บรรลุ ศิริพานิช, 2544, หน้า 12)

5. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อการดำรงชีพเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานความสามารถในการดูแลตนเองผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงสามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรงและตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่สนองความต้องการด้านต่าง ๆ แหล่งของรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเห็นคุณค่าในตนเองในเรื่องการมีอำนาจในการใช้จ่าย เพื่อสนองความต้องการและธำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553, หน้า 38)

Pender (1982, pp. 161-162) กล่าวว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง เช่น ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

6. แหล่งที่มาของรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเห็นคุณค่าในตนเองในเรื่องการมีอำนาจ ในการใช้จ่าย เพื่อสนองความต้องการและธำรงไว้ซึ่งสุขภาพจากการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเองจะเกิดความมั่นใจในคุณค่าของตัวเองไม่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวและชุมชน และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

7. ภาวะการมีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพหรือภาวะการมีโรคประจำตัว เป็นข้อมูลบอกถึงภาวะสุขภาพ หรือปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่กำลังประสบอยู่บ่งบอกถึงประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาของแพทย์ หรือการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุและความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและบอกถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ในระดับใดภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553, หน้า 38)

Orem (1985, pp. 14-20) กล่าวว่า การที่จะส่งเสริมและคงไว้ ซึ่งการมีภาวะสุขภาพดีนั้น เป็นผลต่อเนื่องมาจากการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จิตใจมีเป้าหมายมีแบบแผนมีลำดับขั้นตอน เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้น และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผลทำให้มีความ ผาสุกและมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลที่เกิดมาจากการดูแลตนเอง

8. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อมของบุคคล ระหว่างบุคคลหนึ่ง โดยการเป็นสมาชิกของชมรมจะ ได้รับการสนับสนุนจากสังคม และการเข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อื่นเป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองโดยเพิ่มแรงจูงใจในการ ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่พัฒนา มาแล้วอีกทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือและแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง (อรชร โวทวี, 2548, หน้า 48)

จากแนวคิดสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมซึ่งนอกจากจะเป็น การปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ แล้ว ยังเป็นการปฏิบัติเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยหรือปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่เพื่อ ส่งเสริมให้ร่างกายกลับมาอยู่ในภาวะที่สมดุล โดยเร็วการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนเรามากขึ้นอีกทั้งสิ่ง อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่มากมายทำให้เราใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ประกอบกับการทำงานที่ต้องเร่งรีบในแต่ละวันทำให้บุคคลมองข้ามการออกกำลังกายอีกทั้งอากาศ ที่ไม่บริสุทธิ์ การจราจรที่ติดขัดมลภาวะที่เป็นพิษการไม่มีเวลาและสถานที่ออกกำลังกายหรือ พักผ่อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาตามมาก็คือการเสื่อมสภาพของร่างกายความเครียดก่อให้เกิด ปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันนั้นก็มีส่วนต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างในการ

ดำเนินชีวิตที่จะทำให้ให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุปานี จินาสวัสดิ์, 2559, หน้า, 24)

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ

ความหมายของภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของสภาพร่างกายมากกว่าการเจริญเติบโต ส่วนใหญ่จึงมักจะประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในทางที่เสื่อมลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในปัจจุบันได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจำเป็นต้องใช้การส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย (Boddy, 1985; Shortridge & Lee, 1980)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1989) ได้ให้ความหมายของ “ภาวะสุขภาพ” ว่าหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ มิใช่เพียงปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น

Pender (1982, p. 336) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ (Health) คือความสามารถอย่างแท้จริงของมนุษย์ทั้งที่มีมาแต่กำเนิดและเกิดขึ้นภายหลังซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความสามารถในการตัดสินใจดูแลตนเอง ความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ และกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีโน้มน้าหลักของภาวะสุขภาพยังรวมถึงอารมณ์ ทักษะคิด การกระทำ ความปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์แบบองค์รวมของบุคคล และสามารถใช้คำว่าเป็นอยู่ดี (Wellness)

Mossey and Shapiro (1982 อ้างถึงใน สกลรัตน์ ศิริกุล, 2543, หน้า 12) กล่าวว่าภาวะสุขภาพคือความสมดุลของร่างกาย จิตใจและสังคม เท่าที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในขณะนั้น ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ การจะเห็นว่าประสบการณ์ของความเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ผลการประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดีส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งสามารถวัดหรือสังเกตได้ด้วยเหตุการณ์ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล จึงนำไปสู่แนวทางการช่วยเหลือให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีและถูกต้องต่อไปการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งใน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป ภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความสามารถในการตัดสินใจดูแลและผู้อื่นเท่าที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในขณะนั้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นเป็นความคิด ความเข้าใจ ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ศิริพร ชัมภลจิต, 2533) สอดคล้องกับแนวคิด Kozier, Erb and Berman (2000) ที่ให้ความหมายว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินสุขภาพโดยตนเอง โดยการใช้ความรู้สึก ความคิดหรือการแสดงออกทางความคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ อายุ สังคม วัฒนธรรมสังคม เศรษฐกิจ อาชีพ บุคลิกภาพ การเรียนรู้ สภาพอารมณ์

อรชร โวทวี (2548, หน้า 61) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิดความรู้สึกความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความถี่ของการปฏิบัติและความตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจังต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการที่บุคคลมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีเป็นเวลานานส่งผลให้ความเจ็บป่วยลดลง ทำให้บุคคลไม่กลัวที่จะต้องมีพฤติกรรมและไม่พยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้นทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลดีขึ้นส่งผลให้บุคคลยังรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางที่ดีมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับความถี่ของการปฏิบัติ และความตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจังต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการที่บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลานานส่งผลให้ความเจ็บป่วยลดลงทำให้บุคคลไม่กลัวที่จะต้องมีพฤติกรรมและจะไม่พยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้นทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลดีขึ้นส่งผลให้บุคคลยังรับรู้ไม่ผิด ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ เพื่อการป้องกันโรคและการชราองไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของร่างกายจึงเรียกว่า “การรับรู้ภาวะสุขภาพ”

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

กมลวรรณ ชังศิริ (2548, หน้า 58) ได้แก่ ดังนี้

1. ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล การที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและตอบสนองต้องการ เปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนได้นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุ
2. อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และมีการถ่ายทอดจากบิดามารดาไปสู่ลูกหลานด้วย
3. ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์การเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดีขึ้น

4. ความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนสูงอยู่เสมอ เมื่อมีสิ่งใดมากระทบต่อการทำหน้าที่ของตนแม้เพียงเล็กน้อยเขาก็จะมีการรับรู้ว่ามี การเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตน

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Brook et al. (1979 อ้างถึงใน วชิรตา กองแก้ว, 2549, หน้า 35) ทำการศึกษาเพื่อ พัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศอเมริกา ได้เสนอเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพโดยทั่วไปและ ได้ พัฒนาเป็นแบบวัดตัวการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป (General health preception) มีประเด็น การวัด 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความเห็น เกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เช่น ความเจ็บป่วยรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลหรือร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยใด ๆ ประสบการณ์การเหล่านี้ย่อมทำให้บุคคลรับรู้ ประมวลผลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบันการรับรู้ในอดีตอาจทำให้การรับรู้ปัจจุบัน บิดเบือนจากความเป็นจริงได้ เพราะความประทับใจที่เกิดขึ้นในครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของ บุคคลมีความคงทนมาก และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันด้วย

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน (Current health) ก่อนที่บุคคลแต่ละคนจะประเมิน ภาวะสุขภาพของตนเองตามที่เป็นจริง และครบถ้วนวันละครั้งหรือบ่อยกว่าก็ได้ด้วยความรู้สึกที่ว่า ตนเองมีสุขภาพที่ดี หรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคลเป็นไปตามความหมายของ “สุขภาพ” ตามที่เขาคิด การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็ได้ถ้า ภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อสุขภาพของเขาไม่มาก เช่น กรณีที่อาการและอาการ แสดงที่ เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันอาจขัดกันกับความ ประทับใจในอดีตมากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ก็สามารถเกิดขึ้นได้เหมือนกัน การรับรู้จะทำให้ บุคคลนั้นเล่ารายละเอียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วย ของเขาจะส่งผลต่อการทำงานหรือความพิการของร่างกาย บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองซึ่งทำ ให้มีความหวังหรือหมดหวังได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมี ความหวังจะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในทางตรงกันข้ามถ้า บุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวังบุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบการรับรู้ ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วย

4. ความห่วงกังวลและตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพ (Health worry and concern) เป็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองบุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่จะควบคุมโรคและป้องกันความพิการจากโรคได้

5. การรับรู้ถึงความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (Resistance or susceptibility to illness) การที่บุคคลได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยรับรู้ถึงจุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพตน เช่น รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอเจ็บป่วยง่าย หรือมีความต้านทานต่อโรคดี แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้รับ

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Sickness orientation) การที่บุคคลจะเข้าใจและสามารถบอกถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์จากการเจ็บป่วยนั้น เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคการรับรู้ถึงประโยชน์ผลการรักษาหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง นอกจากนี้บุคคลที่เจ็บป่วยต้องยอมรับว่าขณะนี้ตนเองเจ็บป่วย และต้องการการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการที่บุคคลตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพไหน โดยการที่บุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้มากน้อยแค่ไหนนั้นก็ขึ้นอยู่กับอายุ สภาพสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้นั้นอาศัยอยู่ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตและความคาดหวังที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น โดยวิธีการที่จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนหรือเชิงประจักษ์ก็คือการประเมินภาวะสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

สุพรรณิ ธีระเจตกุล (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 240 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 420 คน แบ่งเป็นชาย 198 หญิง 222 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากแนวคิดและวิจัยที่เกี่ยวข้องกล่าวได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีผู้สูงอายุที่รู้จักภาวะสุขภาพของตนเอง จะให้ความสนใจที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัย

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว หรือได้รับจากบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กันโดยตรง เช่น บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆ ทำให้บุคคลมีวิถีชีวิตที่ดีและมีความสุข ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Caplan (1974 อ้างถึงใน นฤภรณ์ ธีรภัทรพันธ์, 2545, หน้า, 55) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

Pilisuk (1982 อ้างถึงใน นฤภรณ์ ธีรภัทรพันธ์ 2545, หน้า, 55) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Pender (1982 p. 396) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การเป็นที่รักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการสำหรับบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคมนั้นเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจวัตถุข่าวสารคำแนะนำซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Hanucharumkul (1984 , p. 47) กล่าวว่า

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าคุณคนนั้นได้รับความรัก ความจริงใจ ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน
2. แรงสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าคุณคนนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง
3. แรงสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976, p. 300) แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความจริงใจ ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน
2. แรงสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจมั่นใจในตนเอง
3. แรงสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer (1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ
2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเงินทอง หรือบริการ

หน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987 p. 398) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่ 3 ประการดังนี้

1. ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมด้วยการช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต
2. ส่งเสริมภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตได้ดี
3. ป้องกันความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีวิจารณญาณหรือเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ช่วยให้คนปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุได้รับจาก 2 แหล่งคือ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้แนวคิดของ Schaefer (1981) ได้แก่ เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนโดย

การให้กำลังใจ ขกย่อง ชมเชย หรือการจัดเตรียม จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วรัญญา มุนินทร์ (2541) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่อยู่ในระยะหลังหมดประจำเดือน จำนวน 149 ราย จากโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือน

ประราลี โอภาสนันท์ (2542) ทำการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 15 ราย ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และอีก 15 ราย ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จันทนา ทองชื่น (2544) ทำการศึกษาผลกระทบของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สุวิมล พนาวัฒนกุล (2534) ทำการศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย เป็นการศึกษาวิจัยถึงทดลองเครื่องมือการวิจัยเป็นวิธีทัศนเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุน

ทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่ ทั้งในเรื่องของข้อมูลข่าวสารต่างๆหรือด้านจิตใจ ผู้สูงอายุได้รับการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำจึงทำให้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพได้ดีขึ้น

นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

นโยบายระดับประเทศ

รัฐบาลได้มีได้มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหลายประการ เช่นการเปลี่ยนแปลงเบี้ยยังชีพจากการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้ เป็นการให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุทุกคนที่มาขอขึ้นทะเบียน การเร่งส่งเสริมการเตรียมความพร้อมทางเศรษฐกิจเพื่อยามสูงอายุ ด้วยการมีนโยบายการพัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติ (กบช.) และ กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ซึ่งเป็นการส่งเสริมการออมในวัยทำงานเพื่อไว้ใช้ในยามสูงอายุโดยเป็นการออมแบบสมัครใจเพื่อให้ครอบคลุมประชากรที่ขาดหลักประกันด้านเศรษฐกิจยามสูงวัยหรืออยู่ในภาคแรงงานนอกระบบ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553, หน้า, 28)

รัฐบาลได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีแนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนดังนี้ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2553)

ปรัชญา

1. การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม
2. ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม
3. ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล และสมวัย
4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่มูลคดียุติโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก และต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”

1. ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี (สุขภาพ ดีทั้งกายและจิต ครอบครัวอบอุ่น มีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสมอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง)

2. ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

3. ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

4. ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

5. รัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ
วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม

2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน

4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการกิจ
ด้านผู้สูงอายุ

5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่าง ประสานและสอดคล้องกัน

โดยคณะรัฐมนตรีมีมติแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ดังนี้ (สำนักเลขาธิการ
คณะรัฐมนตรี, 2553) ดังนี้

1. อนุมัติแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ตามที่นายกรัฐมนตรี ประธานกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเสนอ โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์และมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
ประกอบด้วย

1.1.1 มาตรการหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

1.1.2 มาตรการการให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต

1.1.3 มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรี
ของผู้สูงอายุ

1.2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 1.2.1 มาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเบื้องต้น
- 1.2.2 มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ
- 1.2.3 มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- 1.2.4 มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 1.2.5 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ
และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ
- 1.2.6 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม
ที่เหมาะสม

1.3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 1.3.1 มาตรการคุ้มครองรายได้
- 1.3.2 มาตรการหลักประกันสุขภาพ
- 1.3.3 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- 1.3.4 มาตรการระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน

1.4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ
ระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 1.4.1 มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ
ระดับชาติ
- 1.4.2 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

1.5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และ
การติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย

- 1.5.1 มาตรการสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ
สำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่
ผู้สูงอายุ
- 1.5.2 มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผน
ผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

1.5.3 มาตรการระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัยโดยมีระบบ
ฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

2. ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รับความเห็นของกระทรวงวัฒนธรรม ที่เห็นควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัย โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนาวัฒนธรรม ตลอดจนการนำภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาใช้ในการพิจารณาชุมชน รวมทั้งความเห็นของกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่เห็นควรนำข้อมูลผู้สูงอายุบรรจุลงในบัตรประจำตัวประชาชนแบบใหม่ (Smart card) เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลสำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึง และสืบค้นและพัฒนาระบบการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย ไปพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2553)

นโยบายระดับท้องถิ่น

เทศบาลตำบลบางละมุงซึ่งเป็นหน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่นอีกรูปแบบหนึ่ง และมีหน้าที่ในการแปลงนโยบายที่เป็นนามธรรมไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิดความสำเร็จขึ้นและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการบริหารงานและยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน ซึ่งได้ดำเนินตามแผนพัฒนาสี่ปี พ.ศ. 2561-2564 โดยใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งยุทธศาสตร์การพัฒนาประกอบไปด้วย 7 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน/ สาธารณูปโภค
2. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมวัฒนธรรมและการท่องเที่ยวที่ยั่งยืน
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาเกษตร/ อุตสาหกรรมให้ได้มาตรฐาน
4. ยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิตคู่เศรษฐกิจพอเพียง
5. ยุทธศาสตร์การอนุรักษ์/ ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมและพลังงาน
6. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
7. ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ซึ่งเทศบาลตำบลบางละมุงได้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาสี่ปี พ.ศ. 2561-2564 โดยใช้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตคู่เศรษฐกิจพอเพียง โดยการส่งเสริมป้องกันและพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุตาม เทศบาลตำบลบางละมุง (2561) ได้แก่

1. โครงการพัฒนาสุขภาพคนเมือง
2. โครงการพัฒนาศักยภาพและศึกษาคูงานของกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
3. โครงการเปี่ยมสุข
4. โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลบางละมุง จังหวัดชลบุรี
5. โครงการพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุข

6. โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

7. การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และการมีชมรมอาสาสมัครด้านสาธารณสุข

ดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ารัฐมีการติดตามสถานการณ์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องแล้วมีการนำข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการกำหนดกำหนดนโยบายและแผนที่จะรองรับสังคมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและก็ได้ได้รับการพัฒนาทุกช่วงวัยให้สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตของประเทศมีหลักประกันที่มั่นคงพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีการจัดสวัสดิการอย่างยั่งยืนโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งชี้ให้เห็นว่ารัฐมีความตระหนักและให้ความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น ได้มีการพยายามดำเนินการในด้านต่าง ๆ เพื่อเตรียมประชากรและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุในทุกมิติ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งต่อความมั่นคงและการพัฒนาของประเทศ

สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศ

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปีของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556, หน้า 12-39) ซึ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ด้านประชากร

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร โครงสร้างทางอายุของประชากรแสดงด้วยสัดส่วนของประชากรในวัยต่าง ๆ เมื่อจำแนกประชากร ออกเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเห็นได้ว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2583 และที่น่าสังเกต คือ ในปี พ.ศ. 2560 จะเป็นปีที่คาดว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ

1.2 จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2583 พบว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนกล่าวคือสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ

12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุวัยปลายนี้ จะสะท้อนถึงการสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุ และนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เมื่อพิจารณาสัดส่วนเพศของประชากรสูงอายุ พบว่า ประชากรสูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนร้อยละ 55.1 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.8 ในปี พ.ศ. 2583 โดยเฉพาะประชากรสูงอายุ วัยปลายเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 21.3 ในปี พ.ศ. 2583 เนื่องจากเพศหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชายสำหรับแนวโน้มประชากรสูงอายุไทยจะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2553 มีประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจำนวน 3.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 39.7 เพิ่มขึ้นเป็น 11.6 ล้านคน หรือร้อยละ 59.8 ในปี พ.ศ. 2583 ทั้งนี้ เนื่องมาจากแนวโน้มการเติบโตของประชากรเมืองในประเทศไทยมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น

1.3 อัตราเพิ่มของประชากรรวมเปรียบเทียบกับประชากรวัยสูงอายุจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2583 ซึ่งให้เห็นว่า อัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวมมีแนวโน้มลดลงจนติดลบ โดยเริ่มติดลบในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2568-พ.ศ. 2573 เป็นต้นไป ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มประชากรรวมค่อนข้างมาก อันเป็นผลมาจากอัตราเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว

2. สถานการณ์ด้านสุขภาพ

2.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อายุ 60 ปี และอายุ 80 ปี

จากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งสามารถลดภาวะการตายของประชากรทุกกลุ่มได้ โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth-e0) หรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติแสดงให้เห็นได้ชัดว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรเพศหญิงจะเพิ่มจาก ประมาณ 78 ปี ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 82 ปี ในปี พ.ศ. 2583 ในขณะที่เพศชายจะเพิ่มจาก ประมาณ 71 ปี เป็น 77 ปี ในกลุ่มประชากรสูงอายุ ภาวะการณ้ตายจะลดลงเป็นลำดับเช่นกัน ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีอายุยืนยาวขึ้นเมื่อพิจารณาจำนวนปีที่จะมีชีวิตต่อไปได้เมื่ออายุ 60 ปี (อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี) และอายุ 80 ปี (อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 80 ปี) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปีของเพศหญิงเพิ่มจาก 23 ปี ในปี พ.ศ. 2553 เป็นประมาณ 26 ปี ในปีพ.ศ. 2583 และอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 80 ปีของเพศหญิงเพิ่มจาก 9 ปี ในปี พ.ศ. 2553 เป็นประมาณ 10 ปี ในปี พ.ศ. 2583 ส่วนเพศชายจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี เพิ่มจาก 20 ปี เป็นประมาณ 23 ปีและอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 80 ปี เพิ่มจาก 8 ปี เป็นประมาณ 9 ปี ในช่วงเวลาเดียวกันเมื่อพิจารณาระหว่างเพศ

พบว่า เพศหญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี และ 80 ปี สูงกว่าเพศชายแต่ความแตกต่างระหว่างเพศจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น

2.2 ภาวะสุขภาพที่ประเมินโดยตนเองของประชากรสูงอายุ

ภาวะสุขภาพที่ได้จากการประเมิน โดยตนเองเป็นอีกหนึ่งดัชนีที่ใช้กันแพร่หลายในการวัดสุขภาพโดยรวม ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปี ที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดี หรือดีมาก ปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัยซึ่งพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากลดลง ทั้งในเขตเมือง และในเขตชนบท นอกจากนี้ร้อยละที่มีสุขภาพดีหรือดีมากนั้นยังผันแปรกับอายุ และเพศ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีร้อยละที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยและผู้สูงอายุหญิงมีส่วนที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุชายสัดส่วนประชากรสูงอายุที่ประเมินว่ามีสุขภาพดี จำแนกตามจังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 เป็นที่น่าสนใจว่าจังหวัดชุมพร และระนอง มีร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากสูงถึงกว่าร้อยละ 60 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

2.3 ปัญหาสุขภาพในประชากรสูงอายุ

ปัญหาด้านการมองเห็นเป็นอีกปัญหาที่สำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม จากข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 47.4 ของผู้สูงอายุรายงานว่ามีปัญหาด้านการมองเห็น ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 เล็กน้อย โดยปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มประสบปัญหาดังกล่าวมากกว่าเพศชาย และผู้ที่อาศัยในเขตเมือง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหา มากกว่าในเขตชนบท อีกปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบคือ ปัญหาด้านการได้ยิน พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 ประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุประสบปัญหาดังกล่าว และปัญหาดังกล่าวแทบจะไม่เปลี่ยนแปลงจากผลการสำรวจในรอบก่อน โดยปัญหาการได้ยินจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และเพศหญิงจะประสบปัญหามากกว่าเพศชาย รวมทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทจะมีปัญหาสูงกว่าในเขตเมืองปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและอาจนำไปสู่ความพิการได้คือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มนี้ เกิดจากทั้งสภาพร่างกาย และศักยภาพในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ถดถอยตามอายุ และสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2554 พบว่า สัดส่วนการพลัดตกหกล้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 10.3 เหลือเพียง ร้อยละ 8.6 เมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากรจะพบว่า การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะมีการหกล้มมากกว่าในเขตชนบท อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2550 กับ 2554 มีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่ม

ประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุหญิง แม้ว่าแนวโน้มการหกล้มจะลดลง แต่ก็ควรจะลดประเด็นปัญหานี้ให้เหลือน้อยที่สุด ดังนั้น จึงควรเร่งส่งเสริมให้มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้าน และนอกบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระบบการขับถ่ายเป็นอีกปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ ปัญหาการกลืนอาหารจะไม่ได้ เป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

2.4 สุขภาพจิตของประชากรสูงอายุ

ในการวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น นอกจากสุขภาพทางกายแล้ว สุขภาพทางใจ สุขภาพจิตก็เป็นมิติที่ควรให้ความสำคัญเช่นกัน จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ได้มีการวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีคะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 32.0 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสุขภาพจิตของคนไทยทั่ว ๆ ไป (ค่ามาตรฐาน คือ 27.0-34.0 คะแนน) โดยผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (คะแนน 32.5 และ 31.6 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุวัยปลายและผู้สูงอายุวัยกลาง (คะแนน 32.2 31.7 และ 31.7 ตามลำดับ)

2.5 ดัชนีความสุข

เมื่อวัดความสุขของผู้สูงอายุจากการให้ประเมินว่า ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด โดยประเมินจากคะแนน 0-10 คะแนน พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุไทยมีความสุขโดยเฉลี่ย 7.4 คะแนน โดยความสุขมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตามอายุที่เพิ่มขึ้น และที่เห็นได้ค่อนข้างชัด คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่อยู่ในชนบทมีแนวโน้มที่จะมีความสุขน้อยกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ

3. สถานการณ์ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

3.1 สถานภาพสมรส

เป็นที่ทราบกันดีว่า สถานภาพสมรสนั้นเป็นลักษณะที่มีความสำคัญต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส มีแนวโน้มที่จะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพสมรสอื่น ๆ ได้แก่ โสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ แสดงว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 ที่มีคู่สมรส และประมาณร้อยละ 29 เป็นหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เคยสมรส และหย่าหรือแยกกันอยู่นั้นมีน้อย มีเพียงประมาณร้อยละ 4 และร้อยละ 1.7 เท่านั้น ที่เห็นได้ชัดคือสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุหญิงจะมีสัดส่วนผู้ที่เป็นหม้าย โสด หย่าหรือแยกสูงกว่า

ผู้สูงอายุชายอย่างชัดเจน ในขณะที่ผู้สูงอายุชายกว่าร้อยละ 80 ยังเป็นผู้ที่มีคู่สมรส เมื่อพิจารณาความแตกต่างด้านสถานภาพสมรสระหว่างผู้สูงอายุในเมืองและชนบท พบว่าผู้สูงอายุในเมืองมีสัดส่วนผู้เป็นโสด ห่าแยกสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสในปี พ.ศ. 2554 สูงกว่าปี พ.ศ. 2550 ในทุกกลุ่มอายุและทั้งเพศชายและหญิง ยกเว้นผู้สูงอายุชายอายุระหว่าง 60-69 ปี และเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2554 กับ พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุหญิงยังคงมีสัดส่วนผู้ที่มีคู่สมรสน้อยกว่าผู้สูงอายุชายอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างระหว่างเพศมากที่สุดความแตกต่างในภาวะการสมรสที่น่าจะเนื่องมาจากค่านิยมที่ชายไทยมักแต่งงานกับผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่าและนิยมสมรสใหม่หากคู่สมรสเสียชีวิต จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่เป็นโสดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) และที่เห็นได้ชัด คือ ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโสดมากกว่าเพศชาย การเป็นโสดเพิ่มขึ้นนี้ย่อมหมายความว่า ประชากรกลุ่มนี้จะไม่มีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรสหรือ บุตรในยามบั้นปลายของชีวิต

3.2 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีแนวโน้มที่จะมีบุตรที่ยังมีชีวิตจำนวนน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) สะท้อนถึงการลดลงของระดับการเจริญพันธุ์ ที่ผ่านมา และผู้สูงอายุในเขตเมืองในทุกกลุ่มอายุมีบุตรน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุมีบุตรน้อยลงเป็นลำดับ ตามแนวโน้มการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์น่าจะส่งผลให้จำนวนบุตรที่จะให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในอนาคตยังคงลดลง การหวังพึ่งบุตรเป็นหลักในยามสูงอายุในอนาคตน่าจะเป็นไปได้ยากขึ้น

3.3 ทุนมนุษย์

การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ทั้งทางสุขภาพและสังคม ตลอดจนเพิ่มโอกาสในการหางานหารายได้ในช่วงสูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า มีเพียงประมาณ 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และแนวโน้มในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อพิจารณาตามลักษณะทางประชากรในทั้งสองการสำรวจ พบว่า ระดับการศึกษาแปรผกผันกับอายุ ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่จะได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษา ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาแยกตามรายจังหวัด ในปี

พ.ศ. 2554 พบว่ากรุงเทพมหานครและนนทบุรีมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 30 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเกือบ 3 เท่า การที่ผู้สูงอายุไทยมีทุนมนุษย์ในด้านการศึกษาค่อนข้างน้อย น่าจะเป็นปัจจัยที่จำกัดโอกาสในการทางานเชิงเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการและสวัสดิการต่าง ๆ

3.4 การอยู่อาศัยของประชากรสูงอายุ

ลักษณะการอยู่อาศัยส่งผลต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการเกื้อหนุนจากบุตร จากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 สะท้อนให้เห็นว่า ขนาดครัวเรือนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย จาก 3.75 คน เหลือ 3.63 คน และการลดลงของขนาดครัวเรือนปรากฏทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อจำแนกตามการอยู่อาศัยว่าผู้สูงอายุอยู่กับใคร จะพบแนวโน้มที่ชัดเจนคือ การอยู่อาศัยกับบุตรลดลง และการอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวปรากฏทั้งในเมืองและชนบท อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบทยังคงอยู่ คือ ผู้สูงอายุในชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่อาศัยกับบุตรน้อยกว่าในเมือง ในขณะที่มีสัดส่วนผู้ที่อยู่คนเดียว อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสสูงกว่า สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงเป็นลำดับ รวมทั้งการย้ายถิ่นของบุตรในวัยแรงงาน โดยเฉพาะในเขตชนบท

3.5 การทำงานในเชิงเศรษฐกิจ

แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และความแข็งแรงของร่างกาย และประชากรไทยส่วนใหญ่จะออกจากงานหรือหยุดทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจเมื่อมีอายุราว 60 ปี ผลจากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 พบว่า การทำงานเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งวัดจากการทำงานในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ผู้สูงอายุไทยประมาณ 1 ใน 3 ของทั้งหมด ยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจ โดยในปี พ.ศ. 2554 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งพบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายมีแนวโน้มจะทำงานมากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแนวโน้มจะทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง สามารถแสดงสัดส่วนประชากรสูงอายุที่ทำงานใน ปี พ.ศ. 2554 จำแนกตามจังหวัด พบว่า จังหวัด ศรีสะเกษ ลำพูน นครพนม ยโสธร และนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุที่ทำงานมากกว่าร้อยละ โดยเฉพาะจังหวัด ศรีสะเกษ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 60

3.6 แหล่งหลักของรายได้

แม้ว่าผู้สูงอายุบางส่วนจะยังคงทำงาน แต่การทำงานเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของแหล่งรายได้ทั้งหมด จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่า แหล่งหลักของรายได้ของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือบุตร (ร้อยละ 40.1) การทำงาน (ร้อยละ 35.1) และเบี้ยยังชีพจากทางราชการ (ร้อยละ 11.4) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2550 พบว่า แหล่งหลักของรายได้ของผู้สูงอายุ 2 อันดับแรกยังคงเป็นบุตร (ร้อยละ 52.3) และการทำงาน (ร้อยละ 28.9) แต่สัดส่วนก็แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ อันดับที่ 3 เป็นรายได้จากคู่สมรส (ร้อยละ 6.1) ในขณะที่เบี้ยยังชีพเป็นรายได้หลักเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ความแตกต่างในสัดส่วนของผู้สูงอายุ รายงานว่า รายได้หลักของตนเองคือ เบี้ยยังชีพจากทางราชการระหว่าง 2 ช่วงเวลา น่าจะมาจากการปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายเบี้ยยังชีพ ที่ทำให้ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มจากร้อยละ 3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 81.4 จากประชากรสูงอายุทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2554 ร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานแหล่งหลักของรายได้แปรผันตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัยในปี พ.ศ. 2554 มีร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานว่าการทำงานและคู่สมรส เป็นแหล่งหลักของรายได้ลดลงตามอายุ ในขณะที่ร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานว่าบุตรและเบี้ยยังชีพจากทางราชการเป็นแหล่งหลักของรายได้เพิ่มขึ้นตามอายุ เช่นเดียวกันกับเพศมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากผู้สูงอายุชายประมาณร้อยละ 47 รายงานว่ารายได้จากการทำงานเป็นแหล่งหลักของรายได้ในขณะที่มีผู้สูงอายุหญิงเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น ที่รายงานว่าแหล่งหลักของรายได้นั้น คือ การทำงานสำหรับเขตที่อยู่อาศัยพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุในเขตเมืองที่รายงานว่าเงินบำนาญเงินบำนาญ และดอกเบี้ยเป็นแหล่งหลักของรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุในเขตชนบทที่รายงานว่าการทำงานเป็นแหล่งหลักของรายได้นั้นสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

3.7 การได้รับเบี้ยยังชีพ

ผลจากการเปลี่ยนรูปแบบการให้เบี้ยยังชีพจากการให้แต่เฉพาะผู้สูงอายุที่ยากไร้ขาดผู้ดูแล เป็นระบบหลักประกันรายได้ขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้สูงอายุที่ยังมิได้รับสวัสดิการอื่นใดจากรัฐ และมาขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ ส่งผลให้สัดส่วนของผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 24.4 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 81.4 ในปี พ.ศ. 2554 เมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากรสูงอายุ จะพบว่า การได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่ได้รับเบี้ยยังชีพสูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในเขตชนบท มีสัดส่วนผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพสูงกว่าเขตเมือง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแนวโน้มตามเวลา จะพบว่าในปี พ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท มีแนวโน้มที่ได้รับเบี้ยยังชีพในสัดส่วนที่สูงขึ้นกว่าใน

ปี พ.ศ. 2550 และที่เห็นได้ชัด คือ ผู้สูงอายุในเขตเมืองในปี พ.ศ. 2554 ได้รับเบี้ยยังชีพในสัดส่วนที่มากขึ้นกว่า

ปี พ.ศ. 2550 ถึงกว่า 5 เท่า หากพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป มี 15 จังหวัด โดย 3 จังหวัดแรกที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพสูงสุด ได้แก่ จังหวัดยโสธร ชัยภูมิ และอุทัยธานี ตามลำดับ

3.8 การมีส่วนร่วมทำประโยชน์ของประชากรสูงอายุ

3.8.1 บทบาทในครอบครัว

แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีบทบาทในเชิงเศรษฐกิจไม่มากนัก แต่ผู้สูงอายุยังมีบทบาทอย่างสำคัญในครอบครัว โดยการช่วยแบ่งเบาภาระ และทำให้ประชากรในวัยแรงงานสามารถทำงานเชิงเศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีบทบาทในการช่วยครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ซื่ออาหารหรือทำอาหาร โดยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 80 ปี ยังคงมีบทบาทสำคัญในการทำงานบ้าน และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป แม้จะทำงานบ้านลดลงมากแต่กว่าร้อยละ 70 ยังคงช่วยเหลือบ้านได้ เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีบทบาทในงานบ้านมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากค่านิยมในสังคม รวมทั้งผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มที่จะยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจมากกว่าเพศหญิงอย่างไรก็ตาม พบว่า บทบาทของผู้สูงอายุในการทำงานบ้านแทบจะไม่มี ความแตกต่างตามเขตที่อยู่อาศัย กล่าวคือ ไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือชนบท ผู้สูงอายุมีสัดส่วน ในการทำงานบ้านประเภทต่าง ๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

3.8.2 การมีส่วนร่วมในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เป็นการสะท้อนถึงศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นชายหรือหญิงยังคงเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ นั้น มีผู้สูงอายุเข้าร่วมในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย โดยกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมมากที่สุดคือ กลุ่ม ฅาปนกิจสงเคราะห์ (ร้อยละ 32.4) ตามด้วยกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 26.1) และกลุ่มอาชีพและกลุ่มสหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ ซึ่งมีสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 11.2) เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ ส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) จะเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาระหว่างเพศกลับเห็นว่า ไม่มี ความแตกต่างทางด้านเพศอย่างชัดเจน ในขณะที่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้มีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งจะพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองอย่างเห็นได้ชัด

ซึ่งเนื่องมาจากลักษณะทางพื้นที่วิถีชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ที่อาศัยในเขตชนบทนั้น เอื้อต่อการรวมกลุ่มและจัดกิจกรรมได้มากกว่าเขตเมือง

จากข้อมูลสถานการณ์รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปีของประเทศไทย พ.ศ. 2555 สามารถสรุปได้ว่า ข้อมูลสถานการณ์ทางประชากรจากแหล่งต่าง ๆ แสดงให้เห็นตรงกันว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัย และสถานการณ์ทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ก็ยังคงมีการศึกษาค่อนข้างน้อย การที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาน้อยอาจจะเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล บริการด้านสุขภาพและสังคม การที่จะหวังพึ่งพามูลค่าในครอบครัวให้การเกื้อหนุนเมื่อสูงอายุน่าจะเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น ส่วนในด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการที่รัฐบาลมีการติดตามสถานการณ์ผู้สูงอายุในแต่ละด้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรชร โวทวี (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอ บางแพ จังหวัดราชบุรี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบ 1) ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรีที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน และ 3) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี จำนวน 378 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนผลการวิเคราะห์ 1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ อยู่ในระดับมาก แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะการเป็นชมรมผู้สูงอายุ รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาและการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 3.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 4) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของ

ผู้สูงอายุได้ร้อยละ 25.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 5) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 6) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความตึงเครียดของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 7) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อังชัน จิงสกุลวัฒนา (2550) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโตนด อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี การศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโตนด จำนวน 123 คน ผลการศึกษาสรุปผลได้ดังนี้ 1) ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท้อเป็นเพศหญิง 65.04%, มีอายุเฉลี่ย 79.9 ปี, 66.67% ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีคู่สมรส ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท้อ (86.99%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา, 60.98 % ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ, 68.85% ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท้อ (97.56%) อยู่กับคู่สมรสและลูกหลานและ 51.22% เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม 2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุและ 4) เพื่อทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร จำนวน 362 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพื้นฐาน

การทดสอบ t การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยราย
คู่ และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรที่ละชั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วย
โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแล
สุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ.01

3. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการ
ดูแล
สุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

5. การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแล
สุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน
ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปาณิสดา คีใหม่ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซางจังหวัดลำพูน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผล
ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิก
ชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคาตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม
ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล
แบบสัมภาษณ์ปัจจัยอิทธิพลด้านสถานการณ์และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยอิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อการปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ประชากรมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปณัฏฐ หาระบุตร (2552) ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 347 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ซึ่งอาศัยในอำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวทั้ง 4 ปัจจัยเป็นอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามลำดับ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว โดยทั้ง 4 ด้าน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 45.6

สุขเกษม ร่วมสุข (2553) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น ผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับปัจจัยร่วม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .95 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 9 ด้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ อยู่ในระดับดี
 2. ปัจจัยร่วม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส
 3. ปัจจัยสนับสนุน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน
 4. ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ 13 ตัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง .002-1.000 (ไม่คิดเครื่องหมาย)
 5. ตัวแปรอิสระที่ดีที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ มี 4 ตัวแปร คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน อายุ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรทั้งสี่ตัวรวมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ร้อยละ 39.40
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ และ เสนอแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย จำนวน 400 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า การร่วมกิจกรรมทางสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และการชี้แนะตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้การดูแลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ซึ่งพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย เมื่อจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สภาพการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทในการชุมชนมีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการร่วมกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการศึกษาและพัฒนาสังคม และศาสนา ความเชื่อทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการดูแลรักษาบาดแผล และด้านการดูแลรักษาโรคติดเชื้อ ความรู้การดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการป้องกันโรคและการรับประทานอาหารความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านป้องกันโรค และด้านการรับประทานอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว ด้านสิ่งของและบริการจากรัฐ

และด้านบริการจากครอบครัว ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการป้องกันโรค การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่ให้ข้อมูลสุขภาพและศาสนาและการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่ให้ข้อมูลการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนการชี้นำตนเอง มีองค์ประกอบเดียวแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลการวิจัยโดยปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การชี้นำตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลทางลบและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น และความรู้การดูแลสุขภาพ

ธรรมพร บัวเพ็ชร์ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราชวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 362 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายได้พบว่า พฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต พฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับดีมี 5 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบริหารจัดการการชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี การรับรู้ผลการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ยกเว้นในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพคือ การบริหารจัดการการชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ผลการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและเพศ หญิง ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพได้ร้อยละ 24.3 ($P < 0.5$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพ

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 227 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรใช้ค่าการทดสอบที

และใช้สถิติ โดยเปรียบเทียบรายคู่โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามจะเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ได้รับจากสวัสดิการ จากรัฐ มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีสัดส่วนผู้มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวใกล้เคียงกัน โดยพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่ำที่สุด และ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และภาวะการณมีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุปราณี จินาสวัสดิ์ (2559) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลพฤติกรรมสุขภาพและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 379 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 999 บาทต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้รับจากสวัสดิการจากรัฐ มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.69 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.34 ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 69.66 ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.36 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน

มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย
พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ
0.05 ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรม
สุขภาพด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายได้ ที่แตกต่าง
กัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 การมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรม
สุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้าน
การปฏิบัติตน ในภาวะเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 1,072 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2559)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยใช้สูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1973) คือ

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = จำนวนตัวอย่าง หรือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนหน่วยทั้งหมด หรือขนาดประชากรทั้งหมด

e = ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม กำหนดให้

คลาดเคลื่อนได้ 0.05% ภายใต้ความเชื่อมั่น 95% จึงแทนค่าสูตรได้ดังนี้

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{1,072}{1+(1,072 \times 0.05^2)}$$

$$n = 291.30$$

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 291 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Saturated random sampling) ซึ่งกำหนดระหว่างชั้น (Strata) แบ่งตามช่วงอายุ ดังนี้

ตารางที่ 1 กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามช่วงอายุ

กลุ่มอายุ	ประชากร						กลุ่มตัวอย่าง		
	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม
61-70	266	24.81	338	31.53	604	56.34	72	92	164
71-80	133	12.40	202	18.84	335	31.24	36	55	91
81 ขึ้นไป	47	4.38	86	8.02	133	12.4	13	23	36
รวม	451	41.59	629	58.39	1072	100	121	170	291

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

- 3 หมายถึง จริง
- 2 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 1 หมายถึง ไม่จริง

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สูตรภาคชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}}$$

$$\frac{3-1}{3} = .66$$

การแปลความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานมาก

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

3 หมายถึง จริง

2 หมายถึง ไม่แน่ใจ

1 หมายถึง ไม่จริง

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สูตรภาคชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}}$$

$$\frac{3-1}{3} = .66$$

การแปลความหมายเกี่ยวกับการแรงสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ จำแนกเป็นพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Walker et al. (1988) ดังนี้

1. การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ
2. การรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ
3. การจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ
4. การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน
- 4 หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบางวัน (1-2 วัน/ สัปดาห์)
- 2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ
- 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การแปลผลให้คะแนนลักษณะคำตอบของข้อความที่แสดงเกี่ยวกับที่แสดงถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สูตรภาคพื้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}}$$

$$\frac{5-1}{5} = .80$$

การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

- | | |
|---------------------|---|
| ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 | หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีเลย |
| ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 | หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี |
| ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 | หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี |
| ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 | หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี |
| ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 | หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก |

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้องในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในหน่วยงานต่าง ๆ
2. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ใน 4 ด้าน และตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามว่า ครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่ จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงตาม คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา
3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ
 - 3.1 ดร.สมคนย์ เกษมสำราญ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลบางละมุง
 - 3.2 นางนภภรณ์ ศรีไทย ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน เทศบาลตำบลบางละมุง
 - 3.3 อาจารย์ ดร.อุษณากร ทาวะรัมย์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่เทศบาลเมืองพัทยาจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้
 - แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นกับ .726
 - แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุค่าความเชื่อมั่นกับ .740
 - แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุค่าความเชื่อมั่นกับ .718

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ดำเนินการแจกแบบสอบถาม แก่ประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 291 คน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 291 ชุด ตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของคำตอบในแบบสอบถาม หากพบข้อผิดพลาด ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้ตอบแบบสอบถามแก้ไขทันที

4. เมื่อรวบรวมแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสคำตอบของแบบสอบถาม (Coding) เพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis with dummy variable) ประกอบการนำเสนอตาราง โดยมีรายละเอียดดังนี้ตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้วิเคราะห์ดังแสดงในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 รายละเอียดของตัวแปรสำหรับสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ

ตัวแปร	ระดับการวัด	คุณลักษณะ
ตัวแปรตาม: พฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี	Interval scale	พิจารณาจากค่าพฤติกรรมสุขภาพที่ เกิดจากการคำนวณจากแบบสอบถาม วัดพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ โดยมีพิสัยของระดับคะแนนอยู่ที่ ระหว่าง 1 คะแนน (มีพฤติกรรม สุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด) และ 5 คะแนน (มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับมากที่สุด)
ตัวแปรอิสระ:		
1. เพศ (เพศหญิง เป็น กลุ่มอ้างอิง) ชาย = 1, หญิง = 0	Nominal scale	-แบ่งเพศของประชากรออกเป็น 1) ชาย และ 0) หญิง
2. อายุ	Ratio scale	อายุของประชากรเป็นอายุเต็มปี
3. ระดับการศึกษา (กำหนดให้ไม่ได้รับ การศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง) ประถมศึกษา/ เทียบเท่า = 1, อื่น ๆ = 0 มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป = 1, อื่น ๆ = 0	Ordinal scale	-แบ่งระดับการศึกษาของประชากร ออกเป็น 1) ไม่ได้รับการศึกษา (กำหนดเป็น กลุ่มอ้างอิง) 2) ประถมศึกษา/ เทียบเท่า 3) มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัด	คุณลักษณะ
4. สถานภาพการสมรส (กำหนดให้ หม้าย/หย่า/ แยก เป็นกลุ่มอ้างอิง) สมรส = 1, อื่น ๆ = 0 โสด = 1, อื่น ๆ = 0	Nominal scale	แบ่งสถานภาพการสมรสของ ประชากรออกเป็น 1) หม้าย/ หย่า/ แยก (กำหนดเป็นกลุ่มอ้างอิง) 2) สมรส 3) โสด
5. รายได้ต่อเดือน (กำหนดให้ไม่เกิน 5,000 บาท/ เดือนเป็นกลุ่มอ้างอิง) ตั้งแต่ 5,001บาท/ เดือน ถึง 10,000 บาท/ เดือน = 1, อื่น ๆ = 0 ตั้งแต่ 10,001บาท/ เดือนขึ้นไป	Ordinal scale	แบ่งรายได้ต่อเดือนของประชากร ออกเป็น 1) ไม่เกิน 5,000 บาท/ เดือน (กำหนด เป็นกลุ่มอ้างอิง) 2) ตั้งแต่ 5,001บาท/ เดือน ถึง 10,000 บาท/ เดือน 3) ตั้งแต่ 10,001บาท/ เดือน ขึ้นไป
6. ที่มาของรายได้ การประกอบอาชีพ ด้วยตนเอง = 1, ไม่ใช่ = 0 บุตร/ ญาติ = 1, ไม่ใช่ = 0 เงินสงเคราะห์/ การช่วยเหลือ จาก หน่วยงาน = 1, ไม่ใช่ = 0 เงินเก็บสะสม/ เงินออม = 1, ไม่ใช่ = 0	Ratio scale	จำนวนแหล่งที่มาของรายได้ของ ประชากร 1) 1 แหล่ง 2) 2 แหล่ง 3) 3 แหล่ง 4) 4 แหล่ง
7. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (เป็น สมาชิกเป็นกลุ่มอ้างอิง) ไม่เป็นสมาชิก = 1 เป็นสมาชิก = 0	Nominal scale	แบ่งการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ของประชากรออกเป็น 1) เป็น สมาชิก (กำหนดเป็นกลุ่มอ้างอิง) 2) ไม่เป็นสมาชิก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัด	คุณลักษณะ
8. โรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มอ้างอิง) มีโรคประจำตัว = 1 ไม่มีโรคประจำตัว = 0	Nominal scale	แบ่งโรคประจำตัวของประชากร ออกเป็น กลุ่มอ้างอิง 2) มีโรคประจำตัว 1) ไม่มีโรคประจำตัว (กำหนดเป็น
9. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	Interval scale	พิจารณาจากค่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่เกิดจากการคำนวณจาก แบบสอบถามวัดการรับรู้ภาวะ สุขภาพ จำนวน 7 ข้อ โดยมีพิสัยของ ระดับคะแนนอยู่ที่ระหว่าง 1 คะแนน (มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับ น้อย) และ 3 คะแนน (มีการรับรู้ภาวะ สุขภาพในระดับมาก)
10. แรงสนับสนุนทางสังคม	Interval scale	พิจารณาจากค่าแรงสนับสนุนทาง สังคมที่เกิดจากการคำนวณจาก แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทาง สังคม จำนวน 8 ข้อ โดยมีพิสัยของ ระดับคะแนนอยู่ที่ระหว่าง 1 คะแนน (มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับ น้อย) และ 3 คะแนน (มีแรง สนับสนุนทางสังคมในระดับมาก)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 291 คน โดยจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบล
บางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	41.58
หญิง	170	58.42
อายุ		
(ค่าเฉลี่ย = 70.74 ปี, ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน = 7.25, ต่ำสุด = 61 ปี, สูงสุด = 89 ปี)		
61-70 ปี	163	56.02
71-80 ปี	94	32.30
81 ปี ขึ้นไป	34	11.68
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	103	35.40
ประถมศึกษา/ เทียบเท่า	176	60.48
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	12	4.12
สถานภาพสมรส		
โสด	7	2.41
สมรส	223	76.63
หม้าย/ หย่า/ แยก	61	20.96
รายได้ต่อเดือน (โดยประมาณ)		
ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน	214	73.54
ตั้งแต่ 5,001บาท/เดือน ถึง 10,000 บาท/เดือน	63	21.65
ตั้งแต่ 10,001บาท/เดือน ขึ้นไป	14	4.81

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ที่มาของรายได้		
จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง	42	14.43
บุตร/ญาติ	210	72.16
เงินสงเคราะห์/ การช่วยเหลือ จากหน่วยงาน	291	100.00
เงินเก็บสะสม/ เงินออม	39	13.40
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน/ ตำบล		
เป็นสมาชิก	123	42.27
ไม่เป็นสมาชิก	168	57.73
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	137	47.08
มีโรคประจำตัว	154	52.92
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	103	35.40
โรคเบาหวาน	25	8.59
โรคเก๊าท์	9	3.09
โรคไขมันในเส้นเลือด	7	2.41
โรคหัวใจ	4	1.37
โรคไต	2	0.69
โรคข้อเสื่อม	2	0.69
โรคมะเร็งลำไส้	2	0.69
รวม	291	100.00

จากตารางที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอ
บางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น
ร้อยละ 58.42 โดยมีอายุระหว่าง 61-70 ปี 71-80 ปีและ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.02, 32.30 และ
11.68 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา/ เทียบเท่า ร้อยละ 60.48 รองลงมาคือกลุ่ม
ที่ไม่ได้จบการศึกษา ร้อยละ 35.40 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 4.12 และ

มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส และร้อยละ 20.96 มีสถานภาพหม้าย/ หย่า/ แยก และส่วนใหญ่มีรายได้น้อยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 73.54 รองลงมา 5,001บาท/เดือน ถึง 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.65 โดยแหล่งที่มาของรายได้ทั้งหมดมาจากเงินสงเคราะห์/ การช่วยเหลือจากหน่วยงาน รองลงมาคือมาจากบุตร/ ญาติ ร้อยละ 72.16 และรายได้จากการประกอบอาชีพและเงินเก็บสะสม/ เงินออม คิดเป็นร้อยละ 14.43, 13.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน/ ตำบล คิดเป็นร้อยละ 57 โดยมี ผู้ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 52.92 และผู้มีโรคประจำตัวมีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 47.08 โดยพบว่า โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเก๊าท์ คิดเป็นร้อยละ 35.40, 8.59, 3.09 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น			\bar{X}	SD	ระดับ การรับรู้ ภาวะ สุขภาพ	อันดับ
	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง				
1. ที่ผ่านมามีความรู้ ภาวะสุขภาพของท่าน มากที่สุด	168 (57.73)	97 (33.33)	26 (9.93)	2.49	0.66	มาก	4
2. ท่านเปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพของท่าน ในปัจจุบันกับอดีตที่ ผ่านมาเป็นประจำ	157 (53.95)	108 (37.11)	26 (8.93)	2.45	0.65	มาก	5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น			\bar{X}	SD	ระดับ การรับรู้ ภาวะ สุขภาพ	อันดับ
	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง				
3. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	48 (16.49)	143 (49.14)	100 (34.36)	1.82	0.66	ปานกลาง	6
4. ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน	44 (15.12)	135 (46.39)	112 (38.49)	1.77	0.70	ปานกลาง	7
5. การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญของท่าน	192 (65.98)	96 (32.99)	3 (1.03)	2.65	0.50	มาก	3
6. การสังเกตอาการผิดปกติของตัวเองเป็นสิ่งที่ดี	232 (79.73)	57 (19.59)	2 (0.69)	2.79	0.42	มาก	1
7. เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	225 (77.32)	61 (20.96)	5 (1.72)	2.76	0.47	มาก	2
ภาพรวม				2.56	0.54	มาก	

จากตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.56$, $SD = 0.54$)

เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายข้อ พบว่า การสังเกตอาการผิดปกติของตัวเองเป็นสิ่งที่ดี เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.79$, $SD = 0.42$) รองลงมาคือ เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.76$, $SD = 0.47$)

และลำดับสุดท้ายคือ ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.77$, $SD = 0.70$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น			\bar{x}	SD	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	อันดับ
	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง				
1. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือสิ่งกังวลบุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาหรือแนะนำกับท่าน	208 (71.48)	70 (24.05)	13 (4.47)	2.67	0.56	มาก	4
2. เมื่อท่านไม่สบายบุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน	230 (79.04)	46 (15.81)	15 (5.15)	2.74	0.55	มาก	3
3. บุคคลในครอบครัวช่วยท่านในการไปรับ-ส่งตรวจตามนัดของแพทย์	192 (65.98)	43 (14.78)	56 (19.24)	2.47	0.80	มาก	6
4. เมื่อท่านไม่สบายไปพบแพทย์ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ท่าน	100 (34.36)	50 (17.18)	141 (48.45)	1.86	0.90	ปานกลาง	7

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แรงสนับสนุน ทางสังคม	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น			\bar{X}	SD	ระดับแรง สนับสนุน ทางสังคม	อันดับ
	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง				
5. ท่านได้รับของฝาก จากบุคคลใน ครอบครัวเสมอๆ	81 (27.84)	162 (55.67)	48 (16.49)	2.11	0.66	ปานกลาง	8
6. เมื่อท่านมีปัญหา เรื่องเงินบุคคลใน ครอบครัวช่วยท่านได้	175 (60.14)	100 (34.36)	16 (5.50)	2.55	0.60	มาก	5
7. บุคลากร สาธารณสุขได้ให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับ อาหารที่เหมาะสมแก่ วัยของท่าน	258 (88.66)	32 (11.00)	1 (0.34)	2.88	0.33	มาก	2
8. บุคลากร สาธารณสุขได้แนะนำ ให้ท่านมาตรวจ สุขภาพประจำปี หรือ มารับการตรวจคัด กรอง	282 (96.91)	9 (3.09)		2.97	0.17	มาก	1
				ภาพรวม	2.73	0.50	มาก

จากตารางที่ 5 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.73$, $SD = 0.50$)

เมื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขได้แนะนำให้ท่านมาตรวจสุขภาพประจำปี หรือมารับการตรวจคัดกรอง เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.97$, $SD = 0.17$) รองลงมาคือ บุคลากรสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่วัยของท่าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.88$, $SD = 0.33$) และลำดับสุดท้ายคือ เมื่อท่านไม่สบายไป

พบแพทย์ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ท่าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.86, SD = 0.90$) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291)

ด้านการรับประทานอาหาร	ระดับพฤติกรรม					\bar{x}	SD	ระดับพฤติกรรม	อันดับ
	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ปฏิบัติบางวัน (1-2 วัน/สัปดาห์)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย				
1. ท่านรับประทานอาหารผัก และผลไม้	110 (37.80)	169 (58.08)	11 (3.78)	1 (0.34)	0 (0.00)	4.33	0.57	ดีมาก	3
2. ท่านรับประทานอาหารเนื้อปลา ถั่ว นม	26 (8.93)	111 (38.14)	125 (42.96)	29 (9.97)	0 (0.00)	3.46	0.79	ดี	5
3. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่	83 (28.52)	172 (59.14)	36 (12.37)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.16	0.62	ดี	4
4. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	103 (35.40)	158 (54.30)	30 (10.31)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.28	0.63	ดีมาก	2
5. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	251 (86.25)	37 (12.71)	3 (1.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.85	0.38	ดีมาก	1
ภาพรวม						4.34	0.49	ดีมาก	

จากตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.34, SD = 0.49$)

เมื่อวิเคราะห์ด้านการรับประทานอาหารเป็นรายข้อ พบว่า ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.85$, $SD = 0.38$) รองลงมาคือ ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.28$, $S.D. = 0.63$) และลำดับสุดท้ายคือ ท่านรับประทานเนื้อปลา ถ้วนม ($\bar{x} = 3.46$, $S.D. = 0.79$) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291)

ด้านการออกกำลังกาย	ระดับพฤติกรรม					\bar{x}	SD	ระดับพฤติกรรม	อันดับ
	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ปฏิบัติบางวัน (1-2 วัน/สัปดาห์)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย				
1. ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาทีหรือมากกว่านั้น	10 (3.44)	39 (13.40)	142 (48.80)	84 (28.87)	16 (5.50)	2.80	0.86	ค่อนข้างดี	4
2. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า	13 (4.47)	79 (27.15)	146 (50.17)	51 (17.53)	2 (0.69)	3.17	0.79	ค่อนข้างดี	1
3. ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางใกล้ ๆ	7 (2.41)	54 (18.56)	128 (43.99)	91 (31.27)	11 (3.78)	2.85	0.85	ค่อนข้างดี	3
4. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้	30 (10.31)	58 (19.93)	90 (30.93)	103 (35.40)	10 (3.44)	2.98	1.05	ค่อนข้างดี	2
ภาพรวม						2.95	0.89	ค่อนข้างดี	

จากตารางที่ 7 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.95$, $SD = 0.89$)

เมื่อวิเคราะห์ด้านการออกกำลังกายเป็นรายข้อ พบว่า ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.17$, $SD = 0.79$) รองลงมาคือ ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้

อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.98$, $SD = 1.05$) และลำดับสุดท้ายคือ ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.80$, $SD = 0.86$) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291)

ด้านการจัดการ ความเครียด	ระดับพฤติกรรม					\bar{x}	SD	ระดับ พฤติกรรม	อันดับ
	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ เกือบทุก วัน	ปฏิบัติ บางวัน (1-2 วัน/ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย				
1. เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรม สร้างความเพลิดเพลิน เช่น การปลูกต้นไม้ ร้อง เพลง ฯลฯ	4 (1.37)	28 (9.62)	154 (52.92)	102 (35.05)	3 (1.03)	2.75	0.70	ค่อนข้างดี	3
2. เมื่อท่านต้องการ พักผ่อนหย่อนใจ ท่าน จะใช้วิธีการพูดคุยกับ บุคคลในบ้าน	22 (7.56)	86 (29.55)	122 (41.92)	55 (18.90)	6 (2.06)	3.22	0.91	ค่อนข้างดี	2
3. ท่านสวดมนต์ ไหว้ พระ และนั่งสมาธิ	35 (12.03)	109 (37.46)	88 (30.24)	53 (18.21)	6 (2.06)	3.39	0.98	ค่อนข้างดี	1
4. ในวันหยุด/ วัน สำคัญทาง พระพุทธศาสนา ท่าน จะมีกิจกรรมร่วมกับ ครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตรรับประทาน อาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว ฯลฯ	2 (0.69)	13 (4.47)	111 (38.14)	153 (52.58)	12 (4.12)	2.45	0.68	ไม่ดี	4
	ภาพรวม					2.93	0.83	ค่อนข้างดี	

จากตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.93$, $SD = 0.83$)

เมื่อวิเคราะห์ด้านการจัดการความเครียดเป็นรายข้อ พบว่า ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.39$, $SD = 0.98$) รองลงมาคือ เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.22$, $SD = 0.91$) และลำดับสุดท้ายคือ ในวันหยุด/ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตรรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว ฯลฯ อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 2.45$, $SD = 0.68$) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (n=291)

ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	ระดับพฤติกรรม					\bar{x}	SD	ระดับพฤติกรรม	อันดับ
	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ปฏิบัติบางวัน (1-2 วัน/สัปดาห์)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย				
1. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้มของโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	6 (2.06)	89 (3.58)	183 (62.89)	13 (4.47)	0 (0.00)	3.30	0.59	ดี	4
2. ท่านเตรียมยารับประทานเอง	29 (9.97)	179 (61.51)	80 (27.49)	3 (1.03)	0 (0.00)	3.80	0.62	ดี	1
3. เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที	18 (6.19)	132 (45.36)	137 (47.08)	4 (1.37)	0 (0.00)	3.56	0.63	ดี	2
4. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	15 (5.15)	103 (35.40)	150 (51.55)	19 (6.53)	4 (1.37)	3.36	0.74	ดี	3
	ภาพรวม					3.60	0.69	ดี	

จากตารางที่ 9 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.60$, $SD = 0.69$)

เมื่อวิเคราะห์ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยเป็นรายข้อ พบว่า ท่านเตรียมยารับประทานเอง เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.80$, $SD = 0.62$) รองลงมาคือ เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วยกะทันหันท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.56$, $SD = 0.63$) และลำดับสุดท้ายคือ ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้มของโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.59$) ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกรายด้าน (n=291)

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	\bar{x}	SD	ระดับพฤติกรรม	อันดับ
ด้านการรับประทานอาหาร	4.34	0.49	ดีมาก	1
ด้านการออกกำลังกาย	2.95	0.89	ค่อนข้างดี	3
ด้านการจัดการความเครียด	2.93	0.83	ค่อนข้างดี	4
ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	3.60	0.69	ดี	2
รวม	2.98	0.44	ค่อนข้างดี	

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำแนกรายด้านพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.98$, $SD = 0.44$)

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก เป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{x} = 4.34$, $SD = 0.49$) และรองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.60$, $SD = 0.69$) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.95$, $SD = 0.89$) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{x} = 2.93$, $SD = 0.83$) อยู่ในระดับค่อนข้างดี ตามลำดับ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ด้วยการใช้ Multiple regression analysis

ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	b	SEB	Beta	t	Sig.
เพศ (หญิง เป็น กลุ่มอ้างอิง)					
ชาย (Male)	-.120	.081	-.209	-6.571**	.000
อายุ (Age)	-.011	.002	-.277	-6.597**	.000
ระดับการศึกษา (ไม่ได้รับการศึกษา เป็น กลุ่มอ้างอิง)					
ประถมศึกษา/ เทียบเท่า (Edu2)	.013	.020	.023	.674	.501
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (Edu3)	.081	.047	.057	1.721	.086
สถานภาพสมรส(หม้าย/ หย่า/ แยก เป็น กลุ่มอ้างอิง)					
โสด (Status1)	.078	.058	.043	1.354	.177
สมรส (Status2)	-.010	.022	-.014	-.440	.660
รายได้ (ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน เป็น กลุ่มอ้างอิง)					
ตั้งแต่ 5,001 บาท/ เดือน ถึง 10,000 บาท/ เดือนขึ้นไป (Income2)	-.015	.025	-.021	-.589	.556
ตั้งแต่ 1,0001 บาท/ เดือน ขึ้นไป (Income3)	.083	.045	.063	1.853	.065
แหล่งที่มาของรายได้ (Sourceincome)	.008	.015	.019	.562	.575

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	b	SEB	Beta	t	Sig.
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (เป็นสมาชิก เป็น กลุ่มอ้างอิง)					
ไม่เป็นสมาชิก (Cmb1)	-.036	.018	-.063	-1.975*	.049
โรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัว เป็น กลุ่ม อ้างอิง)					
มีโรคประจำตัว (Congenital1)	.022	.020	.039	1.094	.275
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health perception)	.331	.023	.454	14.600**	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)	.379	.025	.495	15.258**	.000
Constant			2.041**		
R^2			.768		
F			70.452**		
SE est			.139		
Adjusted R Square			.757		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า

เมื่อกำหนดให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เป็นตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรอิสระ ทั้ง 10 ตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี คิดเป็นร้อยละ 76.8 (SE = .139) ดังแสดงในสมการถดถอยเชิงพหุดังนี้

Unstandardized Coefficient	เป็นค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระในรูปแบบคะแนนดิบหรือค่าจริง $\hat{y} = 2.041 - .120 * \text{Male} - .011 * \text{Age} + .013 * \text{Edu2} + .081 * \text{Edu3} + .078 * \text{status1} - .010 * \text{status2} - .015 * \text{Income2} + .083 * \text{Income3} + .008 * \text{Sourceincome} - .036 * \text{Cmb1} + .022 * \text{Congenital1} + .331 * \text{Health Perception} + .379 * \text{Social support}$
----------------------------	---

หรือ

Standardized Coefficient	เป็นค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระในรูปแบบคะแนนดิบหรือค่าจริง $\hat{z} = -.209 * \text{ZMale} - .277 * \text{ZAge} + .023 * \text{ZEdu2} + .057 * \text{ZEdu3} + .043 * \text{Zstatus1} - .014 * \text{Zstatus2} - .021 * \text{ZIncome2} + .063 * \text{ZIncome3} + .019 * \text{ZSourceincome} - .063 * \text{ZCmb1} + .039 * \text{ZCongenital1} + .454 * \text{ZHealth Per} + .495 * \text{ZSocial support}$
--------------------------	--

เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปรอิสระ พบว่า

เพศ ตัวแปรเพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อายุ ตัวแปรอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว อายุของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หากผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า

ระดับการศึกษา ตัวแปรระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

สถานภาพสมรส ตัวแปรสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

รายได้ ตัวแปรรายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว รายได้ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

แหล่งที่มาของรายได้ ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัวแปรการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โรคประจำตัว ตัวแปรโรคประจำตัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มี

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว แรงสนับสนุนทางสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หากผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 291 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าเฉลี่ย (Mean) และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุที่มีตัวแปรหุ่น (Multiple linear regression with dummy variables)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 291 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 61-70 ปี จบการศึกษาประถมศึกษา /เทียบเท่ามากที่สุด มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท โดยแหล่งที่มาของรายได้ทั้งหมดมาจากเงินสงเคราะห์/ การช่วยเหลือจากหน่วยงาน ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน/ตำบล โดยมีผู้มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนใกล้เคียงกัน พบว่า โรคประจำตัวตัวที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง
2. ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เป็นสิ่งที่อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และลำดับสุดท้ายคือ ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน
3. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า บุคลากรสาธารณสุขได้แนะนำให้ท่านมาตรวจสุขภาพประจำปี หรือมารับการตรวจคัดกรอง อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ

บุคลากรสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่วัยของท่าน และลำดับสุดท้ายคือ ท่านได้รับของฝากจากบุคคลในครอบครัวเสมอ ๆ

4. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบล บางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ด้านการออกกำลังกาย และลำดับสุดท้ายคือด้านการจัดการความเครียด เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า ท่านดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และลำดับสุดท้ายคือ ท่านรับประทานเนื้อ ปลา ถั่ว นม

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า ท่านบริหารกล้ามเนื้อ ด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือเกร็งข้อเท้า เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับค่อนข้างดี รองลงมาคือ ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ และลำดับสุดท้ายคือ ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาทีหรือมากกว่านั้น

ด้านการจัดการความเครียด พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับค่อนข้างดี รองลงมาคือ เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน และลำดับสุดท้ายคือ ในวันหยุด/ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตรรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว ฯลฯ

ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า ท่านเตรียมยา รับประทานเอง เป็นอันดับหนึ่ง อยู่ในระดับดี รองลงมาคือ เมื่อมีอาการผิดปกติ/ เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที และลำดับสุดท้ายคือ ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้มของโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

5. ปัจจัยที่มีผลต่อของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี พบว่า เมื่อกำหนดให้ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีเป็นตัวแปรตามพบว่า

เพศ ตัวแปรเพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อายุ ตัวแปรอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว อายุของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หากผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า

ระดับการศึกษา ตัวแปรระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

สถานภาพสมรส ตัวแปรสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

รายได้ ตัวแปรรายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล บางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมให้ปัจจัยคงที่แล้ว รายได้ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

แหล่งที่มาของรายได้ ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัวแปรการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โรคประจำตัว ตัวแปรโรคประจำตัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มี

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กล่าวคือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นคงที่แล้ว แรงสนับสนุนทางสังคม ที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หากผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า

อภิปรายผล

จากการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีและศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี

1. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งสอดคล้องกับ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 97) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุขเกษม ร่วมสุข (2553, หน้า 131) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านสามารถอภิปรายผลดังนี้

1.1 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Walker et al. (1988) ที่มีการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ วัทธิ (2548, หน้า 90) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 98) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเฮคฮูเมอร์ (Heckhumer 1989 อ้างถึงใน เพ็ญภา กาลญ โนภาส, 2541, หน้า 19) บอกว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คือการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ครั้งละ 20-30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 98) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุขเกษม ร่วมสุข (2553, หน้า 131) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี

1.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Lazarus and Folkman (1984, p. 34) การจัดการความเครียดว่าเป็นผลของการเปลี่ยนแปลง ความนึกคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อจะจัดการกับความเครียดจากภายในหรือภายนอก ร่างกาย กลวิธีในการจัดการความเครียดเป็นกระบวนการที่ใช้จัดการกับปัญหาและปรับ การตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อปัญหานั้นเพื่อ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและ นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 99) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยใน

เขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ธรรมพร บัวเพชร (2552, หน้า 57) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี

1.4 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Kleiman (1980) กล่าวว่า ซึ่งการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้นหรือเมื่อเกิดอาการผิดปกติเป็นสิ่งที่ควรกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สมดุล นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรชร โวทวี (2548, หน้า 90) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับดี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 99) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำเสนอการนำผลอภิปรายดังต่อไปนี้

2.1 เพศ พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และยอมรับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Orem (1980, p. 71 อ้างอิงใน นพรัตน์ หนูบ้านยาง, 2540, หน้า 64) กล่าวว่า เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่าง ทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนด บทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ผู้สูงอายุชายจะเป็นผู้ทำงานนอกบ้านออกสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ที่ต้องดูแลบ้าน ดังนั้น พฤติกรรมบางอย่างที่มีผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็น จึงให้เพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

2.2 อายุ ตัวแปรอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และยอมรับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และความรู้สึกลึกซึ้งคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วิถี ภาวะหรือความสามารถในการจัดการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพล ในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่ม ตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจจะลดลงในวัยสูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะมีผลต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของบุคคล ผู้สูงอายุ จะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุ มากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาตัวเองได้ น้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559, หน้า 69) ได้ศึกษาพฤติกรรม สุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน

2.3 ระดับการศึกษา ตัวแปรระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และไม่ยอมรับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลมีระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกันมาก คืออยู่ใน ระดับที่ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงระดับมัธยมตอนต้น อีกทั้งผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง ยังได้รับความรู้จากจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 100) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขต เทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน

2.4 สถานภาพสมรส ตัวแปรสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และไม่ยอมรับสมมติฐานการ วิจัย ทั้งนี้อาจเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง ทั้งที่ โสด สมรส และหม้าย/ หย่า/แยก ต่างมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย อยู่บ้านเรือนใกล้กัน มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน จึงมี ความผูกพันกัน มีความห่วงใยภายในสมาชิกครอบครัวกันคอยดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 100) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผล การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

2.5 รายได้ ตัวแปรรายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และไม่ยอมรับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็น เพราะมีบุตรหลานคอยดูแลทั้งเรื่องอาหาร สุขภาพ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพการเจ็บป่วย และ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีรายจ่าย รายได้จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557, หน้า 101) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

2.6 แหล่งที่มาของรายได้ ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และไม่ยอมรับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ แหล่งที่รายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินสงเคราะห์/ การช่วยเหลือจากหน่วยงานและจากบุตรหลานที่คอยดูแลทั้งเรื่องอาหาร สุขภาพแหล่งที่มาของรายได้จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอรชร โวทวี (2548, หน้า 127) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

2.7 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัวแปรการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และไม่ยอมรับสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหมู่บ้าน/ ตำบล มีความสำคัญอย่างมาก เพราะชมรมผู้สูงอายุ เป็นกลวิธีที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้อง การศึกษาของอรชร โวทวี (2548, หน้า 128) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

2.8 โรคประจำตัว ตัวแปรโรคประจำตัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และไม่ยอมรับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมาจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และอีกทั้งในปัจจุบันมีเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยมากขึ้นจึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองจากข้อมูลตามสื่อต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรชร โวทวี (2548, หน้า 128) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการมีโรคประจำตัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และยอมรับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุแม้ว่าจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ทั้งที่เป็นสื่อบุคคลและสื่อมวลชน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเหล่านี้ อาจขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด

ของ Mossey and Shapiro (1982 อ้างถึงใน สกฤตรัตน์ ศิริกุล 2543 ,หน้า 12) กล่าวว่าภาวะสุขภาพคือ ความสมดุลของร่างกาย จิตใจและสังคม เท่าที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในขณะนั้น ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ การจะเห็นว่าประสบการณ์ของความเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ผลการประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดีส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งสามารถวัดหรือสังเกตได้ ด้วยเหตุการณ์ประเมิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของอดดคลีงกับการศึกษาของการศึกษาของออร์ช วอทวี (2548, หน้า 140) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

2.10 แรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และยอมรับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ แรงสนับสนุนทางสังคมมีทั้งครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัวเป็นสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขก็จะต้องเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพเป็นหลักประกันให้กับผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีร่างกายสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของออร์ช วอทวี (2548, หน้า 140) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้ว โดยเรียงจากค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีในด้านการรับประทานอาหาร เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา คือด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ด้านการออกกำลังกายและลำดับสุดท้าย คือ ด้านการจัดการความเครียด เมื่อพิจารณาเฉพาะด้านการจัดการความเครียดพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ และเมื่อพิจารณาประเด็นในด้านการจัดการความเครียด พบว่า ในวันหยุด/ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร

รับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และจากผลการศึกษาปัจจัย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี พบว่า เพศ อายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดข้อเสนอเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เทศบาลตำบลบางละมุง ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณในการดำเนินการ ส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่กัน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จัดตั้งชมรมการฝึกอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เทศบาลตำบลบางละมุง ควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อดูแลผู้สูงอายุและ เจ้าหน้าที่ออกตรวจสุขภาพผู้สูงอายุและให้ความรู้พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติตนที่เหมาะสมให้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ควรให้การสนับสนุนหน่วยงานเพื่อกิจกรรมสันทนาการ แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่กัน เปิดสอนการให้ความรู้ด้านสุขภาพ บำบัดสภาพจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ซึ่งการทำกิจกรรมร่วมกันเน้น กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุทุกคน และประชาสัมพันธ์เรื่องการเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุให้ทราบอย่างทั่วถึง จัดตั้งชมรมการฝึกอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนมีการพูดคุยพบปะกันมากขึ้น
2. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ควรสนับสนุนบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรสาธารณสุข หรือครอบครัว ร่วมกันจัดตั้งศูนย์เพื่อดูแลผู้สูงอายุและมีเจ้าหน้าที่ออกตรวจ สุขภาพผู้สูงอายุและให้ความรู้พร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติตนที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เป็นประจำทุกเดือน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อหาแนวทาง ในการป้องกัน และแก้ไขกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรงและอายุยืน ยาว

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น และปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม การเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ปัญหาและความต้องการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป



บรรณานุกรม

- กมลวรรณ ชังศิริ. (2548). *ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2559). *ระบบสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุทางการทะเบียน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- กองสุศึกษา สุขบัญญัติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.sukabanyad/home/index.php>.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติ. (2528). *ผลาชีวะการรักษายาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). *ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย*. ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษาดูแลชีวิตและการพัฒนามนุษย์, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. ม.ป.ท.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2549). *สำรวจประชากรจำนวนผู้สูงอายุสถิติแห่งชาติ*. ม.ป.ท.
- จงจิตร เกลิงพงษ์. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จันทนา ทองชื่น. (2544). *ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (เล่มที่ 1)*. ม.ป.ท.
- จันทร์พลอย ดินสุขเศรษฐ์. (2541). *ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพย์กมล อิสลาม. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา*. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 8(1), 1-15*.

- เทศบาลตำบลบางละมุง. (2560). รายงานการติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาสี่ปี ประจำปีงบประมาณ (พ.ศ.2561-พ.ศ.2564). ชลบุรี: เทศบาลตำบลบางละมุง.
- ธรรมพร บัวเพ็ชร์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). งานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม. นครปฐม: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นฤภรณ์ ธิรภัทรพันธ์. (2545). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร
- นาคยา เวียงชัยพฤกษ์. (2544). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการคลายความเครียด ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลอดเลือดหัวใจตีบ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ. ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปณิดา ชะบำรุง. (2549). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.

- ปัทมสุ หาระบุตร. (2552). ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประนอม โอทกานันท์. (2537). การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ: งานวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2543). พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าฟ้าการพิมพ์.
- ประราตี โอภาสนันท์. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานิศา ดีใหม่. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซางจังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาหนัน บุญหลง. (2533). การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาล, 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2533), 4.
- พัชรี เขียวสะอาด. (2550). ปัญหาและความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารงานท้องถิ่น, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิรสิทธิ์ คำนวนศิลปี่, สินี กมลวาทิน และประสิทธิ์ รักไทยดี. (2553). ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- เพ็ญนภา กาญจนโณภาส. (2541). ประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล. (2542). สุขภาพผู้สูงอายุ. กำแพงเพชร: คณะวิทยาการจัดการและเทคโนโลยีสถาบันราชภัฏกำแพงเพชร.
- มัลลิกา มดีโก. (2530). “แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลตนเอง.” ในการดูแลตนเอง: ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม, กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553-2583. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วณิดา กองแก้ว. (2549). ลักษณะชีวิตสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรัญญา มุนินทร์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนในโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา การส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. (2541). การวางแผนและประเมินผลโครงการ ส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองการวิจัยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- ศิริพร ชัมภลจิต. (2533) การจัดประสบการณ์การเรียนการสอนในคลินิกเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. เอกสารรายงานการประชุมแห่งชาติ ครั้งที่ 8 วันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2530. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ศราวุธ ขงยุทธ. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สฤตรัตน์ ศิริกุล. (2543). การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ วี เจ ปริ้นซ์ตั้ง.

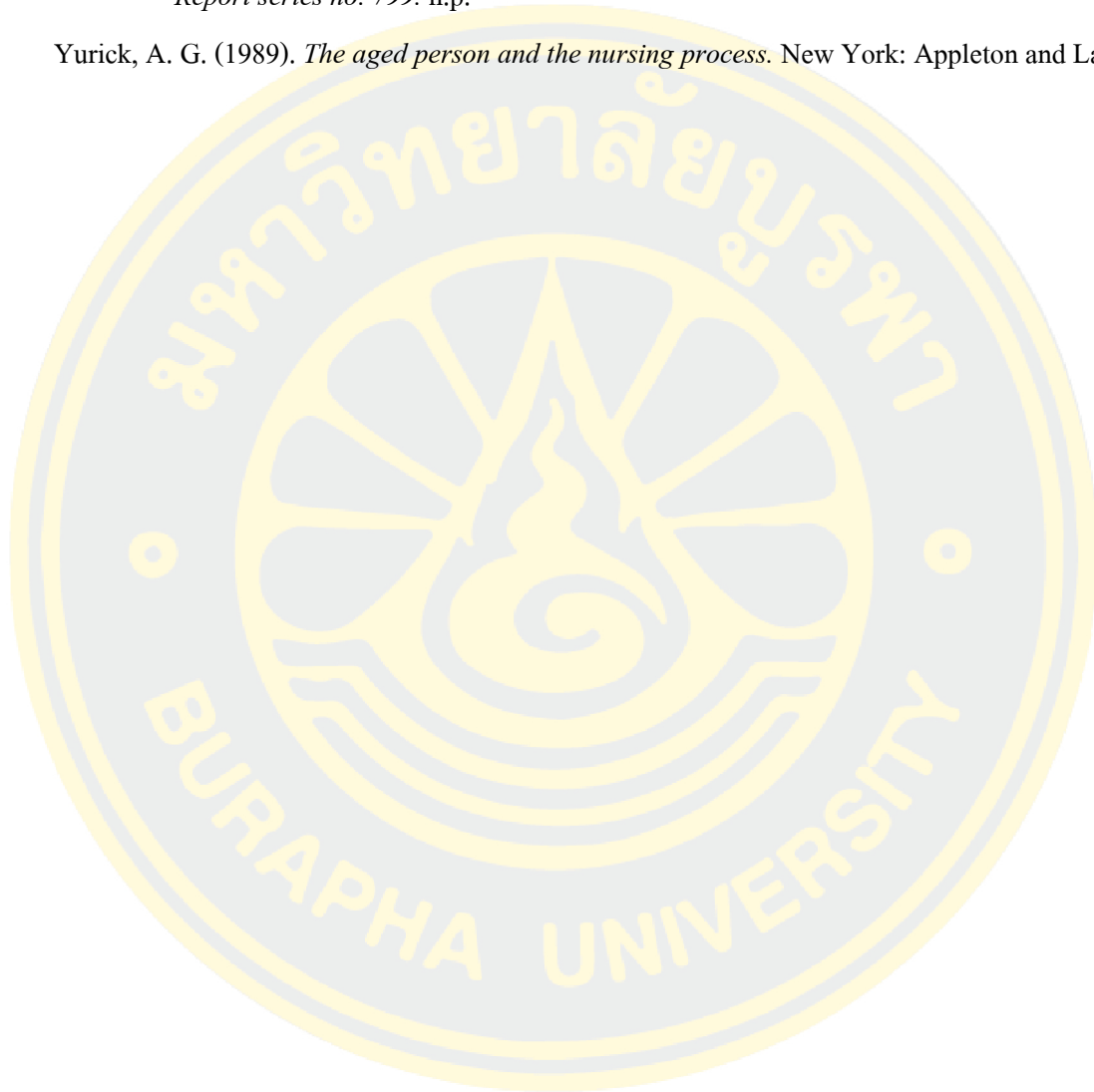
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2553). *เรื่อง (ร่าง) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง (ครั้งที่ 1). เข้าถึงได้จาก*
http://www.cabinet.soc.go.th/soc/Program2-3.jsp?top_serl=223528.
- สุขเกษม ร่วมสุข. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.*
- สุปानी จินาสวัสดิ์. (2559). *พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยพะเยา.*
- สุพรรณิ ชีระเจตกุล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สุวิชา จันทร์สุริยกุล. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). *อัตรามโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- โสภภาพรรณ รัตนัย. (2555). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: แสงดาว.*
- อรชร โวทวี. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแค จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์สาขาจิตวิทยาชุมชน, ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปกร.*
- อังชัน จิงสกุลวัฒนา. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล วังโตนด อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี. รายงานการศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- Cobb, S. (1976). *Social Support and health through the life course*. New York: Westriss press.

- Boddy, J. (1985). *Health: Perspectives and practices*. Palmerston north: Dunmore press.
- Brook, R. H., Ware, Jr. J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A.L. Donald, C. A. & Roger, W. H. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7), i-131
- Eliopoulos, C. (1995). *Manual of gerontological nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Esberger, K. K., & Hoghes, S. T. (1989). *Nursing care of the aged*. Norwalk: Appleton.
- Famer, E. R. (2544). *Stress management for human service*. San Francisco: Sage publication.
- Hanucharurnkul, S. (1984). *Social support, self-care and quality of life In Cancer Patients*. n.p.
- Hanlon, G., & J. Pickett. (1984). *Public health administration and practice*. n.p.
- Harris, D. M. & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17-29.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall,.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 11(January), 213-221.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Kozier, B., Erb, G. & Berman, A. J. (2000). *Fundamentals of nuresing concept process, and practice* (6th ed.). NJ: Upp Saddle River.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Miller, C. A. (1995). *Nursing care of older adult theory and practice*. Philladelphia: J.B. Lippinco
- Orem, D (1985). *Nursing concepts of Practice*. (3rd ed.). St. Louis: Mosby -Book.
- Pender, N. J. (1982). *Health promoting in nursing practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion Nursing Practice*. Appleton Century-Crofts. Norwalk.
- Schaefer, C. (1981). *The health-related function of social Support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York. Harper and Row Publications.

Walker, S. N, Vokan, K., Sechsist, K. R. & Pender, N. J. (1988). *The health promoting live styles of older adults*. n.p.

World Health Organization. (1989). *WHO Expert Committee health of the elderly who technical: Report series no. 799*. n.p.

Yurick, A. G. (1989). *The aged person and the nursing process*. New York: Appleton and Lange.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตารางที่ 12 กรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ของ Walker.et al. (1988)

ตัวแปรตาม	ด้าน	ประเด็น	ข้อความถาม
แนวคิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ ของ Walker et al. (1988)	1. การออกกำลังกาย	1. ขั้นตอนในการ ออกกำลังกาย	1. ท่านหยุดออกกำลังกาย ทันที เมื่อรู้สึกเกิด ความ ผิดปกติของร่างกายทุกครั้ง
		2. หลักในการออก กำลังกาย	2. ท่านหยุดออกกำลังกาย ทันที เมื่อรู้สึกเกิด ความ ผิดปกติของร่างกายทุกครั้ง
		3. ชนิดของการออก กำลังกาย	1.ท่านออกกำลังกายอย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้ง ละ 2. ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาทีหรือมากกว่านั้น
			1. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วย การแกว่งแขน แกว่งขา เกร็ง ข้อมือเกร็งข้อเท้า
			2. ท่านเดินหรือขี่จักรยาน ในระยะทางไกล ๆ
			3. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ จนได้เหงื่อ ฯลฯ

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ด้าน	ประเด็น	ข้อคำถาม
แนวคิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ ของ Walker et al. (1988)	2. การรับประทานอาหาร	1. รับประทานอาหาร ที่มีสารอาหาร ครบถ้วน	1. ท่านรับประทานอาหาร ผัก และผลไม้
		2. รับประทานอาหาร ประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ	2. ท่านรับประทานอาหาร เนื้อ ปลา ถั่ว นม
		2. รับประทานอาหาร เพียงพอต่อความ ต้องการของร่างกาย	3. ท่านรับประทานอาหาร ประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ
			4. ท่านรับประทานอาหาร ปรุงสุกใหม่
			1. ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ
			2. ท่านดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ด้าน	ประเด็น	ข้อคำถาม
แนวคิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ ของ Walker et al. (1988)	3. การปฏิบัติตนใน ภาวะเจ็บป่วย	1. การดูแลสุขภาพ ของตนเองของแต่ละ บุคคล	1. ท่านสังเกตอาการ ผิดปกติหรือแนวโน้ม ของโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง
		2. การดูแลสุขภาพ ของตนเองของ ครอบครัว	2. ท่านเตรียมยา รับประทานเอง
		3. การดูแลสุขภาพ โดยกลุ่มหรือบุคคล ในชุมชน	3. เมื่อมีอาการ ผิดปกติ/เจ็บป่วย กะทันหัน ท่านจะรีบ มาพบ แพทย์ทันที
			1. เมื่อท่านเจ็บป่วย มี บุคคลใกล้ชิดคอยดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี
			1. เมื่อท่านมีข้อสงสัย เรื่องการรับประทาน ยา ท่านจะปรึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เภสัชกร/ แพทย์

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ด้าน	ประเด็น	ข้อความ
แนวคิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ ของ Walker et al. (1988)	4. การจัดการ ความเครียด	1. การรับมือกับ ความเครียด	<p>1. เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรมสร้างความเพลิดเพลิน เช่น การปลูกต้นไม้ ร้องเพลง ฯลฯ</p> <p>2. ท่านมักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุขกับเพื่อนในวัยเดียวกัน</p> <p>3. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน</p> <p>4. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้วิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน</p> <p>5. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ</p> <p>6. ในวันหยุด/ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตร รับประทานอาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว ฯลฯ</p>

ตารางที่ 13 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
เพศ	<p>ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่าง ทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย 2. วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี 3. สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง <ol style="list-style-type: none"> 1. Orem (1985)

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
อายุ	<p>ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพราะอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง</p>	<p>1. ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) วิจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย</p> <p>2. สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง</p> <p>2. Orem (1985)</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
สถานภาพสมรส	ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกันมีพฤติกรรสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) วิจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย 2. เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) วิจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 3. สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับ ตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
ระดับการศึกษา	<p>ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองและยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ ปรึกษาและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. อรชร โททวี (2548) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแค จังหวัดราชบุรี 2. ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย 3. วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี 4. เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร 5. สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง <ol style="list-style-type: none"> 1. สุขเกษม ร่วมสุข (2553)

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับ ตัวแปรตาม	งานวิจัย/ทฤษฎี/แนวคิดที่อ้างอิง
รายได้	<p>ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. อรรชร โวทวิ (2548) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแค จังหวัดราชบุรี 2. ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย 3. เบลญมาศ นาควิจิตร (2551) ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
	<p>ผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่ดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเพื่ออำนวยความสะดวก เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pender (1987)

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
แหล่งที่มาของรายได้	<p>ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. อรชร โวทวี (2548) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแค จังหวัดราชบุรี 2. วิชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี 3. สุปาณี จินาสวัสดิ์ (2559) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง
	<p>แหล่งที่มาของรายได้เป็นตัวที่จะก่อให้เกิดความมั่นใจในคุณค่าของตัวเองไม่ต้องพึ่งพามุคผลในครอบครัวและชุมชน และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534)

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	เป็นความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อมของบุคคลระหว่างบุคคลหนึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง	1. อรรถ โวทวี (2548) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแค จังหวัดราชบุรี
โรคประจำตัว	ภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	1. สุขเกษม ร่วมสุข(2553) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ
	การมีภาวะสุขภาพดีไม่มีโรคนั้น เป็นผลต่อเนื่องมาจากการดูแลตนเอง	2. Orem (1985)

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	1. อรรถ โททวี (2548) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแค จังหวัดราชบุรี
	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันเป็นผลการประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดีส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ	1. สกฤตน์ ศิริกุล, 2543

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแปรความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดที่อ้างอิง
แรงสนับสนุนทางสังคม	แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	1. อรรถ โวทวี (2548) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแค จังหวัดราชบุรี
	แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	2. ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย
	การสนับสนุนทางสังคม โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	1. น้ำเพชร หล่อตระกูล (2541)

ตารางที่ 14 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook et al. (1979)

แนวคิด	ด้าน	ประเด็น	ข้อความ
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Brook et al., 1979)	1. การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ	1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต 2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน 3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต	1. ที่ผ่านมามีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่านมาตลอด 2. ที่ผ่านมามีการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านมาตลอด 1. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน 2. ท่านเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมาเป็นประจำ 1. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 2. ท่านได้มีการคาดการณ์ภาวะสุขภาพในอนาคต
		4. ความหวังกังวลและตระหนักในภาวะสุขภาพ	1. ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน 2. การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญของท่าน

ตารางที่ 14 (ต่อ)

แนวคิด	ด้าน	ประเด็น	ข้อคำถาม
แนวคิดเกี่ยวกับการ รับรู้ภาวะสุขภาพ (Brook et al., 1979)	1. การประเมินการ รับรู้ภาวะสุขภาพ	5. การรับรู้ถึงความ ต้านทานโรคหรือการ เสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย	1. ท่านเข้าใจถึงภาวะ ภูมิต้านทานโรคของ ท่าน
		6. การรับรู้เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	1. ท่านยอมรับว่าบาง เวลาท่านต้องเจ็บป่วย บ้าง 2. ท่านเข้าใจถึงความ แข็งแรงหรือความ อ่อนแอของร่างกาย ของท่าน

ตารางที่ 15 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer (1981)

แนวคิด	ด้าน	ประเด็น	ข้อคำถาม
แนวคิดเกี่ยวกับแรง ทางสังคมสนับสนุน (Schaefer, 1981)	1. แรงสนับสนุนทาง สังคมจากบุคคลใน ครอบครัว	1. แรงสนับสนุนด้าน อารมณ์	1. เมื่อท่านมีปัญหา ด้านสุขภาพหรือสิ่ง กังวลใจบุคคลใน ครอบครัวได้ให้ คำปรึกษาหรือแนะนำ กับท่าน
		2. แรงสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร	2. เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัว เป็นคนตัดเตรียม อาหารให้ท่าน รับประทาน
			1. บุคคลในครอบครัว ได้ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับอาหารที่ เหมาะสมกับโรคของ ท่าน
			2. ท่านได้รับ คำแนะนำเมื่อเจ็บป่วย และการไปรับตรวจ ตามนัดจากบุคคลใน ครอบครัว

ตารางที่ 15 (ต่อ)

แนวคิด	ด้าน	ประเด็น	ข้อความ
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Schaefer, 1981)	1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ	1. บุคคลในครอบครัวได้จัดเตรียมหรือซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกายให้ท่าน 2. เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นคนจ่ายยาหรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ให้กับท่าน 3. ท่านได้รับของฝากจากบุคคลในครอบครัวเสมอ ๆ 4. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเงินบุคคลในครอบครัวช่วยท่านได้

ตารางที่ 15 (ต่อ)

แนวคิด	ด้าน	ประเด็น	ข้อความถาม
แนวคิดเกี่ยวกับแรง สนับสนุนทางสังคม (Schaefer, 1981)	2. แรงสนับสนุนทาง สังคมจากบุคลากร สาธารณสุข	1. แรงสนับสนุนด้าน อารมณ์	1. บุคลากร สาธารณสุข ยกย่องชื่น ชม เมื่อเห็นท่านออก กำลังกาย 2. บุคลากรสาธารณสุข ให้กำลังใจ เมื่อท่าน เกิดความท้อแท้จาก ปัญหาส่วนตัวและ ปัญหาการเจ็บป่วย
		2. แรงสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร	1. บุคลากร สาธารณสุข ได้ให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับ อาหารที่เหมาะสมแก่ วัยของท่าน 2. บุคลากร สาธารณสุข ได้ให้ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ของการออกกำลังกาย 3. บุคลากร สาธารณสุข ได้แนะนำ ให้ท่านมาตรวจ สุขภาพประจำปี หรือ มารับการตรวจคัด กรอง



ภาคผนวก ข
ค่า IOC รายชื่อ

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปล ผล	การแก้ไขข้อ คำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
1.	เพศของท่านคือ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
2.	ปัจจุบันท่านอายุ ปี	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
3.	ระดับการศึกษาของท่าน <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา/ เทียบเท่า <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ เทียบเท่า <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี/ สูงกว่า	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
4.	สถานภาพของท่าน <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หม้าย/ หย่า/ แยก	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
5.	รายได้ต่อเดือนของท่าน (โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 1. ไม่เกิน 5,000 บาท/ เดือน <input type="checkbox"/> 2. ตั้งแต่ 5,001บาท/ เดือน ถึง 10,000 บาท/เดือน <input type="checkbox"/> 3. ตั้งแต่ 10,001บาท/ เดือน ถึง 15,000 บาท/ เดือน <input type="checkbox"/> 4. ตั้งแต่ 15,001บาท/ เดือน ขึ้นไป	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปล ผล	การแก้ไขข้อ คำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
6.	ที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> 2. บุตร/ ญาติ <input type="checkbox"/> 3. เงินสงเคราะห์/ การช่วยเหลือ จาก หน่วยงาน <input type="checkbox"/> 4. บำนาญ <input type="checkbox"/> 5. เงินเก็บสะสม/ เงินออม	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
7.	ท่านได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่จัด ขึ้นในหมู่บ้าน/ ตำบล ของท่านหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. เป็นสมาชิก <input type="checkbox"/> 2. ไม่เป็นสมาชิก	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
8.	ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> 2. มีโรคประจำตัว (โปรด ระบุ).....	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปลผล	การแก้ไขข้อ คำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
ท่านรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่อไปนี้ได้อย่างไร								
1	ที่ผ่านมาท่านรับรู้ภาวะสุขภาพของท่าน มาตลอด	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้	
2	ที่ผ่านมาท่านเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ของท่านมาตลอด	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
3	ท่านเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่าน ในปัจจุบัน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
4	ท่านเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของท่านใน ปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมาเป็นประจำ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
5	ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความ เจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
6	ท่านได้มีการคาดการณ์ภาวะสุขภาพใน อนาคต	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
7	ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
8	การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญของท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
9	ท่านเข้าใจถึงภาวะภูมิคุ้มกันโรคของ ท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
10	การสังเกตอาการผิดปกติของตัวเองเป็น สิ่งที่ดี	+1	0	0	1	0.33	ใช้ ไม่ได้	
11	เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	0	2	0.67	ใช้ได้	

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปลผล	การแก้ไข ข้อคำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสิ่งต่าง ๆ								
1	เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือสิ่งกีดขวางบุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาหรือแนะนำกับท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
2	เมื่อท่านไม่สบายบุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
3	บุคคลในครอบครัวได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคของท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
4	ท่านได้รับคำแนะนำเมื่อเจ็บป่วย และการไปรับ-ส่งตรวจตามนัดของแพทย์จากบุคคลในครอบครัว	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
5	บุคคลในครอบครัวได้จัดเตรียมหรือซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกายให้ท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
6	เมื่อท่านไม่สบายบุคคลในครอบครัวเป็นคนจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ให้กับท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
7	ท่านได้รับของฝากจากบุคคลในครอบครัวเสมอ ๆ	+1	0	+1	3	0.67	ใช้ได้	
8	เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเงินบุคคลในครอบครัวช่วยท่านได้	+1	0	-1	0	0	ใช้ไม่ได้	
9	บุคลากรสาธารณสุข ยกย่องชื่นชม เมื่อเห็นท่านออกกำลังกาย	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปลผล	การแก้ไข ข้อคำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
10	บุคลากรสาธารณสุขให้กำลังใจ เมื่อท่าน เกิดความท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวและ ปัญหาการเจ็บป่วย	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้	
11	บุคลากรสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่ตัวของท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
12	บุคลากรสาธารณสุขได้ให้ความรู้เกี่ยว ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
13	บุคลากรสาธารณสุขได้แนะนำให้ท่านมา ตรวจสุขภาพประจำปี หรือมารับการตรวจ คัดกรอง	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
14	บุคลากรสาธารณสุข ได้จัดเตรียมสถานที่ ในการออกกำลังกายให้กับท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
15	บุคลากรสาธารณสุขได้แจกเอกสาร เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย เพื่อ เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวของท่าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ กิดเห็นของผู้ เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปลผล	การแก้ไข ข้อคำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
ท่านปฏิบัติตัวในด้านต่อไปนี้อย่างไร ด้านการรับประทานอาหาร								
1	ท่านรับประทานอาหารผัก และผลไม้	+1	+1	-1	1	0.33	ใช้ไม่ได้	ท่าน รับประทานอาหาร ผัก และ ผลไม้เป็น เป็นประจำ
2	ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ	+1	+1	-1	1	0.33	ใช้ไม่ได้	ท่าน รับประทานอาหาร ประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ เป็นประจำ
3	ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่	+1	+1	-1	1	0.33	ใช้ไม่ได้	ท่าน รับประทานอาหาร ปรุงสุกใหม่เป็น ทุกครั้ง
4	ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
5	ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปลผล	การแก้ไข ข้อคำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
ท่านปฏิบัติตัวในด้านต่อไปนี้อย่างไร								
ด้านการออกกำลังกาย								
1	ท่านหยุดออกกำลังกายทันที เมื่อรู้สึกเกิด ความผิดปกติของร่างกายทุกครั้ง	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
2	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
3	ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาทีหรือมากกว่า นั้น	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
4	ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือเกร็งข้อเท้า	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้	
5	ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางใกล้ ๆ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
6	ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงาน บ้าน ปลูกต้นไม้รดน้ำต้นไม้ จนได้เหงื่อ ฯลฯ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
ด้านการจัดการความเครียด								
1	เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรม สร้างความเพลิดเพลินเช่น การปลูกต้นไม้ ร้องเพลง ฯลฯ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
2	ท่านมักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์สุข กับเพื่อนในวัย เดียวกัน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
3	เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะ ใช้วิธีการพูดคุยกับบุคคลในบ้าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อ ที่	ข้อรายการ	คะแนนความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC	แปลผล	การแก้ไข ข้อคำถาม
		คน ที่ 1	คน ที่ 2	คน ที่ 3				
ท่านปฏิบัติตัวในด้านต่อไปนี้อย่างไร ด้านการจัดการความเครียด								
4	เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้ วิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
5	เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
6	ในวันหยุด/ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตรรับประทานอาหารนอก บ้าน ท่องเที่ยว ฯลฯ	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย								
1	ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้ม ของโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
2	ท่านเตรียมยารับประทานเอง	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้	
3	เมื่อมีอาการผิดปกติ/ เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	
4	เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้	เมื่อท่าน เจ็บป่วย ท่านคอย ดูแลเอาใจ ใส่ตนเอง เป็นอย่างดี
5	เมื่อท่านมีข้อสงสัยเรื่องการรับประทานยา ท่านจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ เภสัชกร/ แพทย์	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้	



ภาคผนวก ค
ค่า Reliability ของแบบสอบถาม

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Case Processing Summary

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.726	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ที่ผ่านมาท่านรับรู้ภาวะสุขภาพ ของท่านมาตลอด	2.8333	.37905	30
ท่านเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ของท่านในปัจจุบันกับอดีตที่ ผ่านมาเป็นประจำ	2.6000	.56324	30
ท่านเตรียมความพร้อมที่จะ รับมือกับความเจ็บป่วยของ ท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	2.4333	.72793	30
ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพของท่าน	2.5000	.77682	30
การดูแลสุขภาพเป็นเรื่อง สำคัญของท่าน	2.8667	.43417	30
การสังเกตอาการผิดปกติของ ตัวเองเป็นสิ่งที่ดี	2.7667	.50401	30
เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.8667	.34575	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ที่ผ่านมาท่านรับรู้ภาวะสุขภาพ ของท่านมาตลอด	16.0333	4.930	.376	.710
ท่านเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ของท่านในปัจจุบันกับอดีตที่ ผ่านมาเป็นประจำ	16.2667	4.133	.548	.666
ท่านเตรียมความพร้อมที่จะ รับมือกับความเจ็บป่วยของ ท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	16.4333	3.495	.617	.642
ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพของท่าน	16.3667	3.344	.619	.643
การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ ของท่าน	16.0000	4.483	.563	.673
การสังเกตอาการผิดปกติของ ตัวเองเป็นสิ่งที่ดี	16.1000	4.852	.270	.729
เมื่อเจ็บป่วยต้อง ไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	16.0000	5.448	.085	.751

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงสนับสนุน

Case Processing Summary

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.740	8

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
เมื่อท่านมีปัญหาด้าน สุขภาพหรือสิ่งกั้วใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้ คำปรึกษาหรือแนะนำกับ ท่าน	2.6000	.67466	30
เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลใน ครอบครัวเป็นคนจัดเตรียม อาหารให้ท่านรับประทาน	2.5667	.67891	30
บุคคลในครอบครัวช่วย ท่านในการ ไปรับ-ส่ง ตรวจตามนัดของแพทย์	2.4667	.77608	30
เมื่อท่านไม่สบายไปพบ แพทย์ บุคคลในครอบครัว เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้แก่ท่าน	2.3333	.88409	30
ท่านได้รับของฝากจาก บุคคลในครอบครัวเสมอๆ	2.2667	.78492	30
เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเงิน บุคคลในครอบครัวช่วย ท่านได้	2.7333	.52083	30
บุคลากรสาธารณสุขได้ให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่ เหมาะสมแก่ตัวของท่าน	2.6667	.47946	30
บุคลากรสาธารณสุขได้ แนะนำให้ท่านมาตรวจ สุขภาพประจำปี หรือมา รับการตรวจคัดกรอง	2.7667	.62606	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือ สิ่งกีดขวางใจ บุคคลในครอบครัวได้ ให้คำปรึกษาหรือแนะนำกับท่าน	17.8000	8.166	.565	.687
เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลใน ครอบครัวเป็นคนจัดเตรียมอาหาร ให้ท่านรับประทาน	17.8333	7.592	.734	.652
บุคคลในครอบครัวช่วยท่านในการ ไปรับ-ส่งตรวจตามนัดของแพทย์	17.9333	7.237	.709	.650
เมื่อท่านไม่สบายไปพบแพทย์ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้จ่ายค่า รักษาพยาบาลให้แก่ท่าน	18.0667	6.823	.692	.649
ท่านได้รับของฝากจากบุคคลใน ครอบครัวเสมอๆ	18.1333	8.602	.344	.734
เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเงินบุคคลใน ครอบครัวช่วยท่านได้	17.6667	9.540	.307	.734
บุคคลากรสาธารณสุขได้ให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่ เหมาะสมแก่วัยของท่าน	17.7333	10.478	.030	.768
บุคคลากรสาธารณสุขได้แนะนำให้ ท่านมาตรวจสุขภาพประจำปี หรือ มารับการตรวจคัดกรอง	17.6333	10.171	.059	.775

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

Case Processing Summary

		N	%
	Valid	30	100.0
Cases	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.718	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ท่านรับประทานผัก และผลไม้	4.3333	.47946	30
ท่านรับประทานเนื้อ ปลา ถั่ว นม	3.8333	.87428	30
ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่	4.8000	.40684	30
ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ	4.7000	.53498	30
ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	4.6667	.60648	30
ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาทีหรือมากกว่านั้น	3.2000	1.21485	30
ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ	3.5000	.86103	30
ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางไกล ๆ	2.7000	1.17884	30
ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้	2.7667	.97143	30
เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรม สร้างความเพลิดเพลิน	2.5667	.67891	30
เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่าน จะใช้วิธีการพูดคุยกับ	3.1333	.97320	30
ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ ในวันหยุด/ วันสำคัญทาง	2.9000	1.09387	30
พระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรม ร่วมกับครอบครัว	2.7333	1.01483	30
ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้ม ของโรคต่างๆ	3.1333	.73030	30
ท่านเตรียมารับประทานเอง	3.9333	1.33735	30
เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที	4.0667	1.01483	30
เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี	3.6667	1.21296	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ท่านรับประทานผัก และผลไม้	56.3000	45.252	.032	.723
ท่านรับประทานเนื้อ ปลา ถั่ว นม	56.8000	42.510	.212	.714
ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่	55.8333	44.351	.216	.714
ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ	55.9333	46.823	-.194	.736
ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	55.9667	48.792	-.410	.751
ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาทีหรือ มากกว่านั้น	57.4333	35.220	.624	.662
ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่ง แขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ	57.1333	39.637	.490	.688
ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทาง ไกล ๆ	57.9333	35.995	.587	.669
ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้	57.8667	38.464	.521	.682
เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหา กิจกรรมสร้างความเพลิดเพลิน	58.0667	40.892	.499	.692
เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้วิธีการพูดคุยกับ	57.5000	42.397	.185	.718
ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่ง สมาธิ	57.7333	43.926	.039	.736
ในวันหยุด/ วันสำคัญทาง พระพุทธศาสนา ท่านจะมีกิจกรรม ร่วมกับครอบครัว	57.9000	37.748	.554	.677
ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือ แนวโน้มของโรคต่างๆ	57.5000	40.397	.513	.689
ท่านเตรียมมารับประทานเอง เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วย	56.7000	41.045	.167	.728
กะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ ทันที	56.5667	39.978	.365	.699
เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอย ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	56.9667	36.723	.510	.679



ภาคผนวก ง
แบบสอบถาม



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง**

อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานสาธารณสุข หรือองค์กรต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและอายุยืนยาว

2. ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการรักษาไว้เป็นความลับฉะนั้นแบบสอบถามทุกชุดจะไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถามและจะไม่ส่งผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด การวิเคราะห์ข้อมูลและเสนอผลงานผู้ศึกษาจะทำในภาพรวมแบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาล

ตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเทศบาล

ตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางละมุง

อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

3. ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับการเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมและผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ณ โอกาสนี้

นางสาวจิราภรณ์ คู่มทองคำ

นิสิตหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศของท่านคือ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
3. ระดับการศึกษาของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา/ เทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ เทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี/ สูงกว่า
4. สถานภาพของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/ หย่า/ แยก	.
5. รายได้ต่อเดือนของท่าน (โดยประมาณ)

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เกิน 5,000 บาท/ เดือน	<input type="checkbox"/> 2. ตั้งแต่ 5,001บาท/ เดือน ถึง 10,000 บาท/ เดือน
<input type="checkbox"/> 3. ตั้งแต่ 10,001บาท/ เดือน ถึง 15,000 บาท/ เดือน	<input type="checkbox"/> 4. ตั้งแต่ 15,001บาท/ เดือน ขึ้นไป
6. ที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> 2. บุตร/ ญาติ
<input type="checkbox"/> 3. เงินสงเคราะห์/ การช่วยเหลือ จากหน่วยงาน	<input type="checkbox"/> 4. บำนาญ
<input type="checkbox"/> 5. เงินเก็บสะสม/ เงินออม	

7. ท่านได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน/ ตำบล ของท่านหรือไม่

1. เป็นสมาชิก

2. ไม่เป็นสมาชิก

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

1. ไม่มีโรคประจำตัว

2. มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ).....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ

ท่านรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านต่อไปนี้ได้อย่างไร	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง
1. ที่ผ่านมามีท่านรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านมาตลอด			
2. ท่านเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมาเป็นประจำ (สุขภาพดีขึ้น หรือแย่ลงกว่าเดิม)			
3. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (การดูแลตัวเอง การออกกำลังกาย)			
4. ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน			
5. การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญของท่าน			
6. การสังเกตอาการผิดปกติของตัวเองเป็นสิ่งที่ดี			
7. เมื่อเจ็บป่วยต้อง ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1

คำตอบ

ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสิ่งต่างๆ	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง
1. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือสิ่งกังวลใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้คำปรึกษาหรือแนะนำกับท่าน			
2. เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน			
3. บุคคลในครอบครัวช่วยท่านในการ ไปรับ-ส่งตรวจตามนัดของแพทย์			
4. เมื่อท่านไม่สบายไปพบแพทย์ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ท่าน			
5. ท่านได้รับของฝากจากบุคคลในครอบครัวเสมอ ๆ			
6. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเงินบุคคลในครอบครัวช่วยท่านได้			
7. บุคลากรสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่วัยของท่าน (อาหารย่อยง่าย ผักผลไม้)			
8. บุคลากรสาธารณสุขได้แนะนำให้ท่านมาตรวจสุขภาพประจำปี หรือมารับการตรวจคัดกรอง			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำอธิบาย แบบสอบถามส่วนนี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ท่านปฏิบัติตัวในด้านต่อไปนี้อย่างไร	ระดับพฤติกรรม				
	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ เกือบ ทุกวัน	ปฏิบัติ บางวัน (1-2 วัน/ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. ท่านรับประทานอาหารผัก และผลไม้					
2. ท่านรับประทานอาหารเนื้อ ปลา ถั่ว นม (โปรตีน)					
3. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่					
4. ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ					
5. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว					
ด้านการออกกำลังกาย					
1. ท่านออกกำลังกาย 20-30 นาทีหรือมากกว่านั้น					
2. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็ง ข้อมือ เกร็งข้อเท้า					
3. ท่านเดินหรือขี่จักรยานในระยะทางไกล ๆ					
4. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูก ต้นไม้					
ด้านการจัดการความเครียด					
1. เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะหากิจกรรมสร้างความ เพลิดเพลิน เช่น การปลูกต้นไม้ ร้องเพลง ฯลฯ					
2. เมื่อท่านต้องการพักผ่อนหย่อนใจ ท่านจะใช้วิธีการพูดคุย กับบุคคลในบ้าน					
3. ท่านสวดมนต์ ไหว้พระ และนั่งสมาธิ					
4. ในวันหยุด/ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ท่านจะมี กิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตักบาตรรับประทานอาหาร อาหารนอกบ้าน ท่องเที่ยว ฯลฯ					

ตอนที่ 4 (ต่อ)

ท่านปฏิบัติตัวในด้านต่อไปนี้อย่างไร	ระดับพฤติกรรม				
	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ เกือบ ทุกวัน	ปฏิบัติ บางวัน (1-2 วัน/ สัปดาห์)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
ด้านการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย					
1. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหรือแนวโน้มของโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (หน้ามืด ปวดหัว ถ่ายท้อง)					
2. ท่านเตรียมยารับประทานเอง					
3. เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที					
4. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี					



ภาคผนวก จ

การทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนและการตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ

1. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity)

ตัวแปรอิสระ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Male																
2. Age	-.06															
3. Edu1	.10	.48*														
4. Edu2	.05	-.41**	-.92**													
5. Edu3	.11	-.15**	-.15**	.26**												
6. Status1	.10	.15*	.02	.06	.08											
7. Status2	.05	-.41*	-.06	.22**	-.05	-.28**										
8. Status3	.11	-.15**	.08	-.05	-.26**	-.08	-.93**									
9. Income1	-.22	-.33**	.26**	-.17	-.23**	-.11	-.15*	.19**								
10. Income2	.15	-.37**	.03	.15**	.22**	.10	.15**	-.17*	-.88**							
11. Income3	.17**	-.13*	.17**	.01	-.08	.28**	-.12*	-.08	-.37**	-.12*						
12. S-income	.05	-.18**	-.03	.14*	.11	.19**	.40**	-.13	-.48**	.40**	.22*					
13. Cmb1	.21**	.23**	-.09	.14*	.15*	.07	.06	-.11	-.02	.06	.10	-.02				
14. Congenital	-.08	.58**	.06	-.20**	-.28**	-.12*	-.26**	-.18	-.17**	.19**	-.11	-.17**	-.19*			
15. HealthPer	-.16**	.07	-.01	-.03	-.05	-.04	.02	.03	.08	-.12*	-.04	.08	-.12*	-.04		
16. S- support	-.25**	.10	.00	.08	-.01	-.02	-.01	-.09	.07	-.26**	.08	.30**	-.26**	.08	.30**	



หมายเหตุ :

1. Male = เพศชาย กำหนดให้ ชาย = 1, หญิง = 0
2. Age = อายุ
3. Status1 = โสด กำหนดให้โสด = 1, อื่น ๆ = 0
4. Status2 = สมรส กำหนดให้สมรส = 1, อื่น ๆ = 0
5. Status3 = หม้าย/หย่า/แยก กำหนดให้หม้าย/หย่า/แยก = 1, อื่น ๆ = 0
6. Edu1 = ไม่ได้รับการศึกษา กำหนดให้ไม่ได้รับการศึกษา = 1, อื่น ๆ = 0
7. Edu2 = ประถมศึกษา/เทียบเท่า กำหนดให้ประถมศึกษา/เทียบเท่า = 1, อื่น ๆ = 0
8. Edu3 = มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป กำหนดให้มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป = 1, อื่น ๆ = 0
9. Income1 = ต่ำกว่า 5,000บาท/เดือน กำหนดให้ต่ำกว่า 5,000บาท/เดือน
10. Income2 = ตั้งแต่ 5,001บาท/เดือน ถึง 10,000 บาท/เดือน กำหนดให้ตั้งแต่ 5,001 บาท/เดือน ถึง 10,000 บาท/เดือน = 1, อื่น ๆ = 0
11. Income3 = ตั้งแต่ 10,001บาท/เดือน ขึ้นไป กำหนดให้ตั้งแต่ 10,001บาท/เดือนขึ้นไป = 1, อื่น ๆ = 0
12. S-income = จำนวนแหล่งที่มาของรายได้
13. Cmb1 = เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กำหนดให้ไม่เป็นสมาชิก = 1 เป็นสมาชิก = 0
14. Congenital = ไม่มีโรคประจำตัวกำหนดให้มีโรคประจำตัว = 1 ไม่มีโรคประจำตัว = 0
15. HealthPer = รวมการรับรู้ภาวะสุขภาพ
16. S-support = รวมแรงสนับสนุน

จากตารางแสดงสหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีค่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก (มีค่ามากกว่า 0.70) มีจำนวน 3 คู่ ได้แก่

คู่ที่ 1 ตัวแปร Edu2 กับ ตัวแปร Edu1 มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -0.92

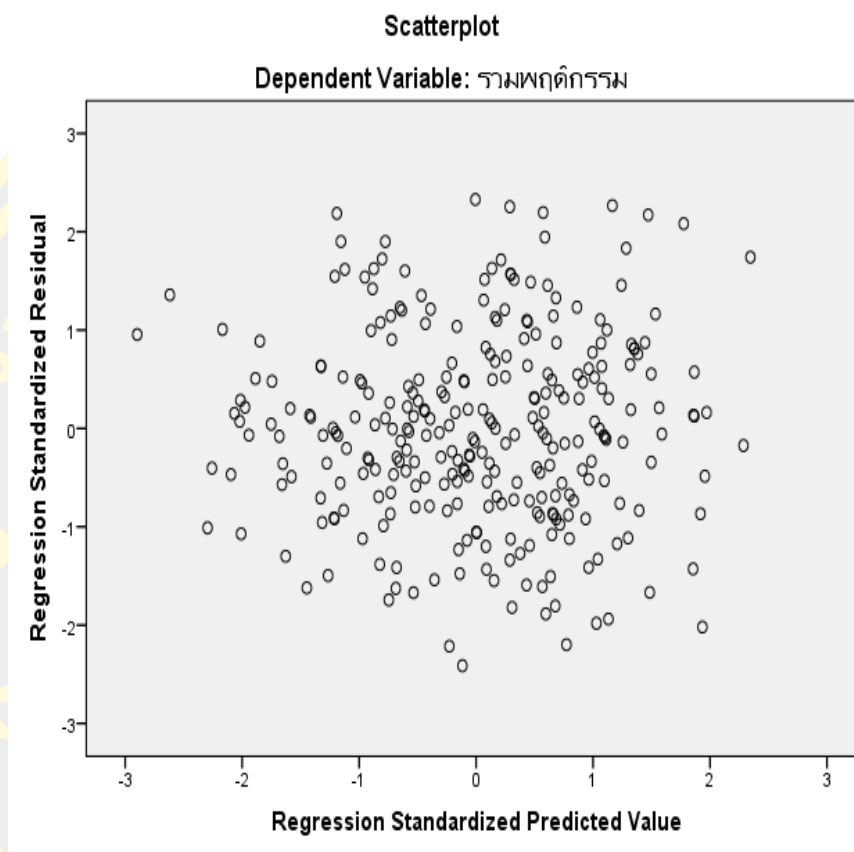
คู่ที่ 2 ตัวแปร Status3 กับ ตัวแปร Status2 มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -0.93

คู่ที่ 3 ตัวแปร Income2 กับ ตัวแปร Income1 มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -0.88

อย่างไรก็ตาม ค่าสหสัมพันธ์ทั้ง 3 คู่ เป็นสหสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวแปร ระดับ

การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้

2. ผลการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่



จากแผนภาพ Scatterplot ระหว่าง ความคลาดเคลื่อน และ ค่าพยากรณ์ของตัวแปรตาม พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายอยู่รอบ ๆ ศูนย์ และค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าอยู่ในช่วง แคบ ๆ (3 ถึง -3) ไม่ว่าค่าพยากรณ์ของตัวแปรตามจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรก็ตาม นั้นแสดงว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามจึงมีความเหมาะสม

3. ผลการตรวจสอบความเป็นอิสระกันของค่าความคลาดเคลื่อน Auto Correlation

Model Summary^b

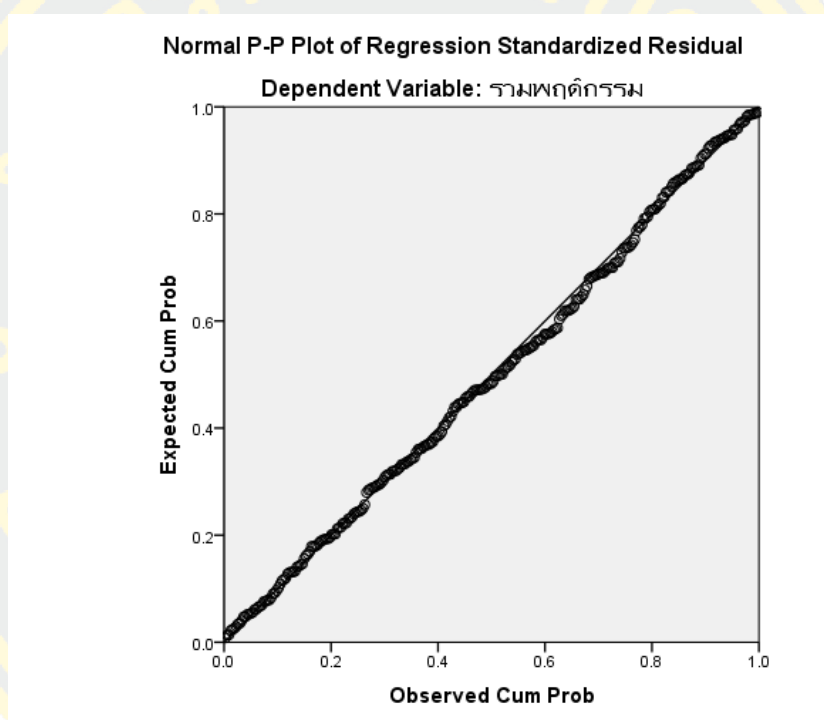
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.876 ^a	.768	.757	.13920	1.758

a. Predictors: (Constant), com3 แรงสนับสนุน, โสด, ห้าพันถึงหมื่น, มัชฌมตอนต้นขึ้นไป, โรค, com2 รับรู้ภาวะสุขภาพ, เพศ, สมาชิก, สมรส, ตั้งแต่หมื่นขึ้นไป, ประถม, con6 แหล่งที่มาของรายได้, A2 อายุ

b. Dependent Variable: com1234 รวมพฤติกรรม

จากตาราง Model summary ค่า Durbin-Watson มีค่าใกล้ 2 (นั่นคือ มีค่าในช่วง 1.758 ถึง 2.5) จะสรุปว่า e_i และ e_j อิสระต่อกัน

4. ผลการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนที่มีการแจกแจงปกติ (Normality)



จากแผนภาพ Normal P-P Plot พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

5. ผลการตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2.2732	3.5701	2.9899	.24737	291
Residual	-.33591	.32412	.00000	.13604	291
Std. Predicted Value	-2.897	2.345	.000	1.000	291
Std. Residual	-2.413	2.329	.000	.977	291

a. Dependent Variable: com1234 รวมพฤติกรรม

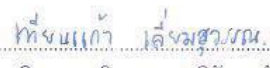
จากตาราง Residuals พบว่า ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (Residual) มีค่าเท่ากับ 0.00000 นั้นแสดงว่า การหาค่าสัมประสิทธิ์ที่สมการถดถอยขอตัวแปรอิสระทั้งหมดในสมการถดถอยเชิงพหุ ทำให้ผลบวกกำลังสองของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด (Least square method)



ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้วิจัย:	นางสาวจิราภรณ์ ตุ่มทองคำ (๕๙๙๓๐๐๔๓)
หลักสูตร	รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
ชื่อโครง้งานนิพนธ์ภาษาไทย:	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
ชื่อโครง้งานนิพนธ์ภาษาอังกฤษ:	Factor Affecting Health Behaviors among the Elderly in Banglamung Subdistrict Municipality, Amphone Banglamung, Chonburi Porvince
ผลการพิจารณา	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย ๒) วิธีกรอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต
หมายเลขรับรอง	๖๓-๒๕๖๑
วันที่ให้การรับรอง	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
ลงนาม.....	<p style="text-align: center;">  ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา </p>
<p style="text-align: center;">วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา ๑๖๙ ถ.สงหาตบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑ โทรศัพท์ ๐๓๘-๓๙๓๒๒-๓ ต่อ ๒๐๓ แฟกซ์ ๐๓๘-๗๔๕๘๕๑ ต่อ ๑๒๐</p>	

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวจิราภรณ์ คู่่มทองคำ
วัน เดือน ปี เกิด	29 มีนาคม พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	ผู้ช่วยเจ้าพนักงานประชาสัมพันธ์ เทศบาลตำบลบางละมุง
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 120/6 หมู่ที่10 ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 20150
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2557 รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต (สาขาการบริหารทั่วไป) คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2561 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารทั่วไป) วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลหรือทุนการศึกษา	-