



การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

Participation in an Elderly Club and Lifestyle of the Elderly

รศ.ศุคนธ์ แสงมณี

Rossukon Sangmanee

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2537

๒

| | |
|---------|-------------------------|
| เลขที่ | HV1454-X25 ๖๕๕-๒๕๓๗ ๐.๒ |
| Bib Key | 34250 |

(1)


ชื่อวิทยานิพนธ์ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ
ผู้เขียน นางสาวรสสุคนธ์ แสงมณี
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่


คณะกรรมการที่ปรึกษา


คณะกรรมการสอบ

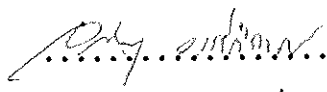
ดร.นงนุช...ดร.นงนุช... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนุช ตะบุณพงศ์)

ดร.นงนุช...ดร.นงนุช... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงนุช ตะบุณพงศ์)

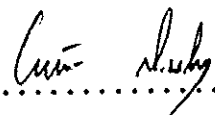

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์อริญา เชาวลิต)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์อริญา เชาวลิต)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชอลดา หันสุเสนา)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อริญา วงศ์กิตติการ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


.....
(ดร. ไพรรัตน์ สงวนไทร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ
ผู้เขียน นางสาวรสสุคนธ์ แสงมณี
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2536

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้ที่ เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัย ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 100 คน โดย 50 คนเลือกจาก สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนอีก 50 คนไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิต ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 55 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การ ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการ กับความเครียด

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและผู้ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพการสมรส เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย และการมีบุคคลที่สามารถพึ่งพา แต่แตกต่างกันในด้าน ระดับการศึกษา ระดับรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และระดับรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อ เดือนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิก ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

2. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม ดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. ระดับการศึกษาและระดับรายได้ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตโดยรวม และด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด

4. เมื่อควบคุมปัจจัยด้านการศึกษา รายได้และสถานภาพการสมรส โดยวิธีการทางสถิติในสมการถดถอยพหุคูณ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุยังสามารถอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการศึกษากล่าวได้ว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

Thesis Title Participation in an Elderly Club and Lifestyle
 of the Elderly

Author Miss Rossukon Sangmanee

Major Program Adult Nursing

Academic Year 1993

Abstract

The purpose of this research was to compare lifestyle of the elderly who have been members of an elderly club and those never involving with the club. The purposive sample included 100 elderly persons living in municipal area of Changwat Songkhla. 50 were selected from members of elderly club and the others 50 chosen from those not having been members of any elderly club. Interview questionnaire was used as a mean of data collection. The questionnaire composed of 55 items exploring 6 dimensions of lifestyle, including self-actualization, health responsibility, exercise, eating pattern, interpersonal support and stress management.

The result of the study revealed that :-

1. Members of the elderly club were not different from non-members in their marital status, race, religion, working status, living and having supporters, but there were significant difference in their education and income. Most

of member of the elderly club finished high school or higher education and income more than 5,000 bath per month, whereas the non-members did not.

2. Members of the elderly club had significantly better than the non-members lifestyle with references to each dimension and the whole ($p < .001$)

3. Education and income were significantly associated with the whole and each dimension of lifestyle, marietal status was significantly associated with the whole lifestyle, health responsibility, excercise and stress management.

4. When education, income and marietal status were controlled in the multiple regression models, being a member of the elderly club could significantly explain the variances of the whole lifestyle and each dimention. ($p < .001$)

The results suggests that participation in an elderly club is an important factor promoting healthy lifestlye which then lead to good health.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นกุล ตะบูนหงส์ และรองศาสตราจารย์ อรัญญา เชาวลิต อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยและช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณี จันทร์สว่าง อาจารย์วิภาวี คงอินทร์ และอาจารย์แพ จันทรสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ได้คำปรึกษาเกี่ยวกับสถิติและการวิเคราะห์

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์วิจิตร ธิระวุฒิ กรรมการชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา เจ้าหน้าที่ที่ทะเบียนราษฎร และเจ้าหน้าที่กองอนามัยและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองสงขลา ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินอุดหนุนในการทำวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลลิขิต คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการศึกษาและดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่เป็นกำลังใจ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ และขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท รุ่น 2 ตลอดจนพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ในความเอื้ออาทร ช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

รศสุคนธ์ แสงมณี

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อ | (3) |
| Abstract | (5) |
| กิตติกรรมประกาศ | (7) |
| สารบัญ | (8) |
| รายการตาราง | (11) |
| บทที่ | |
| 1. บทนำ | 1 |
| ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 4 |
| คำถามการวิจัย | 5 |
| กรอบแนวคิด | 5 |
| สมมติฐาน ๔ | 6 |
| นิยามศัพท์ | 6 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 7 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 7 |
| × ข้อตกลงเบื้องต้น | 8 |
| 2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 9 |
| แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ | 9 |
| ความหมาย | 9 |
| ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ | 10 |
| การเปลี่ยนแปลงและปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ | 11 |
| | (8) |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| แบบแผนชีวิต | 18 |
| ความหมาย | 18 |
| องค์ประกอบของแบบแผนชีวิต | 19 |
| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิต | 20 |
| การประเมินแบบแผนชีวิต | 24 |
| ความสำคัญของแบบแผนชีวิตต่อภาวะสุขภาพ | 26 |
| แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ | 27 |
| ชมรมผู้สูงอายุ | 37 |
| 3. วิธีการวิจัย | 42 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 42 |
| เครื่องมือในการทำวิจัย | 43 |
| การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล | 46 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 47 |
| 4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล | 49 |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 49 |
| การอภิปรายผล | 60 |
| 5. สรุปและข้อเสนอแนะ | 66 |
| สรุปการวิจัย | 66 |
| ข้อเสนอแนะ | 67 |
| บรรณานุกรม | 70 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|-----------------------|------|
| ภาคผนวก | 88 |
| ภาคผนวก ก. | 89 |
| ภาคผนวก ข. | 91 |
| ภาคผนวก ค. | 92 |
| ภาคผนวก ง. | 93 |
| ภาคผนวก จ. | 103 |
| ภาคผนวก ช. | 106 |
| ประวัติผู้เขียน | 113 |

รายการตาราง

| ตาราง | | หน้า |
|-------|--|------|
| 1 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล | 50 |
| 2 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและ โดยรวมของ กลุ่มตัวอย่าง | 53 |
| 3 | ค่าไควสแควร์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนชีวิตกับปัจจัยส่วน บุคคล | 55 |
| 4 | ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมฯ และแบบแผนชีวิต เมื่อควบคุมระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพการสมรส | 57 |
| 5 | ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมฯ และแบบแผนชีวิต เมื่อควบคุมระดับการศึกษา และระดับรายได้ | 59 |
| จ.1 | ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและ โดยรวม ของกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | 103 |
| จ.2 | ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและ โดยรวม ของกลุ่มที่ไม่ได้ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | 104 |
| จ.3 | ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและ โดยรวม ของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม | 105 |
| ช.1 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในชีวิต | 106 |
| ช.2 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ | 107 |
| ช.3 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย | 108 |
| ช.4 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร .. | 109 |
| ช.5 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล | 110 |
| ช.6 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด | 111 |
| ช.7 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต โดยรวม | 112 |

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันวิทยาการต่าง ๆ มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้การป้องกัน การควบคุมและการดูแลรักษาโรคต่าง ๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นผลให้อัตราการตายจากโรคลดลงและอายุขัยของประชากรยืนยาวขึ้น/ปัจจุบันในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา อายุขัยเฉลี่ยประชากรเมื่อแรกเกิดปี ค.ศ. 1989 เพศชาย 71.8 ปี เพศหญิง 78.8 ปี (Forbes, 1992 : 14) ส่วนในประเทศไทย จากการคาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยประชากรเมื่อแรกเกิดใน พ.ศ. 2533 เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 61.75 ปี เพศหญิง 67.50 ปี และมีแนวโน้มจะยืนยาวมากขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2543 เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 65.25 ปี เพศหญิง 69.75 ปี (กองสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532, 2534 : 19) การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น/จำนวนผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ/คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 ทั่วโลกจะมีประชากรผู้สูงอายุ 590 ล้านคน ส่วนประเทศไทย เมื่อ ปี พ.ศ. 2533 มีประชากรผู้สูงอายุ 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2535 เพิ่มขึ้นเป็น 3.8 ล้านคน หรือร้อยละ 6.7 คาดว่า จะเพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7.6 ของประชากรทั้งหมด (บรรลุ, 2533 : 432-434; สำนักงานสาธารณสุข, 2535)

/การมีอายุยืนยาวและการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวร่วมกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ย่อมก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุตามมา โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญด้านการให้บริการของบุคลากร

ที่มสุขภาพ เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่สภาวะด้านร่างกายเสื่อมถอยไปเป็นลำดับ สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง จึงมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยแล้ว มักมีความรุนแรงและโอกาสเสียชีวิตสูง แม้หายจากโรคก็ต้องใช้เวลาในการฟื้นกลับสู่สภาพปกติ/จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคมกกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า (Eliopoulos, 1987 : 26) และผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Burnside et. al., 1988 : 28; Speake et. al., 1989 : 993; Farrell, 1990 : 5) ส่วนในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุไทยประสบมากที่สุด คือ ปัญหาสุขภาพ (บรรลุและคณะ, 2532 : 433; นภาพรและคณะ, 2532 : 25; เกริกศักดิ์และคณะ, 2533 : 83; นิมนวล, 2534 : 232)

นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้วผู้สูงอายุมีโอกาสจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้สูงจากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมายในชีวิต ทั้งภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง การลดลงของรายได้ การถูกลดบทบาททั้งในครอบครัวและสังคมรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลให้วิถีชีวิตผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเข้ากับภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา/จึงพบว่าผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 75 ปี มีโอกาสเป็นโรคจิตสูงกว่าวัยหนุ่มสาว 2-3 เท่า (Burnside, 1988 : 27) จากการศึกษาของนภาพร และคณะ (2532 : 29) ในผู้สูงอายุไทยทั่วประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจ คือ รู้สึกเหงาและไร้คุณค่า โดยระดับของการมีปัญหาคจะเพิ่มตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิมนวล (2534) ซึ่งศึกษาในผู้ที่อายุ 70 ปีขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ยิ่งมีอายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพจิตที่ดีจะลดลง

ปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดังกล่าว ย่อมมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในบั้นปลายของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไขเพื่อชลดความเสื่อม หลีกเลี้ยงและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ นโยบายของประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุจึงมุ่งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยกระจายบริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง/ (ชุดิมา, 2531 : 2-3) เช่น

การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญมากขึ้น/จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย นักวิจัยหลายท่านได้เสนอแนะให้ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นให้ทั่วถึงในชุมชน. (ฉวีวรรณ, 2531 : 27; ทองอยู่, 2531 : 32; จำเรียง, 2532 : 25; สุลี, 2533) ซึ่งในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการจัดบริการรูปแบบนี้มาก เช่น ในประเทศญี่ปุ่นมีชมรมผู้สูงอายุถึง 2,000 กว่าแห่ง (กนกพร, 2534 : 110) ส่วนในประเทศไทยพบว่า ยังมีชมรมผู้สูงอายุอยู่เพียงจำนวนน้อย จากการศึกษาของภานุพรและคณะ (2532 : 6) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับ กลุ่ม สมาคม หรือชมรมที่มีกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบท

➤โดยทั่วไป ชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้น เพื่อให้บริการด้านป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในภาวะปกติ โดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น บริการตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ/(ลดาวัลย์, 2533 : 26; วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, 2533 : 19-20; สุลักษณ์และถนอมขวัญ, 2535 : 21) /ซึ่งนอกจากจะเป็นสื่อกลางที่รัฐจะจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นสถานที่พบปะสังสรรค์ นักผ่อนคลายของใจของผู้สูงอายุอีกด้วย (ทองอยู่, 2531 : 31) โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ด้วยการส่งเสริมและกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอจนเป็นกิจวัตร หรืออาจเรียกว่ามีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion Lifestyle)

➤ การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ นอกจากนี้ยังมีโอกาสศึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมหลายรูปแบบ ซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถ นำมาปรับปรุงการปฏิบัติของตนเองเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และการเข้ากลุ่มจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม เพราะสมาชิกจะใช้กลุ่มเป็นเครื่องตัดสินว่า ควรจะมีพฤติกรรมหรือทัศนคติอย่างไร/ (ประภาเพ็ญและสวิง, 2532 : 507) / ดังนั้นผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ไปตามกลุ่ม

ผู้สูงอายุในชมรมและปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตในที่สุด ซึ่งการมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราการเจ็บป่วยและมีชีวิตยืนยาวขึ้น (Brown and Mc Creedy, 1986 : 317) จากการศึกษาพบว่า การมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารถูกส่วน จะช่วยลดผลกระทบจากความเสื่อม ซึ่งเป็นผลจากวัยสูงอายุได้ (Fulmer, 1989 : 711) และยังช่วยให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Speake et. al., 1991 : 45) สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ถึงแม้จะมีการกล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเป็นสมาชิกและการร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุไว้อย่างมาก แต่การวิจัยที่สนับสนุนคำกล่าวข้างต้นยังมีน้อย และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชี้ชัดถึงความแตกต่างระหว่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ / ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา เรื่องการเข้าชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ สนับสนุนการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไทยมีโอกาสได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง ส่งผลให้มีแบบแผนชีวิตที่ดี และมีสุขภาพดีในที่สุด รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่าง ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกับผู้ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิตและการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุร่วมกับปัจจัยอื่นต่อแบบแผนชีวิต

คำถามการวิจัย

1. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ดีกว่าแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือไม่?
2. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ดีกว่าแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อย่างไร?
3. ปัจจัยอะไรที่สัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตและการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ?
4. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุร่วมกับปัจจัยอื่นสามารถทำนายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตได้หรือไม่?

กรอบแนวคิด

แบบแผนชีวิตเป็นภาระกระทำและการรับรู้ของบุคคล เพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความเพลิดเพลิน ความรู้สึกมีคุณค่า และความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล (Walker, Sechrist and Pender, 1987 : 77) จากการศึกษาพบว่าแบบแผนชีวิตเป็นสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล (Walker et. al., 1988 : 76; Bruhn, 1988 : 74; Tenner, 1991 : 845) การมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด (Walker, Sechrist and Pender, 1987 : 76-81) จะช่วยส่งเสริมสุขภาพป้องกันและลดความเสี่ยงของร่างกาย ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ง่ายจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและสังคม การส่งเสริมสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การบริการสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบหนึ่งของรัฐ ซึ่งกำลังมีบทบาทมากขึ้น คือ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย

และจิตใจด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมจะมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจร่างกาย และการติดต่อสัมพันธ์กับกลุ่มสมาชิก ซึ่งจะก่อให้เกิดบรรทัดฐานของกลุ่มสามารถจูงใจให้สมาชิกปฏิบัติตามอย่างสมาชิกส่วนใหญ่ในกลุ่มได้ (Asch, 1952 อ้างตามประภาณี และสวิง, 2532 : 56) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และศึกษาแบบแผนชีวิตในหลาย ๆ ลักษณะจากกลุ่มสมาชิก ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาปรับปรุงการปฏิบัติของตนเอง เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ประภาณี และสวิง, 2532 : 63) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จึงมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตไปในทางที่ส่งเสริมสุขภาพในที่สุด ซึ่งระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้เวลาประมาณ 3-6 เดือน (Pender, 1987 : 69) โดยหลังจากนั้นยังคงมีพฤติกรรมนั้นต่อไป ฉะนั้นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 6 เดือน น่าจะมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

สมมติฐาน

1. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุดีกว่า แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสามารถอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตในการถดถอยบุคคล ที่มีตัวแปรอื่นร่วมอยู่ด้วย

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง
จังหวัดสงขลา

แบบแผนชีวิต หมายถึง การกระทำและการรับรู้ของบุคคลเพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าและความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งประเมินได้ โดยใช้แบบวัดแบบแผนชีวิตซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินของ วอล์คเกอร์, ซีคริสต์ และ เพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender, 1987 : 76-81)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลแบบแผนชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. ได้ทราบถึงความแตกต่างของแบบแผนชีวิต ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
3. ผลการวิจัย จะเป็นข้อมูลที่สนับสนุนประโยชน์ของการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการพัฒนากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อการปรับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนแบบแผน
ชีวิต 6 เดือน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ วรรณคดีที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แบบแผนชีวิต
3. ชุมชนผู้สูงอายุ

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นพัฒนาการช่วงชีวิตตอนปลายของมนุษย์ ซึ่งไม้อาจหลีกเลี่ยงได้ เพราะเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามธรรมชาติ จนกระทั่งวาระสุดท้าย มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุอย่างกว้างขวาง พอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมตามธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งดำเนินไปตามเวลา เป็นช่วงวัยสุดท้ายของวงจรชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีการเสื่อมถอย ทруд โทรมของร่างกายและจิตใจมากกว่าช่วงวัยอื่น

1. ความหมาย

ในสังคมดั้งเดิมซึ่งประชากรยังมีน้อย การกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุจะนิยมดูบทบาทของบุคคลนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคมเป็นเกณฑ์ แต่ในสังคมใหม่ปัจจุบันได้กำหนดผู้สูงอายุโดยใช้จำนวนปีตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ ซึ่งการจะใช้เกณฑ์อายุได้นั้นขึ้นอยู่กับข้อตกลงของแต่ละประเทศ เนื่องจากแต่ละสังคม แต่ละประเทศ มีความแตกต่างกัน ทั้งลักษณะเฉพาะตัวบุคคล และขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น

สหรัฐอเมริกา ใช้เกณฑ์อายุ 65 ปี กำหนดการเป็นผู้สูงอายุ (Matteson and Mc Connell, 1988 : 9; Yurick et. al., 1989 : 42) เช่นเดียวกับ ประเทศญี่ปุ่น (กนเพชร, 2534 : 108) ส่วนประเทศรัสเซียได้กำหนดอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ (Duncan, 1982 : 257) แต่ตามมาตรฐานสากล ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกัน ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ศรีจิตรา, 2530 : 351; ชุตินา, 2531 : 1; บรรลุ, 2533 : 433) ซึ่งประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ใช้เกณฑ์นี้ โดยกำหนดอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์เริ่มต้นของวัยสูงอายุ

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุ (Theories of Aging)

ในขณะนี้ การศึกษาเกี่ยวกับวัยสูงอายุได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางมีทฤษฎีจากหลายศาสตร์หลายสาขานำมาอ้างอิงและอธิบาย แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ใดทฤษฎีเดียวที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของวัยสูงอายุได้อย่างชัดเจน ต้องอาศัยหลายทฤษฎีมาประกอบกัน ทฤษฎีทั้งหลายมีความแตกต่างกันทั้งรูปแบบและความเชื่อ ซึ่งพอจะสรุปทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุได้ เป็น 2 กลุ่ม คือ ทฤษฎีเชิงชีวภาพและทฤษฎีเชิงจิตสังคม (เกษม และกุลยา, 2528 : 19; Mc Clymont et. al., 1986; Matteson and Mc Connell, 1988)

2.1 ทฤษฎีเชิงชีวภาพ (Biological Theories) สรุปหลักของทฤษฎีว่า อวัยวะทุกส่วนของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยสูงอายุ ซึ่งอัตราการเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันไปในแต่ละคนและในแต่ละอวัยวะ ทฤษฎีนี้ได้แบ่งย่อยออกเป็นหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการสะสมสารไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) ซึ่งเป็นรงควัตถุไขมันที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทางสรีรวิทยา ซึ่งกล่าวว่า วัยสูงอายุ เป็นผลจากความบกพร่องของกลไกควบคุมทางสรีรวิทยา คือ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ แต่ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในกลุ่มนี้คือ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ ซึ่งสามารถอธิบายและให้แนวทางในการปฏิบัติได้ จากแนวคิดที่ว่า การเสื่อมของเซลล์ในร่างกายเป็นผลจากการสะสมของอนุมูลอิสระ (free radical) ซึ่งร่างกายของคนเราจะถูกรุกรานโดยอนุมูลอิสระทั้งภายในและภายนอก

นอกร่างกาย ดังนั้น การลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระอาจทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดี ลดมลภาวะของอากาศ เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณสมบัติต่อต้านการเกิดอนุมูลอิสระและลดสารอาหารที่จะไปเพิ่มการทำหน้าที่ของอนุมูลอิสระด้วย ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีการส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีวิตามิน อีและซี มากขึ้น เพราะเชื่อว่าจะช่วยลดอนุมูลอิสระได้

2.2 ทฤษฎีเชิงจิตสังคม (Psychosocial theories) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งมักเกิดพร้อม ๆ กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน มีความเกี่ยวข้องกับ บุคลิกภาพ สมรรถภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนี หรือถดถอยจากสังคมที่ละน้อย ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งกล่าวว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน และทฤษฎีความต่อเนื่องซึ่งเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางเนื่องจากสามารถอธิบายภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมกว่าทฤษฎีอื่น โดยเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน

3. การเปลี่ยนแปลงและปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งอัตราการเปลี่ยนแปลงของแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและความเครียด (Eliopoulos, 1987 : 53) โดยทั่วไปกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นไปได้ 2 รูปแบบ คือการเปลี่ยนแปลงในลักษณะความเจริญงอกงามและสร้างเสริม (growth or evolution) และในลักษณะการเสื่อมสลาย (atrophy or involution) ตามปกติการเปลี่ยนแปลงทั้ง 2 รูปแบบ เกิดขึ้นพร้อมกันแต่อัตราการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงในลักษณะความเจริญงอกงามจะเป็นไปอย่างรวดเร็วตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 40 ปี ใน ช่วงอายุ ขณะที่การเสื่อมสลายจะเป็นไปอย่างช้า ๆ หลังจากอายุ 40 ปี การเสื่อมสลายจะเร็วขึ้นและการเจริญงอกงามจะลดลงอย่างรวดเร็ว (กรมการแพทย์, 2524 :

102; เกษมและกุลยา, 2528 : 5) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุตามมา โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

3.1 ด้านกายภาพและสรีรวิทยา (Physical and Physiological Change)

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมาโดยเซลล์ต่าง ๆ มีจำนวนและการทำงานลดลง (Eliopoulos, 1978 : 53; Carnevali & Patrick, 1986 : 90) ผู้ศึกษาหลายท่าน (วิไลวรรณ, 2528; วิชาวี, 2532; Carnevali & Patrick, 1986 : ^{พฤกษศาสตร์} Matteson & Mc Connell, 1986; Yurick et. al., 1986; Eliopoulos, 1987) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาของผู้สูงอายุด้านกายภาพและสรีรวิทยา สรุปได้ดังต่อไปนี้

ระบบผิวหนัง ผิวหนังเสียความยืดหยุ่น เหนียวแน่นและแห้งแตกง่าย ต่อมาเหงื่อทำงานลดลง แมคโครฟาร์ท (macrophages) บริเวณผิวหนังมีจำนวนลดลง เส้นเลือดฝอยตามผิวหนังแตกง่าย การรับความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง ผมและขนมีจำนวนลดลงและมีสีจางลงเป็นสีเทาหรือสีขาว เล็บแข็งทื่อ และเป็นสีเหลืองมากขึ้น ปัญหาในระบบผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะเรื้อรังผิวหนัง, ร่องลงมาคือ การติดเชื้อรา ผิวหนังอักเสบ ผื่นคัน นอกจากนี้ อาจเกิดอุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ได้ง่าย จากความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และประสาทอัตโนมัติลดลง ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวนั้น ๆ แต่จำเรื่องราวในอดีตได้ดี การไหลเวียนเลือดในสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหน้ามืด เป็นลม ได้บ่อยและพลัดตกหกล้มได้ง่าย สายตายาวขึ้น ลานสายตาแคบลง แยกสีที่คล้ายกันได้ยาก การผลิตน้ำตาลดลง เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย จากการศึกษาของเกาพรและคณะ (2532 : 27) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาด้านการมองเห็น โดยพบว่าโรคทางตาที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ ต้อกระจก (ศรีจิตรา, 2530 : 32; จินตนา, 2534 : 211) ผู้สูงอายุมีการ

ได้ยินลดลง โดยจะสูญเสียการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ จากการศึกษาของภาพรและคณะ (2532 : 29) พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 40 เท่านั้นที่มีระดับการได้ยินดีมาก การรับรู้กลิ่นหรือดมกลิ่นไม่ได้และการรับรสต่าง ๆ เสื่อมลง ผู้สูงอายุจึงมักเบื่ออาหาร แต่การรับรสนั้นยังดี ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสนานจัดขึ้น

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น กระดูกจะเปราะหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาเป็นโรคข้ออักเสบมากที่สุดถึงร้อยละ 46 (Eliopoulos, 1990 : 6) ส่วนในผู้สูงอายุไทย พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด (บรรลุและคณะ, 2531 : 24; ภาพรและคณะ, 2532 : 26; นิภาและคณะ, 2534 : 28; พรทิพย์, 2534 : 239)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายจะหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนา ประสิทธิภาพการทำงานและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง หัวใจหลอดเลือดหนาขึ้น ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ปัญหาในระบบนี้ที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคลิ้นหัวใจและโรคอื่น ๆ เกี่ยวกับหลอดเลือด จากการศึกษาของภาพรและคณะ (2532 : 27) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจจัดเป็นโรคอันดับที่ 5 และ 7 ใน 10 อันดับแรกของโรคที่พบในผู้สูงอายุไทย

ระบบทางเดินหายใจ เซลขนกวัด (cilia) ในทางเดินหายใจทำงานลดลง รีเฟล็กซ์การไอและประสิทธิภาพการไอลดลง ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย เส้นใยคอลลาเจนที่ห่อหุ้มถุงลมลดลง จึงเกิดถุงลมโป่งพองได้ง่าย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจค่อนข้างสูง (ภาพรและคณะ, 2532 : 26; บรรลุ, 2533 : 434) และโรคที่พบบ่อยในระบบนี้ได้แก่ โรคปอดบวม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดลมอักเสบ และมะเร็งปอด

จากตัวอักษร
คัดลอกจากหน้า

ระบบทางเดินอาหาร เคลื่อนไหวน่าลง กระตุกยึดเหนี่ยวแข็งแรง
 ให้นิ่งยุ แดกและหลุดได้ง่าย การผลิตน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้งมีโอกาสติดเชื
 โนปากมากขึ้น การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลง ทำให้การ
 ดูดซึมแคลเซียมและเหล็กลดลง การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี การเคลื่อนไหว
 ของลำไส้ลดลงร่วมกับกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังทำให้เกิดท้องผูกได้บ่อย จากการ
 ศึกษาของนาพรและคณะ (2532 : 27) พบว่าผู้สูงอายุไทย มีปัญหาท้องผูกถึง
 ร้อยละ 40 สอดคล้องกับการศึกษาของวรณี (2534 : 194) ที่พบว่า ปัญหาที่พบ
 มากที่สุดในแบบแผนการรับถ่ายของผู้สูงอายุภาคใต้ คือ ท้องผูก

ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรอง และการดูดกลับสารต่าง ๆ
 น้อยลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลัง ขนาดและความจุของกระเพาะ
 ปัสสาวะลดลง ในเพศชายมักพบต่อมลูกหมากโต ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่
 มีปัญหา เรื่องปัสสาวะลำบาก

ระบบสืบพันธุ์ ในเพศชาย อัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้
 น้อยลง ในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อ มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุช่องคลอดบาง ช่อง-
 คลอดมีสภาวะเป็นต่างมากขึ้น ทำให้อักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองทำงานลดลง ผลิตภัณฑ์ไทรอยด์ต่าง ๆ
 น้อยลงเป็นเหตุให้ต่อมไร้ท่ออื่น ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองทำงานลด
 ลง

3.2 ด้านจิตใจ (Psychological Change)

สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับสภาวะทางร่างกาย เมื่อร่าง-
 กายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น อารมณ์และจิตใญ่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย
 รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็มีผลต่อจิตใจเช่นกัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการ
 เปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด
 ซึมเศร้า ใจน้อย ไร้ไหว เสรีซึม วิตกกังวล เป็นต้น เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง
 อัตมโนทัศน์และการสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ทั้งความสัมพันธ์แข็งแรงของร่างกาย
 ความภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ รวมทั้งสูญเสียเพื่อนฝูงและคู่ชีวิต
 ซึ่งทำให้บุคคลวัยนี้ประสบกับวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรง ถ้าผู้สูงอายุสามารถ

เผชิญกับภาวะนี้ได้ด้วยความรู้สึกมั่นคง หนักแน่น แสดงว่า บุคคลนั้นสามารถดำรง
 ความสมดุลระหว่างความต้องการของตนกับความเป็นจริงของโลกภายนอกได้ แต่ใน
 ทางตรงข้าม ถ้าไม่สามารถเผชิญกับภาวะนี้ได้ จะรู้สึกสิ้นหวัง ชีวิตไร้ค่า อนาคตไร้
 ความหมาย มองโลกอย่างขมขื่น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ในสหรัฐ-
 อเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ร้อยละ 18-25
 (Burnside, 1988) ส่วนในประเทศไทย จากการศึกษาของเทพพรและคณะ
 (2532 : 29) ซึ่งสำรวจเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยอย่าง
 น้อย 1 ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุในชนบทจะมีปัญหาสุขภาพ-
 จิตมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง และระดับการมีปัญหาด้านจิตใจจะเพิ่มขึ้นตามอายุ
 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เน็ทวอล (2534 : 233) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตใน
 ผู้สูงอายุ ชุมชนเชียงใหม่ พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและเข้าว้ปัญหาเป็นปฏิภาคกับการมี
 อายุ นั่นคือ ยิ่งมีอายุมากขึ้นภาวะสุขภาพจิตดีและเข้าว้ปัญหาจะลดลง

จากการศึกษา พบว่า โรคทางจิตที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ ได้แก่
 ประสาทหลง (delirium) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และภาวะซึมเศร้า
 (depression) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า พบได้บ่อยมาก โดยมีอาการทางจิตใจ
 คือ หดหู่ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ ไม่มีแรง บกุงครั้งมีอาการเรื้อรังทาง
 กายร่วมด้วย เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ (สมพร, 2530 : 631) จากการศึกษาของ
 บรรลุและคณะ (2531 : 24) เกี่ยวกับความสมบูรณ์ทางจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า
 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกาย โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์
 แข็งแรงจะพบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง ซึ่งผู้สูงอายุที่มี
 ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายได้ง่าย (สมพร, 2530 : 632)

กล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสำคัญยิ่งต่อชีวิต โดยเฉพาะ
 ในผู้สูงอายุซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมี
 ความมั่นคงในอารมณ์ สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้เป็นอย่างดี
 (เกริกศักดิ์, 2533 : 69) และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อายุยืน (เน็ทวอล, 2534 :
 233)

3.3. ด้านสังคม (Sociological Change)

นอกจากผู้สูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจแล้วต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ดังนี้

3.3.1 การปลดเกษียณหรือออกจากงาน (Retirement) หลังการปลดเกษียณหรือออกจากงาน ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่าง ๆ เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต การลดบทบาทและหน้าที่ในสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายจะรู้สึกสูญเสียบทบาททางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (อาภา, 2533 : 144) และมีแนวโน้มที่จะเห็นห่างจากสังคมมากขึ้น จากการศึกษาของบรรลุและคณะ (2531 : 72) เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 48.9 มีการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงนาน ๆ ครั้ง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ใช้แรงงาน เช่น ทำนา ทำสวน กรรมการ ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพได้อีกต่อไป ในขณะที่ยังต้องใช้จ่ายใช้สอยเพื่อการดำรงชีพและค่ารักษาพยาบาล จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ บ่งชี้ว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย (เกริกศักดิ์ และคณะ, 2533 : 83; บรรลุ, 2533 : 434; นิยมวาล, 2534 : 226) เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ใช้แรงงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท จากการศึกษาของนภาพร และคณะ (2532 : 19) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุไทยในชนบท มีรายได้ไม่เพียงพอกับการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ต้องพึ่งพาค่าใช้จ่ายจากบุตรหลาน ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มเกษียณจะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจน้อยกว่าผู้สูงอายุ กลุ่มที่ใช้แรงงาน เพราะยังคงมีรายได้จากเงินบำนาญ แต่ก็อาจประสบปัญหาเศรษฐกิจได้ เนื่องจากค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ ในขณะที่รายได้นิ่งทึบ (อาภา, 2533 : 143)

3.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว (Family change)

สังคมไทยในปัจจุบัน เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องเดินทางแสวงหางานนอกชุมชนที่ตนอยู่ นอกจากบุตรหลานที่แต่งงานมีครอบครัวของตนเองก็มักไปตั้งครอบครัวใหม่มากกว่าจะอยู่อย่างผู้อาศัยในครอบครัวเดิม อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจบังคับให้บางครอบครัวไม่

สามารถเลี้ยงดูญาติผู้สูงอายุของฝ่ายบิดา มารดา ได้เหมือนในอดีตทำให้ผู้สูงอายุมี
 แนวโน้มที่จะอยู่ตามลำพังมากขึ้น แต่จากการศึกษาของศรีเรือน (2532 : 50)
 เกี่ยวกับความพอใจในชีวิตผู้สูงอายุไทย และการศึกษาของนภาพรและคณะ (2532
 : 21) เกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงนิยมอยู่กับ
 บุตรหลานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกริกศักดิ์และคณะ (2533 : 38) ในผู้สูง-
 อายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 85 ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน
 สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวยังไม่ได้ลดต่ำลงอย่างที่วิตก โดยทั่วไป
 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว โดยยังอยู่ในฐานะ
 หัวหน้าครอบครัว โดยเฉพาะในเขตชนบท แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งก็ยัง
 ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัวที่สำคัญอีกอย่างคือ การสูญเสียบุคคลที่มีความ
 ความหมาย เช่น คู่ครอง เพื่อนสนิทหรือผู้ใกล้ชิด ที่สำคัญที่สุด คือ การเสียชีวิตของ
 คู่ครอง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่ จะรู้สึกไร้ที่พึ่ง ว้าเหว เศร้าซึมและอาจเสียชีวิตไป
 ในเวลาอันรวดเร็ว (อาภา, 2533 : 146)

จะเห็นได้ว่า ในวัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาทั้ง
 ทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมมากมาย แม้วัยสูงอายุจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น
 ตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
 แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากพื้นฐานการปฏิบัติตัวด้านการดำเนินชีวิตทั่วไปและความระมัด
 ระวังสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วย (นิภา, 2534 : 30) และจากการศึกษา
 ต่าง ๆ บ่งชี้ว่า แบบแผนชีวิตเป็นสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะ
สุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล (Bruhn, 1988 : 74; Walker et. al.,
 1988 : 76; Lubben et. al., 1989 : 731; Tanner, 1991 : 845)
 การมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของร่างกาย
 ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Speake et. al., 1991 :
 45) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

แบบแผนชีวิต

1. ความหมาย

วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et, al., 1987 : 77) ได้อ้างถึง ดันน์ (Dunn, 1961) ว่าเป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึง แบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีอายุยืน หลังจากนั้นแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตก็ได้รับความสนใจและศึกษากันมากขึ้น เนื่องจากพบว่าปัจจุบันสาเหตุการเกิดโรคและการตายส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของบุคคล (Flynn and Giffin, 1984 : 241; Tanner, 1991 : 845) มีผู้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ดังนี้

ซิงเกอร์ (Singer, 1982 cited by Walker et. al., 1987 : 77) ได้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตคล้ายคลึงกับ ฟลินน์และกัฟฟิน (Flynn and Giffin, 1984 : 241) ว่าเป็นแนวทางในการดำรงชีวิต หรือเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติในแต่ละวัน

อาร์เดล (Ardell, 1979 cited by Walker et. al., 1987 : 76) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตเป็นพฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ ประกอบด้วย การปฏิบัติที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล

ชูลท์ (Shultz, 1984 : 271) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตเป็นอนุภาคนัยในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล โดยมีผลกระทบทางบวกหรือทางลบต่อภาวะสุขภาพ

คริสติน (Christine, 1991 : 816) ให้ความหมายแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกลุ่มของพฤติกรรม ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค

จะเห็นว่ามีผู้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตไว้มากมาย มีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันไป แต่ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et. al., 1987 : 77) ซึ่งได้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตในแง่ส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นรูปแบบหลายมิติของการกระทำและการรับรู้ของบุคคล เพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าและความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

2. องค์ประกอบของแบบแผนชีวิต

แบบแผนชีวิตเป็นรูปแบบหลายมิติ (multidimension pattern) และเป็นกลุ่มของพฤติกรรม (cluster of behavior) ดังนั้นจึงมีผู้แบ่งแบบแผนชีวิตออกเป็นหลายมิติแตกต่างกัน เช่น เทรวิส (Travis, 1977 cited by Walker et. al., 1987 : 77) กล่าวถึงแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง โภชนาการ การรับรู้สภาวะร่างกายและการจัดการกับความเครียด ส่วน อาร์เดล (Ardell, 1979, 1986 cited by Walker et. al., 1987 : 77) ได้แบ่งแบบแผนชีวิตออกเป็น 5 มิติ คล้ายกับ เทรวิส คือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความสมบูรณ์ของร่างกาย และการมีปฏิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1982, 1987) ได้ค้นคว้าและรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตจากนักศึกษาหลายท่าน กล่าวว่า แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป ประกอบด้วยพฤติกรรม 10 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การนอนหลับ การจัดการความเครียด ความรู้สึกรู้สึกค่าในชีวิต จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการใช้ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการแบ่งแบบแผนชีวิตออกเป็นพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้สามารถประเมินแบบแผนชีวิตได้สะดวกและครอบคลุมยิ่งขึ้น

ต่อมา วอล์คเกอร์และคณะ (Walker et. al., 1987 : 76-81) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตของนักศึกษาหลายท่าน รวมทั้งแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1982, 1987) มาศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิต หลังการศึกษาและทดลองใช้ วอล์คเกอร์และคณะ ได้แบ่งแบบแผนชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้สึกรู้สึกค่าในชีวิต (Self-actualization) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อแบบแผนชีวิต เป็นความมุ่งหมายหรือตั้งใจที่จะพัฒนาตนเอง ซึ่งรวมถึงประสบการณ์และความพึงพอใจในตนเอง ต้องการมีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

2.2 การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเอง โดยการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปฏิบัติ

พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง สนใจที่จะสังเกตความผิดปกติของร่างกายและแสวงหาคำปรึกษาและการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีความผิดปกติ

2.3 การออกกำลังกาย (Exercise) คือมีรูปแบบการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 นาที โดยคำนึงถึงประเภทและความหนักเบาในการออกกำลังกายให้พอเหมาะกับตนเอง

2.4 การรับประทานอาหาร (Nutrition) คือมีรูปแบบการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้รับสารอาหารครบถ้วน

2.5 การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal support) เป็นการรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ให้คงความสัมพันธ์กลมและคุ้นเคย เพื่อคงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับสังคม

2.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการรักษาสาเหตุของความเครียดและสามารถควบคุมความเครียดได้ โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้เทคนิคต่าง ๆ จัดการกับความเครียด เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลาย โยคะ

องค์ประกอบแบบแผนชีวิต 6 ด้าน ดังกล่าวนี้ ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและนำไปใช้โดยทั่วไป

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิต

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรสและลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม และแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 เพศ จากอายุขัยเฉลี่ย พบว่า เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวกว่าเพศชาย ซึ่งแสดงว่าเพศหญิงน่าจะมีแบบแผนชีวิตและภาวะสุขภาพดีกว่าเพศชาย จากการศึกษาในต่างประเทศ ส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีกว่า

เพศชาย (Walker et. al., 1988 : 84) รวมทั้งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีกว่าเพศชาย และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่าเพศชาย (Wilson & Elinson, 1981; Branch & Jette, 1984 in Brown and Mc Creedy, 1986 : 318; Ferraro, 1990 : 381) และมีการศึกษาอีกมากที่สนับสนุนว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติด้านสุขภาพหรือมีสุขนิสัยดีกว่าเพศชาย (Belloe & Breslow, 1972; Breslow & Enstrom, 1980; Wilson & Elinson, 1981 in Brown and Mc Creedy, 1986 : 318)

ส่วนในประเทศไทย การศึกษาส่วนใหญ่บ่งชี้ว่า เพศหญิงมีภาวะสุขภาพดีกว่าและมีโรคประจำตัวมากกว่าเพศชาย ทั้ง ๆ ที่เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า (นิศา, 2525; นภาพร และคณะ, 2532 : 26; มยุรา, 2534 : 6; บรรลุ, 2533 : 343) และจากการศึกษาของเยาวลักษณ์ (2529 : 96) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ เขตเมืองสระบุรี พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน โดยเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เพศชายออกไปทำงานนอกบ้าน มีโอกาสได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากสื่อมวลชน และเพื่อนได้มากกว่า ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในบ้านและมีความเป็นอยู่แคบกว่าเพศชาย

จะเห็นว่าจากการศึกษาในต่างประเทศ ส่วนใหญ่บ่งชี้ว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่อาจสรุปได้แน่นอน แต่ส่วนใหญ่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นสรุปได้ว่า เพศเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิตของบุคคล

3.2 อายุ โอเร็ม (Orem, 1985 : 255) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ดังนั้นวัยสูงอายุ จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมหรือแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า กลุ่มวัยน้อยกว่า แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกับกลุ่มวัยรุ่นและวัยกลางคน ของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et. al., 1988

: 76-90) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มวัยสูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่า กลุ่มวัยน้อยกว่า โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับฉีดวัคซีนสุขภาพตนเอง โภชนาการและการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่า ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า ผู้ที่อายุน้อยกว่า (Belloe & Breslow, 1972; Breslow & Enstrom, 1980; Wilson & Elinson, 1981 in Brown and Mc Creedy, 1986 : 318)

จากการศึกษาของเขาวลัคน์ (2529 : 98) พบว่า ผู้สูงอายุทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้อยู่ในช่วงวัยสูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งมีวัยต่างกันเล็กน้อย และมีความเป็นอยู่ อาชีพ การดำรงชีวิตโดยทั่วไป วัฒนธรรมประเพณีที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ได้รับการสั่งสอนถ่ายทอดต่อกันมา ทำให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตในช่วงวัยสูงอายุไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของริฟเฟิล โยโฮ และแซมส์ (Riffle, Yoho and Sams, 1989 : 204-211) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอปลาเชีย (Appalachian) ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า อายุมีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิต

3.3 การศึกษา โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ประภาณี, 2526 : 182) จากการศึกษานี้ของโคเบอร์ก และ โป๊ป (Coburg & Pope, 1974 in Viverais and Richardson, 1991 : 57) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรค และการศึกษาของสปีค และคณะ (Speake et. al., 1989 : 96) ซึ่งศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง จะมีการปฏิบัติด้านสุขภาพสูงด้วย นอกจากนี้จากการศึกษาของเขาวลัคน์ (2529 : 99) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวงเดียน (2533) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเพชรบุรีราชธานี พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพ

สูง ปานกลาง ต่ำ แตกต่างกัน

ดังนั้นกล่าวได้ว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิต โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีแบบแผนชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

3.4 รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิตของบุคคล ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161-162) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของบราวน์ และแม็ค ครีดีตี (Brown and Mc Creedy, 1986) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et. al., 1988 : 84) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับแบบแผนสุขภาพด้านการรับผิดชอบสุขภาพและการออกกำลังกาย ส่วนโคเบอร์ก และโป๊ป (Coberg & Pope, 1974 in Dresler and Richardson, 1991 : 571) ศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน อย่างไรก็ตาม วงเดียน (2533) ได้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างของรายได้ จะมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ (2529) ที่พบว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ได้มีความแตกต่างกันตามรายได้ ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษา มีรายได้ไม่แตกต่างกันมาก โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ พอจะสรุปได้ว่ารายได้น่าจะจะมีอิทธิพลต่อแบบแผนชีวิต

3.5 สถานภาพการสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส น่าจะมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ เป็น โสดหรือ ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากมีโอกาสได้รับการกระตุ้นและช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจากคู่สมรส ในการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า สถานภาพการสมรสมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของบุคคล (Walker et. al., 1988 : 80) และจากการศึกษาของบราวน์ และแม็ค ครีดีตี (Brown and Mc Creedy, 1988 : 325) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ในผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพการสมรสคู่จะปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็น โสด แต่ในผู้สูงอายุหญิงสถานภาพการสมรสไม่มีผลต่อการปฏิบัติตัว

เพื่อส่งเสริมสุขภาพ อาจเนื่องจากโดยทั่วไปเพศหญิงมักจะดูแลสุขภาพตนเองและ
 เป็นผู้ดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวอยู่แล้ว โดยมีกเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกในครอบ-
 ครัวปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แต่จากการศึกษาของสปีคและคณะ (Speake
 et. al., 1989 : 96) เกี่ยวกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพการ
 สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต นอกจากนี้ วงเดือน (2533) ซึ่งศึกษาพฤติ-
 กรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี พบว่า สถานภาพการสมรส
 มีผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพสูง ปานกลาง ต่ำ ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจาก
 การศึกษาอาจจะกล่าวได้ว่าสถานภาพการสมรสมีผลต่อแบบแผนชีวิตของบุคคล

3.6 ลักษณะครอบครัว หรือการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น จากการพัฒนาด้าน
 สังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของประเทศไทย ทำให้มีผลกระทบต่อโครงสร้าง
 ของครอบครัว จากเดิมเป็นครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ซึ่งย่อมมี
 ผลต่อแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของอำไพ และคณะ (2535 : 8)
 เกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน
 ครอบครัวขยายจะมีบุตรหลาน คอยให้การดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และมีโอกาส
 ที่จะแสดงบทบาทได้มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวเดี่ยว นอกจากนี้ยังพบว่า
 ลักษณะครอบครัวมีผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะการออกกำลังกายต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่อยู่
 ในครอบครัวขยายได้พูดคุยกับบุตร หลาน เป็นการพักผ่อนหย่อนใจในขณะที่ผู้สูงอายุที่
 อยู่ในครอบครัวเดี่ยวจะมีเวลาว่างมากและสามารถไปร่วมออกกำลังกายกับเพื่อนฝูง
 วยได้ด้วยกันได้

4. การประเมินแบบแผนชีวิต

มีผู้ศึกษาและสร้างเครื่องมือซึ่งใช้ประเมินแบบแผนชีวิตในลักษณะของพฤติกรรม
 ซึ่งแตกต่างกันหลายด้าน ตามแนวคิดของผู้ศึกษาแต่ละท่าน แต่ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่
 หลายมีดังนี้

4.1 The Wellness Index เป็นเครื่องมือซึ่งใช้ประเมินแบบแผน
 ชีวิตของบุคคลแบบสั้น สร้างโดย เทรวิส (Travis, cited by Pender, 1987
 : 119-120) เพื่อให้พยาบาลใช้ในการประเมินแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยในระยะแรก

รับการรักษา ซึ่งผู้ใช้มีเวลาในการประเมินจำกัด โดยมีคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง โภชนาการ การรับรู้สภาพร่างกายและการจัดการกับความเครียด รวมทั้งหมด 16 ข้อ และมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือนาน ๆ ครั้ง บางครั้งและบ่อยครั้ง เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยม เครื่องมือหนึ่ง แต่ไม่ได้มีการรายงานค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นไว้

4.2 The Lifestyle and Health Habit Assessment (LHHA) สร้างโดย เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 113-118) เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งวัดพฤติกรรม 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพ โดยมีคำถามทั้งหมด 100 ข้อ และให้ผู้ตอบกากบาทหน้าข้อที่ตนเองปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ผู้สร้างเครื่องมือ ไม่ได้รายงาน ค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงไว้

4.3 The Health Promotion Lifestyle Profile (HPLP) ซึ่งสร้างโดย วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et. al., 1987 : 76-81) จากการนำเครื่องมือ LHHA ของเพนเดอร์มาดัดแปลงปรับปรุงโดยตัดและเพิ่มในบางข้อรวมเป็น 107 ข้อ ส่วนคำตอบได้เปลี่ยนเป็นระดับคะแนน 4 ระดับ จาก 1 ถึง 4 คือ 1 = ไม่เคย 2 = บางครั้ง 3 = บ่อยครั้ง 4 = เป็นประจำ หลังจากนั้นได้นำไปหาความเชื่อมั่นและทดลองใช้ หลังการทดลองใช้และวิเคราะห์ผล ได้ปรับปรุงเหลือข้อความ 48 ข้อ โดยเป็นการวัดพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด เครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงได้ 0.922 โดยมีค่าความเที่ยงตรงเฉลี่ยในแต่ละพฤติกรรม 0.702 - 0.904

เครื่องมือ HPLP ได้รับความนิยมนำไปใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น

สปีค โควาร์ทและเพลเลต (Speake, Cowart and Pellet, 1989 : 93-100) ได้นำไปใช้ในการศึกษาการรับรู้สุขภาพและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ วอล์คเกอร์และคณะ (Walker et. al., 1988 : 76-90) นำไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุกับวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน นอกจากนี้ จิลลิสและเพอร์รี่ (Gillis & Perry, 1991 : 299-310) ได้นำไปศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงวัยกลางคน

สปีค โควาร์ทและสตีเฟน (Speake, Cowart and Stephen, 1991 : 45-51) ได้นำไปศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทและในเขตเมืองและวิทเชล (Weitzel, 1989 : 99-104) ได้นำไปใช้ในการทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของคณงานในโรงงาน จากงานวิจัยต่าง ๆ เหล่านี้ พบว่า เครื่องมือนี้มีความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงเพียงพอที่จะนำไปใช้ศึกษาแบบแผนชีวิตในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน

5. ความสำคัญของแบบแผนชีวิตต่อภาวะสุขภาพ

มีการศึกษามากมายที่ยืนยันว่า แบบแผนชีวิตหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล มีอิทธิพลทั้งต่อภาวะสุขภาพและอายุยืนยาวของบุคคล (Walker et. al., 1987 : 76) ซึ่ง แทเนอร์ (Tanner, 1991 : 845) ได้กล่าวว่าแบบแผนชีวิตของบุคคลเป็นสาเหตุของการเกิดโรคสำคัญต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารจุ อาหารไขมันสูง รวมทั้งการไม่ออกกำลังกาย เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ แบบแผนชีวิตยังเป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสาเหตุการตายมากกว่าครึ่งเป็นผลมาจากการมีแบบแผนชีวิตที่ไม่เหมาะสม (Walker et. al., 1987 : 76) เช่น การไม่สวมหมวกกันน็อค การไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย เป็นสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุ เป็นต้น และจากการศึกษา พบว่า โรคเรื้อรัง 10 อันดับแรกของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต เช่น โรคข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด (Burnside, 1988

: 24) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ส่วนในประเทศไทย ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร (ศรีจิตรา, 2530 : 352; นภาพรและคณะ, 2532; บรรลุ, 2533 : 73; วรณี, 2534 : 198) ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนหรือแบบแผนชีวิตเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของ เกริกศักดิ์และคณะ (2533) พบว่าพฤติกรรมในการรักษาสุขภาพของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนรวมทั้งพฤติกรรมการบริโภค จะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งโดยทั่วไปเชื่อว่าการมีพฤติกรรมหรือแบบแผนชีวิตที่ดี จะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของร่างกาย ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Speake et. al., 1991 : 45) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารถูกส่วนจะช่วยลดผลกระทบจากความเสื่อม ซึ่งเป็นผลจากวัยสูงอายุได้ (Fulmer, 1989 : 711) และจากการศึกษาของบรรลุและคณะ (2531 : 70) ถึงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง พบว่า แบบแผนชีวิตด้านโภชนาการมีส่วนสำคัญสูง ในการทำให้อายุยืนยาวและร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ส่วนการศึกษาของแคปแลนและคณะ (Kaplan et. al., cited by Lubben et. al., 1987 : 731) พบว่า การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักและการรับประทานอาหารเข้าสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่ต่ำ

กล่าวได้ว่า แบบแผนชีวิตมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้อง เหมาะสม ย่อมจะมีภาวะสุขภาพที่ดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งจะนำไปสู่การมีอายุยืนยาวส่วนผู้ที่มีแบบแผนชีวิตที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญได้

6. แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แม้วัยสูงอายุ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจแต่ก็สามารถที่จะป้องกันและลดการเกิดปัญหานี้ได้ โดยการดูแลสุขภาพและ

ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงภาวะสุขภาพดีและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดของร่างกายหรือชลอวัยสูงอายุนี้ มีผู้ให้แนวทางไว้หลายท่าน เช่น พงษ์ศิริ (2534 : 30-32) กล่าวว่า หลักการซึ่งควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป มี 2 ประการคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการทำจิตใจให้สงบนิ่ง ส่วนวิทิต (2534 : 70-73) กล่าวว่า การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีหลัก 5 ประการ คือ การออกกำลังกาย การทำจิตใจให้เบิกบาน การทำงานและการพักผ่อน การรับประทานอาหาร และการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับธรรมชาติ นอกจากนี้ แจก (2530 : 103-142) ได้กล่าวถึงหลัก 9อ. เพื่อผ่อนคลายความชราทำให้เซลล์เสื่อมช้าและปราศจากโรค ดังนี้

1. อนาคต ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวเตรียมใจในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งช่วยให้สามารถเผชิญและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. อนามัย หมั่นตรวจดูสุขภาพร่างกายเป็นประจำ โดยควรตรวจ 1-2 ครั้งต่อปี
3. อารมณ์ พึงระมัดระวังการเกิดอารมณ์ต่าง ๆ ควรควบคุมอารมณ์ให้สงบนิ่ง
4. ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
5. อาหาร รับประทานอาหารถูกส่วน ครบ 5 หมู่
6. อากาศ ควรอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ มีการถ่ายเทอากาศดี
7. อาทิตย์ ให้โอกาสสรวลหัวเราะต่าง ๆ ได้อาบแสงอาทิตย์ในตอนเช้า สาย และบ่าย
8. อติเรก ควรมีงานอดิเรกทำ เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้
9. อบอุ่น ควรทำตัวเป็นผู้ให้ความอบอุ่น เป็นที่เคารพรักของลูกหลาน จากที่มีผู้ให้แนวทาง และหลักการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไว้หลายประการ ซึ่งส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน สามารถสรุปรวมเป็น 4 ด้านใหญ่ ๆ คือ

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การดูแลสุขภาพกายและ
 การดูแลสุขภาพจิต ซึ่งผู้สูงอายุควรปฏิบัติเป็นแบบแผนชีวิต เพื่อดำรงรักษาสุขภาพ
 ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร ในวัยสูงอายุ ระบบทางเดินอาหารมีการ
 เปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาโภชนาการตามมา คือ การเคี้ยวและกลืนอาหาร
 ลำบาก เนื่องจากฟันหักมากขึ้นและต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารน้อย
 ลงเนื่องจากการรับรส กลิ่น ลดลง นอกจากนี้พบว่าการทำงานของกระเพาะอาหาร
 และลำไส้ลดลง เช่น การดูดซึมอาหาร การบีบตัวของกระเพาะและลำไส้ลดลง
 เป็นเหตุให้อาหารย่อยช้า เกิดอาการท้องอืด แน่นท้องและท้องผูกได้บ่อย (วิภาวี,
 2532 : 11-12; Mc Clymont et. al., 1986 : 42) ผู้สูงอายุจึงควรมี
 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและได้รับอาหารที่มีประโยชน์ มีสาร
 อาหารครบถ้วน ประเภทเนื้อ นม ไข่ ตักและเกลือแร่ แต่ควรลดอาหารพวกแป้ง
 น้ำตาลและไขมันลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีกิจกรรมและความต้องการใช้พลังงานน้อย
 ลง ทั้งนี้เพราะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงและอัตราการเผาผลาญของ
 ร่างกายในวัยสูงอายุจะลดลงประมาณร้อยละ 2 ทุก ๆ 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น
 (วิภาวี, 2532 : 11) ดังนั้นควรลดพลังงาน 200 แคลอรี/วัน ในช่วงที่มีกิจกรรม
 น้อยลง สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ควรลดพลังงานลงประมาณ 400
 แคลอรี/วัน (นียา, 2535 : 22) ลักษณะอาหารของผู้สูงอายุควรเป็นอาหารที่
 อ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย มีสีส้ม กลิ่นและรสชาติรับประทาน รสไม่จัดมาก รับประทาน
 มือละจำนวนน้อยแต่บ่อยขึ้นเป็นวันละ 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมื้อสายและมื้อบ่าย ให้มี
 กลางวันเป็นอาหารหลักเพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร (นียา, 2535 : 27)
 โดยทั่วไป ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้ (ธีรพร, 2531 : 7-43;
 นียา, 2535 : 22-27)

1.1 โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1
 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัม/วัน โดยให้โปรตีนที่อุดมด้วยกรดอะมิโน ได้แก่
 เนื้อ ปลา ไข่ เมล็ดพืช หรือประมาณร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมด ซึ่งเป็น
 ปริมาณที่เพียงพอในการซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ

1.2 คาร์โบไฮเดรต ควรได้รับประมาณ ร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมด โดยควรอยู่ในรูปของแป้ง เพื่อถนอม คาร์โบลิคเลียงอาหารที่ทำด้วยน้ำตาลทราย เช่น ขนมหวาน ผลไม้กระป๋อง เพราะผู้สูงอายุจะอ้วนได้ง่าย

1.3 ไขมัน ควรได้รับไม่เกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน โดยอย่างน้อยร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับควรเป็นไขมันจากพืชที่มีกรดไลโนเลอิก ซึ่งจะช่วยให้การขับถ่ายคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ออกจากร่างกาย คาร์โบลิคเลียง เครื่องในสัตว์ สมอแห้ง เบ็ด ไข่ เพราะมีคอเลสเตอรอลสูง

1.4 แร่ธาตุและวิตามิน ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัม/วัน เนื่องจากผู้สูงอายุมักขาดแคลเซียมและเหล็ก จึงควรได้รับเหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัม/วัน และควรรับประทานผักและผลไม้ซึ่งเป็นแหล่งวิตามินส่วนใหญ่ ซึ่งนอกจากจะป้องกันการขาดวิตามินแล้ว การรับประทานวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินเอและซี เชื่อว่าจะช่วยลดอนุมูลอิสระที่ลดความเสื่อมของร่างกายตามแนวคิดของทฤษฎีอนุมูลอิสระ ในผู้สูงอายุบางรายอาจต้องรับประทานวิตามินเสริม เนื่องจากได้รับวิตามินไม่เพียงพอ

1.5 น้ำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มน้ำน้อย เพราะกลัวว่าต้องปัสสาวะบ่อย โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับน้ำ ประมาณ 6-8 แก้ว/วัน หรือ 1,500-2,500 ซีซี./วัน นอกจากจะเป็นการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะแล้วยังช่วยป้องกันท้องผูกและทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

การส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เหมาะสมกับบุคคลและภาวะเศรษฐกิจ เสริมสารอาหารในส่วนที่ขาดและลดสารอาหารที่บริโภคมากเกินไป การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของผู้สูงอายุจะต้องค่อย ๆ เปลี่ยนไปที่ละน้อยจนเกิดความเคยชินในการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ (นิยา, 2535 : 28)

2. การออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกายช่วยให้ข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ลดผลกระทบอื่นเนื่องมาจากความเสื่อมของผู้สูงอายุ (Fulmer, 1989 : 711) มีรายงานว่า การออกกำลังกายจะ

ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิต (Forbes, 1992 : 19) นอกจากนี้ จากการศึกษาของพอสนเนอร์และบอร์ทซ์ (Posner, 1986 & Bortz, 1980 cited by Forbes, 1992 : 17) พบว่า การขาดการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่บั่นทอนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะมีรายงานมากมาย บ่งชี้ว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์กับสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุก็ยังออกกำลังกายน้อย (Forbes, 1992 : 19) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรูลูและคณะ (2531 : 34) โดยพบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 67.1 ไม่ชอบออกกำลังกายมาตั้งแต่เด็กและปัจจุบันผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายเลยมีถึงร้อยละ 39.5 และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 29.1 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 31.4 เท่านั้นที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งบรูลูและคณะได้สรุปว่า หากมีการส่งเสริมเรื่องออกกำลังกายของคนไทยมาตั้งแต่เด็กและคงความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายจนถึงวัยสูงอายุ เชื่อว่าจะทำให้อายุยืนยาวมากขึ้นพร้อมทั้งมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง นอกจากนี้การศึกษาของ พาฟเฟนบาร์เกอร์ (Paffenbarger, 1986 อ้างตาม สุรินทร์, 2535 : 31) ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายกับกลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นเวลา 18 ปี พบว่า กลุ่มไม่ออกกำลังกายมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ อวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกายได้ดีขึ้นแล้ว ยังทำให้ภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ ของร่างกายสูงขึ้นด้วย (ศรีจิตรา, 2530 : 355)

จากการศึกษาพบว่า เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย คือ ตอนเช้า ภายหลังจากตื่นนอน สิ่งที่ควรระวัง คือ การเลือกประเภทของการออกกำลังกาย และความหนักเบาในการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและโรคของผู้สูงอายุ ซึ่งการออกกำลังกายที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercises) เช่น การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ (เจก, 2530 : 122; สุรินทร์, 2535 : 31; Pardini, 1984 cited by Forbes, 1992 : 20) สิ่งสำคัญ คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและหลังออกกำลังกายแล้วจะต้องพักผ่อนจนหายเหนื่อย ก่อนที่จะไปทำกิจกรรมอื่น ข้อควรระวังคือ ไม่ควรออกกำลังกายจนมีอาการเวียนศีรษะ ตามืดหรือหุ้บ หายใจหอบ ซึ่งควรเดินเร็วกว่า

120-130 ครั้ง/นาทีก่อนหน้านี้ ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเมื่อไม่สบาย เฝิง
 ฝืนใช้หรือเฝิงรับประทานอาหารใหม่ ๆ และควรงดออกกำลังกายในวันที่อากาศร้อน
 จัดและอบอุ่น จากการศึกษาของนาพรและคณะ (2532 : 5) พบว่า กิจกรรมที่ผู้
 สูงอายุไทยนิยมทำมากที่สุดในเวลารว่าง คือ การเดินเล่น ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย
 ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของนิ่มนวล (2534 : 182) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุ
 ในจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 38 มักออกกำลังกายโดยการเดิน แต่ยังมีอายุมากขึ้น
 ผู้สูงอายุก็มีการออกกำลังกายน้อยลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากภาวะเสื่อมของร่างกาย

นอกจากการออกกำลังกายแล้ว ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน
 หย่อนใจ เช่น การทำสวนครัว อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ และการไปพักผ่อน
 ในสถานที่อากาศปลอดโปร่ง เช่น สวนสาธารณะ ชายทะเล ซึ่งนอกจากจะเกิดผลดี
 ต่อสุขภาพกายโดยร่างกายได้รับการออกกำลังกายแล้ว ยังช่วยผ่อนคลายความเครียด
 ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตด้วย จากการศึกษาของบรรลุและคณะ (2531 : 51) เกี่ยวกับ
 พฤติกรรมการใช้เวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจของผู้สูงอายุไทย พบว่า ร้อยละ
 64.6 ของผู้สูงอายุใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ฟังวิทยุ
 ดูโทรทัศน์ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ เยี่ยมญาติพี่น้อง ท่องเที่ยวและสังสรรค์กับเพื่อนฝูง
 ส่วนการศึกษาของนาพรและคณะ (2532 : 5) เกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไทย
 นิยมทำมากที่สุดในเวลารว่าง คือ การเดินเล่น รองลงมาคือ การเลี้ยงสัตว์ และดู
 โทรทัศน์ และจากการศึกษาของเกริกศักดิ์และคณะ (2533 : 58) เกี่ยวกับการทำ
 กิจกรรมในเวลารว่างของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้
 เวลารว่างในการดูทีวี อ่านหนังสือพิมพ์ และเลี้ยงสัตว์ รองลงมาคือการสวดมนต์
 ไหว้พระและนอน

กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีการพักผ่อนหย่อนใจในเวลารว่าง ซึ่ง
 กิจกรรมที่ทำอาจคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันตามความต้องการและความเหมาะสมของ
 ผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

3. การดูแลสุขภาพกาย จากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจึง
 ต้องดูแลสุขภาพกายแตกต่างจากวัยอื่น ดังนี้ (เกษม และกุลยา, 2528; วิไลวรรณ,
 2528; Matteson and Mc Connell, 1986)

3.1 การดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้สูงอายุมีไขว้กันได้ผิวหนัง น้อย ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ผิวแห้งแตกง่าย ในวันที่อากาศแห้งและเย็น การอาบน้ำจะทำให้ผิวหนังแห้งทำให้เกิดคันคันได้ ดังนั้นจึงควรอาบน้ำวันละครั้งในวันที่อากาศร้อนและอาจลดเป็น 2 วันต่อครั้งได้ ในระยะที่มีอากาศหนาว ส่วนผมไม่ควรสระบ่อย เพราะหนังศีรษะแห้ง ควรจะสระสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นอย่างมาก ในด้านการรักษาสุขภาพปากและฟัน ควรล้างเหงือกและฟันทันทีหลังอาหารและก่อนนอน โดยใช้แปรงนุ่ม ๆ และอาจอมน้ำอุ่นหรือน้ำเกลืออุ่นเพื่อช่วยรักษาเหงือกและความสะอาดในช่องปาก ในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมควรถอดออกล้างทุกครั้งหลังอาหาร ในส่วนของมือและเท้าควรดูแลให้สะอาด โดยเฉพาะเท้าต้องดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันอันตรายและการบาดเจ็บต่าง ๆ การแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นประมาณ 10-15 นาทีและการนวดเท้า จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น ควรตัดเล็บให้สั้น เรียบเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด เลือกใส่รองเท้าที่พอเหมาะกับเท้าและสวมสบาย ส่วนเสื้อผ้าควรมีขนาดที่สวมใส่ง่ายและสบาย ไม่มีรอยยับหรือตะเข็บมากเกินไปและควรเป็นผ้าเนื้อนุ่มเพื่อป้องกันการเกิดรอยกดทับเวลานอน นอกจากนี้ควรใส่เสื้อผ้าที่แห้งสะอาดและเหมาะสมกับลักษณะอากาศ

3.2 การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเป็นโทษ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น น้ำชา กาแฟ รวมทั้งการเคี้ยวหมาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ โดยเฉพาะบุหรี่และสุรา พิสูจน์เป็นที่แน่ชัดแล้วว่า เป็นสิ่งบ่อนทำลายสุขภาพ ถ้าหากมีการส่งเสริมให้ ละ เลิก ลด สิ่งให้โทษเหล่านี้เชื่อว่าจะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและอายุยืนยาวขึ้น (บรรลุและคณะ, 2531 : 41) จากการศึกษาของบรรลุและคณะ (2531 : 71) เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.24 ไม่เคยดื่มสุรา และ 62.45 ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ส่วนการดื่มน้ำชา กาแฟ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มน้ำชา กาแฟเลย มีถึงร้อยละ 90.9 แต่ในด้านพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 55.7 ยังคงเคี้ยวหมากโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

จะเห็นว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในด้านการหลีกเลี่ยงจากสิ่งเป็นโทษ แม้ในวัยหนุ่มสาวจะเคยเสกสิ่งให้โทษเหล่านี้มาก่อน แต่มักจะ

เล็ก ในวัยสูงอายุ เนื่องจากสุขภาพไม่ดี

3.3 การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและการตรวจสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายและเป็นโรคได้หลายโรค นอกจากนี้ผู้สูงอายุรับรู้การเจ็บปวดลดลง มีความอดกลั้นสูงขึ้น ดังนั้นอาจไม่มีอาการแสดงของโรคให้เห็นเด่นชัด จะทราบต่อเมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น จึงควรมีการตรวจสุขภาพกับแพทย์ ปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อประเมินสุขภาพและหาทางป้องกันก่อนที่โรคจะมีอาการมากขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขได้ การตรวจสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ (เกษมและกุลยา, 2528 : 67-73; เจก, 2530 : 109-118) การตรวจร่างกายในวัยสูงอายุ มีดังนี้ คือ ตรวจความดันโลหิต ตรวจหัวใจ ปอดและตรวจประสาทสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้นและกายสัมผัส ตรวจเลือดและปัสสาวะ ตรวจหาชัลมาเร็ง รวมทั้งตรวจประเมินสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของร่างกาย และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพจากผู้ที่มีความรู้ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปปฏิบัติและปรับปรุงกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะดูแลรักษาสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จากการศึกษาของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et. al., 1988 : 76-90) ซึ่งเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุกับวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน

4. การดูแลสุขภาพจิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อชีวิต คนที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้เป็นอย่างดีและมีความมั่นคงในอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิตดีเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่ทำให้อายุยืน (นิมนวล, 2534 : 226) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีนอกจากจะเป็นผลดีต่อตนเองแล้วยังเกิดผลดีต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย (เกริกศักดิ์และคณะ, 2533 : 69) ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจิต มีดังนี้

4.1 การสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จากทฤษฎีเชิงจิตสังคมพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน และเนื่องจากมนุษย์อยู่ในสังคมซึ่งสังคมแรกของมนุษย์ก็คือ

ครอบครัว ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงต้องเริ่มที่ครอบครัว ลักษณะของครอบครัวที่ดีซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น ต้องเป็นครอบครัวที่มีบรรยากาศแห่งความรัก ความเข้าใจและความเอาใจใส่ที่ดีต่อกัน มีความสามัคคี ไม่มีความขัดแย้งหรือโกรธแค้นต่อกัน ให้อภัยและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สนใจในชีวิตความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งสัมพันธ์ภาพจะราบรื่นหรือไม่ ขึ้นกับความสัมพันธ์ในอดีต เป็นสำคัญ (จินตนา, 2535 : 42) นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะเพื่อนร่วมวัยก็มีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ การสนทนากับเพื่อนที่ทุกข์ใจ ได้ระบายความในใจต่อกัน จะทำให้จิตใจชุ่มชื้น มีกำลังใจหรือการไปเที่ยวด้วยกัน รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนข่าวสารและประสบการณ์กัน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสบายใจ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี ดังนั้นการคงความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้างจึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.2 การจัดการกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคมในวัยสูงอายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้ง่าย ผู้สูงอายุจำเป็นต้องหาวิธีการควบคุมหรือจัดการกับความเครียดเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี บางคนจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคคลที่ฝึกฝนมา โดยเฉพาะแต่บางคนสามารถใช้วิธีการง่าย ๆ ลดความเครียดได้เอง ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีแบบแผนเฉพาะของตนในการลดความเครียด วิธีในการควบคุมและจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง มีดังนี้ (สมจิต, 2534 : 115)

4.2.1 เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต เช่น การบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

4.2.2 ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เรียนรู้ขีดจำกัดของตนเองและสัญญาณในตนเองที่บ่งบอกความเครียดที่มากเกินไป

4.2.3 เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความ-

เครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกหายใจและ
การนอนหลับ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายและลดความเครียด

การที่ผู้สูงอายุจะดำเนินแบบแผนชีวิตไปในลักษณะใด สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญ
ที่สุดที่มีอิทธิพล ต่อแบบแผนชีวิตของบุคคล คือ จิตวิญญาณ (spiritual) ของบุคคล
(Walker et. al., 1987 : 79; Walker, 1992 : 44; Heriot, 1992
: 22) ซึ่งก็คือ ความเป็นตัวตนของบุคคล ความมีชีวิตจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าใน
ชีวิต รวมทั้งความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งเป็นหลักที่จะขจัดชีวิตและให้ความหมายที่
สำคัญแก่ชีวิต และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อให้ชีวิต
บรรลุตามเป้าหมายและถึงซึ่งความสำเร็จแห่งตน (พรจันทร์, 2534 : 1; กัทธนา,
2534 : 23; Heriot, 1992 : 22) การเจริญงอกงามของจิตวิญญาณเป็น
กระบวนการทางพลศาสตร์ (dynamic process) ได้จากการสะสมประสบการณ์
การเรียนรู้และพัฒนาการตลอดชีวิต (Ross, 1981 cited by Heriot, 1992
: 26) ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์และส่วนที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ
ภาวะจิตวิญญาณในวัยสูงอายุขึ้นอยู่กับพัฒนาการของจิตวิญญาณตลอดวัยที่ผ่านมา แม้ว่า
จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและสูญเสียทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุ
ที่มีพัฒนาการของจิตวิญญาณดี เข้าใจความหมายของชีวิตและพึงพอใจในชีวิต ก็
จะแสวงหาความอบอุ่นและความมั่นคงในจิตใจให้กับตนเองโดยการปฏิบัติ และการ
บำเพ็ญศาสนกิจ การบำเพ็ญสมาธิและภาวนา ใช้ชีวิตอยู่อย่างสงบสุข ส่วนผู้สูงอายุ
ที่ช่วงวัยผ่านมามีพัฒนาการทางจิตวิญญาณไม่ดี ไม่พึงพอใจและไม่เข้าใจในชีวิตก็จะ
ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ จะมีชีวิตอยู่ด้วยความรู้สึกที่ขมขื่น ท้อแท้
รู้สึกชีวิตไร้คุณค่าและอาจมีอาการแสดงทางกาย เกิดโรคต่าง ๆ ขึ้นได้ (พรจันทร์,
2534 : 25; Jourard, 1971 cited by Heriot, 1992 : 28)

กล่าวได้ว่าแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยพฤติ-
กรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพกายและ
สุขภาพจิต โดยมีความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เป็นปัจจัย
ที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตในด้านต่าง ๆ ดังกล่าว

ชมรมผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกและประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จึงให้ความสนใจในด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และได้เชิญชวนประเทศสมาชิกทั่วโลก ให้ร่วมมือกันจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพอนามัยและสวัสดิการทางสังคม การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย จึงสนับสนุนให้มีบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ และโดยเฉพาะการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รัฐได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้กำหนดการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 และ 7 โดยสอดแทรกอยู่ในแผนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2530 อ้างตามอำไพและคณะ, 2535 : 5; เอกบุญ, 2535 : 23-25)

ชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2505 รับผิดชอบโดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการจัดรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชุมชนรวมตัวกันจัดตั้งชมรมขึ้นมา มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ เรื่องสุขภาพและนำความรู้ไปปฏิบัติและเผยแพร่ มีการพบปะสังสรรค์และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ (สุติมา, 2531 : 1; อำไพและคณะ, 2535 : 5) และรัฐมีนโยบายสนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น โดยมีสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (Senior Citizens Council of Thailand) ซึ่งตั้งในปี พ.ศ. 2531 เป็นแหล่งประสานงาน (United Nation, 1989 : 33)

โดยทั่วไปชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุในภาวะปกติ โดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ (ลดาวัลย์, 2533 : 26; วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, 2533 : 19-20; สลักขันธ์และถนอมขวัญ, 2535 : 21) มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติสามารถดำรง

ภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ ช่วยลดความเสี่ยงอันเนื่องมาจากวัยชรา โดยการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นกิจวัตร หรือมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจจะสรุปวัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ (ลดาวลัย, 2533 : 26; วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, 2533 : 19; กองส่งเสริมสุขภาพ, 2534)

1. เพื่อเป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแก้ปัญหาาร่วมกัน
2. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยการให้ความรู้เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติ ช่วยเหลือดูแลตนเองรวมทั้งเผยแพร่ให้บุคคลอื่นได้
3. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง สามารถร่วมกันพัฒนาสังคมและบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม

ลักษณะกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ แต่ละแห่ง อาจมีความแตกต่างกันแล้วแต่วัตถุประสงค์และความต้องการของสมาชิก เช่น ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย แข่งกีฬาผู้สูงอายุ จัดอบรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย ทักษะศึกษา จัดหางานอดิเรกให้ผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมด้านสังคมสงเคราะห์ (ลดาวลัย, 2533 : 28) ส่วนชมรมผู้สูงอายุศิริราช มีบริการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การจัดกลุ่มนันทนาการ และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม (สุลักษณ์ และถนอมขวัญ, 2535 : 21) ส่วนชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา นอกจากมีกิจกรรมตามปกติ คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย สวดมนต์ นั่งสมาธิ กิจกรรมนันทนาการ และการเปิดโอกาสให้สมาชิกพบปะพูดคุยแล้ว ยังมีกิจกรรมพิเศษ เช่น ทักษะศึกษา แข่งกีฬาผู้สูงอายุ และการตรวจสมรรถภาพร่างกาย (ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา, 2535 : 7-8) ซึ่งในการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ นพ.รังสิต ห่มระฤก ได้กล่าวเสนอแนะไว้ว่า ควรจัดบริการตรวจร่างกายให้แก่สมาชิกโดยสม่ำเสมอ ให้ความรู้ด้านการรักษาสุขภาพเพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและจัดให้สมาชิกได้มีกิจกรรมร่วมกัน (กองส่งเสริมสุขภาพ,

2534 : 32) และจากคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานชมรมผู้สูงอายุตามนโยบายด้าน
สาธารณสุขของรัฐ ได้กำหนดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (กองส่งเสริม
สุขภาพ, 2534 : 31)

1. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. ส่งเสริมสุขภาพจิต
3. ป้องกันและควบคุมโรค
4. ส่งเสริมการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย
5. ส่งเสริมอาชีพ
6. นันทนาการ
7. กิจกรรมอื่น ๆ ที่เหมาะสม

ในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุสามารถสมัครได้
ด้วยตนเองกับผู้ที่รับผิดชอบ ณ ชมรมผู้สูงอายุในวัน เวลาที่เปิดบริการของชมรม ซึ่ง
ชมรมผู้สูงอายุแต่ละแห่งจะกำหนดระเบียบการเป็นสมาชิกและคุณสมบัติของสมาชิกไว้
อาจจะคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยในแต่ละชมรม โดยทั่วไปมักใช้อายุเป็น
เกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติของสมาชิก โดยกำหนดอายุตั้งแต่ 55-60 ปีขึ้นไป
(ลดาวัลย์, 2533 : 26; วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, 2533 : 19; สุลักษณ์และ
ถนอมขวัญ, 2535 : 23) ส่วนจำนวนสมาชิกมักไม่กำหนดจำนวนที่แน่นอน แต่ไม่
ควรน้อยกว่า 20-40 คน (United Nations, 1989 : 33) ส่วนค่าบำรุงชมรม
หรืออัตราสมาชิกชมรม มักจ่ายเป็นรายเดือนหรือรายปี ตามที่ชมรมกำหนด

ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จได้รับการยอมรับ มีสมาชิกเป็น
จำนวนมากมีหลายชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ชมรม
ผู้สูงอายุศิริราช ชมรมผู้สูงอายุของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง เป็นต้น
ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา ก็เป็นชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง
ของภาคใต้ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าประสบผลสำเร็จ จัดตั้งขึ้นโดยได้รับการ
สนับสนุนจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้ ริเริ่มโครงการตั้งแต่ปี
พ.ศ. 2523 ที่วิทยาลัยพยาบาลสงขลาจระก่ทั้งปัจจุบัน มีสมาชิกตั้งแต่ริเริ่ม
โครงการถึงปัจจุบัน 430 คน สมาชิกมีอายุเฉลี่ย 60-80 ปี การบริหารชมรมมีคณะ

กรรมการซึ่งคัดเลือกโดยสมาชิกชมรม มีวาระการทำงานเป็นเวลา 1 ปี โดยมีอาจารย์และนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนวัตถุประสงค์และลักษณะกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ มีลักษณะใกล้เคียงเกณฑ์มาตรฐานของชมรมผู้สูงอายุโดยทั่วไป (วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, 2533 : 19-20) ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก. แม้ไม่ได้มีการศึกษาถึงผลสำเร็จของชมรมแห่งนี้ไว้อย่างชัดเจน แต่จากจำนวนสมาชิกที่เพิ่มมากขึ้น และมีผู้สนใจมาเชื่อมชมรมอยู่เสมอ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาของชมรมผู้สูงอายุซึ่งเพิ่งก่อตั้งใหม่ในเขตใกล้เคียง พอจะกล่าวได้ว่าชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาเป็นชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในภาคใต้ที่ได้รับการยอมรับว่าประสบผลสำเร็จ

จากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีนักวิจัยหลายท่านได้เสนอให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน ด้วยเหตุผลว่า การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น (จรรยาและพัทธ์ทิพย์, 2529 : 138; ทองอยู่, 2531 : 32; จวีวรรณ, 2531; : 25; จำเรียง, 2532 : 27; สลีส, 2533 : 43) ซึ่งในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการจัดบริการรูปแบบนี้มาก เช่นในประเทศสิงคโปร์ มีชมรมผู้สูงอายุประมาณ 160 ชมรม ประเทศฟิลิปปินส์ ประมาณ 250 ชมรม (ภัสสร, 2535 : 21) และในประเทศญี่ปุ่นมีชมรมผู้สูงอายุถึง 2,000 กว่าชมรม (กนกพร, 2534 : 110) ส่วนในประเทศไทย พบว่ามีชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดต่าง ๆ ไม่ครบทุกจังหวัดตามนโยบายโดยรวมทั่วประเทศน้อยกว่า 50 แห่ง (ภัสสร, 2535 : 21) จากการศึกษาของกนกพรและคณะ (2532) ซึ่งศึกษาความคิดเห็นและความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับกลุ่ม สมาคมหรือชมรมที่มีกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบท นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุยังมีน้อยมาก จากการศึกษาของจำเรียงและคณะ (2533) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ 9 แห่ง พบว่าผู้สูงอายุสมัครเป็นสมาชิกเพราะต้องการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 82 รองลงมาคือ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และต้องการเพื่อน ร้อยละ 52 และพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวเพียง

ร้อยละ 24 ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมส่วนใหญ่มีสุขภาพดีอาจเป็นได้ว่า ผู้สูงอายุก่อนหน้านี้มีแบบแผนชีวิตที่ดี ซึ่งอาจเป็นผลจากการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยกย่องยอมรับนับถือ มีผู้เห็นคุณค่ารวมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุได้รู้จัก ได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ ตลอดจนได้รับความรักและการยอมรับจากกลุ่ม มีโอกาสได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จะก่อให้เกิดบรรทัดฐานของกลุ่ม สามารถจูงใจให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตามแบบของสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้ (Asch, 1952 อ้างตามประภาเพ็ญและสวีน, 2532 : 26) โดยผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกับรูปแบบหรือแบบแผนของพฤติกรรมหลาย ๆ ลักษณะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาปรับปรุงการปฏิบัติของตนเองเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ประภาเพ็ญและสวีน, 2532 : 63)

นอกจากนี้ การเข้ากลุ่มจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกในด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติ เพราะสมาชิกมักจะใช้กลุ่มเป็นเครื่องตัดสินว่าควรมีพฤติกรรมหรือทัศนคติ อย่างไร (ประภาเพ็ญและสวีน, 2530 : 50) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จึงมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ไปตามกลุ่มสมาชิกผู้สูงอายุในชมรมและปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตในที่สุด

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย มีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติต่อไปนี้ คือ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสงขลา จากรายชื่อสมาชิกของชมรมฯ ทั้งหมด 430 คน ผู้วิจัยคัดเลือกรายชื่อสมาชิกของชมรมฯ ที่เป็นสมาชิกอย่างน้อย 6 เดือน และมาร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อย เดือนละ 2 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มสมาชิกชมรมฯ กลุ่มนี้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสม่ำเสมอ และเพียงพอที่จะทำให้อาจสามารถนำมาปรับปรุงแบบแผนชีวิตของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และจะยังคงมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพกันต่อไป ซึ่งได้จำนวน 187 คน

จากจำนวนสมาชิกชมรมฯ 187 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกอีกครั้ง โดยกำหนดจำนวนที่ต้องการเป็น 50 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26 ของ 187 คน ในการสุ่มเลือกตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพศชายและเพศหญิง

ใกล้เคียงกัน มีการกระจายของอายุคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ ได้กำหนดการสุ่มเลือกตามอายุ และเพศ ดังนี้

อายุ 60 - 69 ปี จำนวน 22 คน จากจำนวน 87 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 11 คน เพศหญิง จำนวน 11 คน

อายุ 70 - 79 ปี จำนวน 22 คน จากจำนวน 81 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 11 คน เพศหญิง จำนวน 11 คน

อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน จากจำนวน 19 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 3 คน เพศหญิง จำนวน 3 คน

หลังจากผู้วิจัยได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามที่สุ่มได้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขณะที่มาเข้ารับบริการที่ชมรมผู้สูงอายุ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุใด ๆ จำนวน 50 คน โดยคัดเลือกจากรายชื่อผู้สูงอายุในทะเบียนราษฎร์ของเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา ทั้งหมด 2,669 คน โดยช่วงอายุ 60-69 ปี มีจำนวน 1,631 คน, อายุ 70-79 ปี มีจำนวน 825 คน และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 213 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือก โดยสุ่มเลือกตามอายุและเพศเหมือนกับกลุ่มที่ 1 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีจำนวนและลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ตามรายชื่อและที่อยู่เป็นรายบุคคลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ การมีบุคคลที่สามารถพึ่งพา การทราบข้อมูลเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุและระยะเวลาที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงจาก เครื่องมือ The Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) ของ วอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender, 1987 : 76-81) ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ซึ่งคำถามครอบคลุมแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Self-actualization) ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย 11 ข้อ

2.2 การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (Health responsibility) ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย 11 ข้อ

2.3 การออกกำลังกาย (Exercise) ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย 6 ข้อ

2.4 การรับประทานอาหาร (eating pattern) ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย 9 ข้อ

2.5 การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal support) ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย 9 ข้อ

2.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย 9 ข้อ

รวมพฤติกรรมย่อยทั้งหมด 55 ข้อ เป็นพฤติกรรมที่มีความหมายทางบวก จำนวน 45 ข้อ และมีความหมายทางลบ จำนวน 10 ข้อ แต่ละพฤติกรรมมีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ ไม่เคย บางครั้งและเป็นประจำ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

ข้อที่มีความหมายทางบวก

| | | | | |
|-------|---|-------|-------------|-----------|
| คะแนน | 1 | คะแนน | เมื่อตอบว่า | ไม่เคย |
| คะแนน | 2 | คะแนน | เมื่อตอบว่า | บางครั้ง |
| คะแนน | 3 | คะแนน | เมื่อตอบว่า | เป็นประจำ |

ข้อที่มีความหมายทางลบ

| | | | | |
|-------|---|-------|-------------|-----------|
| คะแนน | 3 | คะแนน | เมื่อตอบว่า | ไม่เคย |
| คะแนน | 2 | คะแนน | เมื่อตอบว่า | บางครั้ง |
| คะแนน | 1 | คะแนน | เมื่อตอบว่า | เป็นประจำ |

คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าสูงสุด 165 คะแนน ต่ำสุด 55 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนแบบแผนชีวิตสูง ถือว่ามีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนแบบแผนชีวิตที่ต่ำกว่า

ตัวอย่างคำถาม

1. ท่านรับประทาน ผัก ผลไม้

คำตอบที่ให้ เลือก

| | เป็นประจำ | บางครั้ง | ไม่เคย | |
|------------------|-----------|----------|------------------|-----------|
| ถ้าผู้ตอบ ตอบว่า | ไม่ | เคย | จะให้คะแนนข้อนี้ | = 1 คะแนน |
| ถ้าผู้ตอบ ตอบว่า | บาง | ครั้ง | จะให้คะแนนข้อนี้ | = 2 คะแนน |
| ถ้าผู้ตอบ ตอบว่า | เป็น | ประจำ | จะให้คะแนนข้อนี้ | = 3 คะแนน |

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำแบบวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลซึ่งเป็นทีปรึกษาชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ช่วยตรวจสอบ แก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไข ปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนที่จะนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือและนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดแบบแผนชีวิต ที่หาความตรงด้านเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach coefficient alpha) พบว่าแบบวัดแบบแผนชีวิตได้ค่าความเที่ยง

โดยรวม 0.99 โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบแผนชีวิตด้านความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในชีวิต 0.74 ด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ 0.82 ด้านการออกกำลังกาย 0.73 ด้านการรับประทานอาหาร 0.83 ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล 0.83 และด้านการจัดการกับความเครียด 0.79

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ทั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึง

1.1 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอสำรวจรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุ ที่ปรากฏในทะเบียนราษฎรของเขตเทศบาลเมืองสงขลา รวมทั้งขออนุญาตบันทึกรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุทั้งหมด

2. การสุ่มเลือกตัวอย่าง สุ่มเลือกตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 ติดต่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นรายบุคคล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การรักษาสีสิทธิ์ก่อนเก็บข้อมูล โดยบอกให้ผู้สูงอายุทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และยกเลิกการเก็บข้อมูลได้ตามต้องการ

3.2 เก็บข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างเต็มใจให้ความร่วมมือ โดยกลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลในวัน เวลา ที่เปิดบริการชมรมผู้สูงอายุคือ วันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ส่วนกลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลทุกวัน โดยใช้เวลาในการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีต่อ 1 คน

3.3 เมื่อสัมภาษณ์และกรอกข้อความเรียบร้อยแล้ว นำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนจะนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ระดับรายได้ สถานภาพการสมรส โดยการทดสอบไคแควร์ (Chi-Square-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนชีวิต ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้การทดสอบที (t-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ระดับรายได้ สถานภาพการสมรส เพศ อายุ กับแบบแผนชีวิต โดยการทดสอบไคแควร์ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 แต่เนื่องจากข้อมูลแบบแผนชีวิตเป็นข้อมูลระดับอันดับ ฉะนั้นในการทดสอบความสัมพันธ์ จึงใช้ค่ามัธยฐานของคะแนนแบบแผนชีวิต จำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนแบบแผนชีวิตตั้งแต่ค่ามัธยฐานลงมา ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีแบบแผนชีวิตดีเยี่ยมและกลุ่มที่มีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่าค่ามัธยฐานขึ้นไปถือว่าเป็นกลุ่มที่มีแบบแผนชีวิตดี รายละเอียดของคะแนนแบบแผนชีวิตแสดงไว้ในภาคผนวก จ. และภาคผนวก ช.
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และแบบแผนชีวิต เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต โดยใช้การวิเคราะห์การ

ถดถอยพหุคูณ และเนื่องจากคะแนนแบบแผนชีวิตมีการกระจายไม่เป็นโด่งปกติ ในการวิเคราะห์จึงใช้ค่ารากที่สอง (square root) ของคะแนนแบบแผนชีวิตแทน กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกับผู้ที่ไม่ได้ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มละ 50 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับแบบแผนชีวิต

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการกระจายของเพศและอายุเท่ากัน ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 90 ขึ้นไป มีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับบุตรและคู่ครอง มีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ และจากการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง กลุ่มโดยการทดสอบไค์สแควร์ (Chi-Square-test) พบว่าลักษณะที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คือ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ กล่าวคือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สำหรับการ ประกอบอาชีพและสถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

| ปัจจัยส่วนบุคคล | สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | ผู้ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ | χ^2 |
|-----------------------|----------------------|--------------------------|----------|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 25 (50) | 25 (50) | - |
| หญิง | 25 (50) | 25 (50) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 22 (44) | 22 (44) | - |
| 70-79 ปี | 22 (44) | 22 (44) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 6 (12) | 6 (12) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 31 (62) | 23 (46) | 1.97 |
| ไม่มีคู่ครอง | 19 (38) | 27 (54) | |
| 4. ลักษณะการอยู่อาศัย | | | |
| อยู่คนเดียว | 2 (4) | 5 (10) | - |
| อยู่กับบุตร/คู่ครอง | 48 (96) | 45 (90) | |
| 5. เชื้อชาติ | | | |
| ไทย | 47 (94) | 45 (90) | - |
| จีน | 3 (6) | 5 (10) | |
| 6. ศาสนา | | | |
| พุทธ | 49 (98) | 45 (90) | - |
| อิสลาม | 1 (2) | 5 (10) | |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | ผู้ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ | X ² |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| 7. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 7 (14) | 16 (32) | 13.30* |
| ประถมศึกษา | 17 (34) | 25 (50) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 26 (52) | 9 (18) | |
| 8. อาชีพปัจจุบัน | | | |
| ประกอบอาชีพ | 2 (4) | 9 (18) | 3.68 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 48 (96) | 41 (82) | |
| 9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 24 (48) | 47 (74) | 23.51* |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 26 (52) | 3 (6) | |
| 10. การมีบุคคลที่สามารถพึ่งพา | | | |
| มี | 48 (96) | 50 (100) | - |
| ไม่มี | 2 (4) | - | |

*p < .001

2. ความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมของกลุ่มสมาชิกและกลุ่มไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยการทดสอบที (t-test) พบว่าแบบแผนชีวิตของกลุ่มสมาชิกและกลุ่มไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

| แบบแผนชีวิต | สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | | ผู้ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ | | t |
|----------------------------------|----------------------|------|--------------------------|-------|--------|
| | \bar{X} | SD. | \bar{X} | SD. | |
| 1. ความรู้สึกมีคุณค่า ในชีวิต | 31.06 | 1.38 | 23.66 | 5.12 | 9.87* |
| 2. การดูแลรับผิดชอบ สุขภาพ | 31.46 | 1.23 | 23.48 | 3.69 | 14.49* |
| 3. การออกกำลังกาย | 17.22 | 0.98 | 13.62 | 2.22 | 10.49* |
| 4. การรับประทานอาหาร | 24.68 | 1.06 | 17.98 | 2.73 | 16.18* |
| 5. การสัมผัสสนทน ระหว่างบุคคล | 24.80 | 1.78 | 18.88 | 3.75 | 10.09* |
| 6. การจัดการกับ ความเครียด | 23.56 | 2.34 | 16.98 | 2.50 | 13.60* |
| 7. แบบแผนชีวิต โดยรวม | 152.78 | 5.63 | 114.60 | 15.57 | 16.30* |

* $p < .001$

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรที่มีผู้รายงานว่ามีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ สถานภาพการสมรส เพศและอายุ (เขาวลัทธิ, 2529 : 96; เภาพรและคณะ, 2532 : 26; วงเดือน, 2533; Brown and Mc Creedy, 1986; Walker et. al., 1988 : 84; Speake et. al., 1989 : 96) การวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละด้านและโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและระดับรายได้ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและแบบแผนชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับเพศและอายุของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตทั้งในแต่ละด้านและโดยรวม แต่อย่างไรก็ดี ดังแสดงในตาราง 3 (รายละเอียดของค่าไคว์สแควร์ แสดงไว้ในภาคผนวก ช.)

ตาราง 3 ค่าไควสแควร์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคล

| แบบแผนชีวิต | ปัจจัยส่วนบุคคล | | | | |
|----------------------------------|-----------------|------|--------------------|-------------------|-----------------|
| | เพศ | อายุ | สถานภาพ การสมรส | ระดับ การศึกษา | ระดับ รายได้ |
| 1. ความรู้สึกมีคุณค่า ในชีวิต | .16 | 1.07 | 1.49 | 10.77** | 13.36*** |
| 2. การดูแลรับผิดชอบ สุขภาพ | .04 | .86 | 3.84* | 9.62* | 25.53*** |
| 3. การออกกำลังกาย | .64 | 1.07 | 4.09* | 17.23*** | 20.59*** |
| 4. การรับประทานอาหาร | .0 | 1.05 | 2.87 | 12.14** | 17.52*** |
| 5. การสับเปลี่ยน ระหว่างบุคคล | 1.01 | 2.63 | 3.67 | 18.47*** | 15.06*** |
| 6. การจัดการกับ ความเครียด | .16 | 2.41 | 6.05* | 8.17* | 15.34*** |
| 7. แบบแผนชีวิต โดยรวม | .04 | .83 | 4.87* | 12.07** | 19.43*** |

* p < .05

** p < .005

*** p < .001

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับแบบแผนชีวิต

จากตาราง 2 และตาราง 3 จะเห็นว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต ได้แก่ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้และสถานภาพสมรส การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิต เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยหาค่าแบบ Entering Method แต่เนื่องจากคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมมีการกระจายไม่เป็นโด่งปกติ การวิเคราะห์ในขั้นนี้ จึงใช้ค่ารากที่สอง (Square root) ของคะแนนแบบแผนชีวิตแทนคะแนนแบบแผนชีวิต

แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และแบบแผนชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพการสมรส (จากตาราง 3) เมื่อแบบแผนชีวิตดังกล่าวเป็นตัวแปรตามในสมการถดถอยหาค่าแบบ ได้กำหนดการวิเคราะห์ เป็น 2 ขั้นตอนที่แรกหรือในรูปแบบจำลองที่ 1 กำหนดให้ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพการสมรสเป็นตัวแปรอิสระ ขั้นที่สอง หรือในรูปแบบจำลองที่ 2 กำหนดให้ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ สถานภาพการสมรส และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรอิสระ เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบจำลองที่ 1 และที่ 2 ปรากฏว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และแบบแผนชีวิตโดยรวม ได้ร้อยละ 41.94 ร้อยละ 28.16 ร้อยละ 41.22 และร้อยละ 43.71 ตามลำดับ โดยมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมฯ และแบบแผนชีวิต เมื่อควบคุมระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพการสมรส

| ตัวแปรตาม แบบแผนชีวิต | แบบ จำลองที่ | ตัวแปรอิสระ | sig T | R ² | R ² Change |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-------|----------------|-----------------------|
| 1. การดูแล รับผิดชอบ สุขภาพ | 1 | ระดับการศึกษา | .4703 | .2512 | .2512 |
| | | ระดับรายได้ | .0001 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .6234 | | |
| | 2 | ระดับการศึกษา | .8079 | .6706 | .4194 |
| | | ระดับรายได้ | .1976 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .5312 | | |
| | | การเป็นสมาชิกชมรมฯ | .0000 | | |
| 2. การออก- กำลังกาย | 1 | ระดับการศึกษา | .0161 | .2792 | .2792 |
| | | ระดับรายได้ | .0110 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .0651 | | |
| | 2 | ระดับการศึกษา | .0135 | .5606 | .2816 |
| | | ระดับรายได้ | .8992 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .1668 | | |
| | | การเป็นสมาชิกชมรมฯ | .0000 | | |
| 3. การจัดการ กับความเครียด | 1 | ระดับการศึกษา | .6835 | .2488 | .2488 |
| | | ระดับรายได้ | .0003 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .0374 | | |

ตาราง 4 (ต่อ)

| ตัวแปรตาม แบบแผนชีวิต | แบบ จำลองที่ | ตัวแปรอิสระ | sig T | R ² | R ² Change |
|--------------------------|-----------------|--------------------|-------|----------------|-----------------------|
| | 2 | ระดับการศึกษา | .8285 | .6610 | .4122 |
| | | ระดับรายได้ | .3398 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .0799 | | |
| | | การเป็นสมาชิกชมรมฯ | .0000 | | |
| 4. แบบแผนชีวิต โดยรวม | 1 | ระดับการศึกษา | .1759 | .2908 | .2908 |
| | | ระดับรายได้ | .0002 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .1543 | | |
| | 2 | ระดับการศึกษา | .2182 | .7279 | .4371 |
| | | ระดับรายได้ | .3760 | | |
| | | สถานภาพการสมรส | .4498 | | |
| | | การเป็นสมาชิกชมรมฯ | .0000 | | |

แบบแผนชีวิตด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การรับประทานอาหารและการ
 สัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ระดับรายได้แต่ไม่มีความ
 สัมพันธ์กับสถานภาพการสมรส (ตาราง 3) เมื่อแบบแผนชีวิตดังกล่าวเป็นตัวแปร
 ตามในสมการถดถอยพหุคูณ ได้กำหนดการวิเคราะห์เป็น 2 ขั้นตอน ในขั้นแรกหรือ
 ในรูปแบบจำลองที่ 1 ระดับการศึกษา ระดับรายได้ เป็นตัวแปรอิสระ ในรูปแบบ
 จำลองที่ 2 กำหนดให้ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูง-
 อายุ เป็นตัวแปรอิสระ เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบจำลองที่ 1 และที่ 2 ปรากฏว่าการ
 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของแบบ

แผนชีวิตด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การรับประทานอาหาร และการสนับสนุน
ระหว่างบุคคล ได้ร้อยละ 28.20 ร้อยละ 46.35 และ 30.34 ตามลำดับ โดย
มีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมฯ และแบบแผนชีวิต
เมื่อควบคุมระดับการศึกษาและระดับรายได้

| ตัวแปรตาม แบบแผนชีวิต | แบบ จำลองที่ | ตัวแปรอิสระ | sig T | R ² | R ² Change |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------|----------------|-----------------------|
| 1. ความรู้สึกมี คุณค่าในชีวิต | 1 | ระดับการศึกษา | .4777 | .1945 | .1945 |
| | | ระดับรายได้ | .0009 | | |
| | 2 | ระดับการศึกษา | .7635 | .4764 | .2820 |
| | | ระดับรายได้ | .2889 | | |
| | | การเป็นสมาชิกชมรมฯ | .0000 | | |
| 2. การรับ- ประทานอาหาร | 1 | ระดับการศึกษา | .0921 | .2597 | .2597 |
| | | ระดับรายได้ | .0008 | | |
| | 2 | ระดับการศึกษา | .0842 | .7232 | .4635 |
| | | ระดับรายได้ | .8210 | | |
| | | การเป็นสมาชิกชมรมฯ | .0000 | | |
| 3. การสนับสนุน ระหว่างบุคคล | 1 | ระดับการศึกษา | .0575 | .2077 | .2077 |
| | | ระดับรายได้ | .0105 | | |
| | 2 | ระดับการศึกษา | .0736 | .5111 | .3034 |
| | | ระดับรายได้ | .9926 | | |
| | | การเป็นสมาชิกชมรมฯ | .0000 | | |

การอภิปรายผล

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการเปรียบเทียบจำนวนร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมฯ มานานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมฯ โดยเฉลี่ยมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือนกับกลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับคู่ครองและบุตรหลาน มีเพียงส่วนน้อยไม่เกินร้อยละ 10 ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยาวลักษณ์ (2529 : 85) บรรลุและคณะ (2531 : 72) นภาพรและคณะ (2532 : 21) และศรีเรือน (2532 : 50) ผลการศึกษานี้ น่าจะชี้ให้เห็นลักษณะครอบครัวสังคมไทยว่ายังคงเป็นระบบเครือญาติ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่นิยมอยู่ร่วมกับเครือญาติ ซึ่งคล้ายคลึงกับลักษณะสังคมของประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคเอเชีย (ภัสสร, 2535 : 9-10) แต่แตกต่างกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมอยู่กับคู่ครองหรืออยู่ตามลำพังมากกว่าอยู่กับบุตรหลาน (Bengston, 1976; Bienenstock, 1975 อ้างตามศรีเรือน, 2532 : 13) และในการศึกษารั้งนี้ ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่คือ มากกว่าร้อยละ 95 มีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ โดยพบว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุคือ บุตรหลาน ซึ่งอาจเป็นผลจากการอยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ และช่วยเหลือจากบุตรหลานซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ลักษณะดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพรและคณะ (2532 : 32) และมณฑนา (2534 : 43) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่และการช่วยเหลือจากบุตรหลาน (พรทิพย์, 2534 : 239)

จากการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มนี้คือ ระดับการศึกษาและระดับรายได้ โดยพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูง โดยร้อยละ 52 ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของจำเรียงและคณะ (2533 : 72) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 9 แห่ง และเช่นเดียวกับการศึกษาของวิไลวรรณและคณะ (2536 : 78) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษาซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่พบเป็นส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไทย (เขาวลักษณ์, 2529 : 83; ทองอยู่, 2531 : 25; ศรีเรือน, 2532 : 25; นภาพรและคณะ, 2533 : 89; วรณี, 2533 : 23; ลำเนา, 2536 : 66) ผลการศึกษานี้ น่าจะแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่มีผลต่อการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุและตระหนักถึงประโยชน์ของการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพและมีรายได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับค่อนข้างสูงคือ มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลวรรณ (2531 : 25) จำเรียงและคณะ (2533 : 72) วิไลวรรณ และคณะ (2536 : 78) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการมีระดับรายได้สูงจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมรวมทั้งการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุได้โดยไม่ต้องกังวลกับเรื่องรายได้ ซึ่งต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาเศรษฐกิจที่นับว่าเป็นปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (นภาพรและคณะ, 2532 : 3; เกริกศักดิ์และคณะ, 2533 : 83; บรรลุ, 2533 : 434; นิภา, 2534 : 28; นิมนวล, 2534 : 226) ทำให้ผู้สูงอายุขาดปัจจัยสนับสนุนในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามต้องการ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ ส่วนใหญ่คือร้อยละ 58 เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ทราบจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็ไม่ได้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากขาดปัจจัยสนับสนุนดังกล่าว อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับชมรมผู้สูง-

อายุเลย สำหรับการประกอบอาชีพและสถานภาพการสมรส ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีสถานภาพการสมรสคู่

จากผลการศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาและระดับรายได้แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. ความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาความแตกต่างของแบบแผนชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกกับกลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ตาราง 2) เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุดีกว่าแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งในแต่ละด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นับเป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างสมาชิกกับผู้ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุครั้งแรก ผลการศึกษาค้นคว้าสนับสนุนแนวคิดว่าการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เพราะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจร่างกายและติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งได้ทราบและเห็นแบบแผนชีวิตหลายๆ ลักษณะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาปรับปรุงแบบแผนชีวิตของตนเองเพื่อการมีสุขภาพดี และสนับสนุนผลการวิจัยของวิไลวรรณและคณะ (2536 : 74) ที่ศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าชมรมผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต

ระดับการศึกษา ระดับรายได้ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับรายงานของเขาวลักษณ์ (2529 : 99) วงเดือน (2533) วรณวิมล (2535 : 70) วิไลวรรณและคณะ (2536 : 82) สปีคและคณะ (Speak et. al., 1989 : 96) ที่ว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิต กล่าวคือ ผู้สูง-

อายุที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีแบบแผนชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ประภาเจริญ, 2526 : 182) เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมสามารถเรียนรู้ ทำความเข้าใจและนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักขาดความอดทนต่อการค้นคว้าหาความรู้หรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจในประโยชน์และความจำเป็นในสิ่งที่ตนปฏิบัติอย่างแท้จริง (ประภัสสร, 2523 : 43 อ้างตามวิไลวรรณ และคณะ, 2536 : 82)

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับรายได้กับแบบแผนชีวิตสนับสนุนผลการศึกษาของขวัญใจ (2534 : 122) วรณวิมล (2535 : 71) บราวน์และแม็ค ครีดีตี (Brown & Mc Creedy, 1986) วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et. al., 1988 : 84) ที่ว่าระดับรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ และสนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161-162) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่า การมีระดับรายได้สูง เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการตรวจเช็คสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีระดับรายได้ต่ำ

สำหรับสถานภาพการสมรส ซึ่งการศึกษาค้างนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และแบบแผนชีวิตโดยรวม แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในชีวิต การรับประทานอาหารและการสนับสนุนระหว่างบุคคล ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในสังคมไทย ความสำคัญของการมีคู่ครอง ได้ถูกลดลงไป เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่

และการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุตรหลาน ทั้งเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ รวมทั้งการจัดหาอาหารซึ่งพบว่าบุตรสาวหรือบุตรสะใภ้ของผู้สูงอายุเป็นผู้จัดหาหรือประกอบอาหารเป็นส่วนใหญ่ (นิตยา, 2536 : 79) การได้รับการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญ มีคุณค่า ดังนั้นการมีหรือไม่มีคู่ครองจึงไม่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตและการได้รับการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แต่การมีคู่สมรสมีผลต่อการดูแลรับผิดชอบ สุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและแบบแผนชีวิตโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณวิมล (2535 : 69) บราวน์และแม็ค ครีดีตี (Brown & Mc Creedy, 1988 : 325) วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et. al., 1988 : 80) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีคู่ครองมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือ แนะนำให้กำลังใจ ปลอบใจ จากคู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในอารมณ์ ลดความเครียด สามารถปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนรินาท (2534 : 45) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่ครอง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่คู่ครอง

สำหรับเพศ และอายุ ผลการศึกษพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุแตกต่างกันไม่มาก เพราะอยู่ในวัยสูงอายุเหมือนกัน อยู่ในภูมิภาคเดียวกัน มีความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต และวัฒนธรรมประเพณีที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้กลุ่มเพศและวัยเดียวกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลักษณ์ (2529 : 98) และขวัญใจ (2534 : 122) ที่พบว่า ผู้สูงอายุทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับแบบแผนชีวิต

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตในแต่ละด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในสมการถดถอยพหุคูณที่มีตัวแปรอิสระอื่น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตอยู่แล้ว เช่น ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพการสมรส (ตาราง 4, 5)

ผลการศึกษาแสดงว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุยังคงมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังจากควบคุม ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพการสมรส โดยวิธีการทางสถิติในสมการถดถอยพหุคูณ ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าความแตกต่างของแบบแผนชีวิต ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ จึงไม่ได้เป็นผลจากการที่กลุ่มสมาชิกชมรมฯ มีระดับการศึกษาดีกว่า และระดับรายได้สูงกว่าเท่านั้น แต่การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุใด ๆ โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มต้องเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสงขลา จำนวนกลุ่มละ 50 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิต ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 55 ข้อ

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกกับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ไม่มีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพการสมรส เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย และการมีบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้ แต่แตกต่างกันในด้าน ระดับการศึกษา ระดับรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับรายได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. ระดับการศึกษา และระดับรายได้ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตโดยรวมและด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด

4. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ยังคงมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตทุกด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภายหลังจากควบคุมตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต คือ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพการสมรส ในสมการถดถอยพหุคูณ ซึ่งการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมได้ร้อยละ 28.16-46.35

✶ ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะกิจกรรมใกล้เคียงเกณฑ์มาตรฐานของชมรมผู้สูงอายุโดยทั่วไป แต่ถ้าเป็นชมรมผู้สูงอายุอื่นที่มีลักษณะกิจกรรมของชมรมแตกต่างออกไปเป็นพิเศษ ผลการศึกษาอาจเปลี่ยนไปได้

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษา เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ซึ่งอาจมีแบบแผนชีวิตแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถแยกกล่าวข้อเสนอแนะ เป็น 2 ประเด็น คือ การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาลและการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิก แต่ปัจจุบันพบว่าจำนวนชมรมผู้สูงอายุของไทยยังมีอยู่น้อย จึงควรส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนอย่างทั่วถึง เพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุในการไปใช้บริการ ซึ่งนอกจากชมรมผู้สูงอายุจะเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพรวมทั้งการตรวจสุขภาพแล้ว ยังเป็นสถานที่พบปะสังสรรค์ และพักผ่อนหย่อนใจหรือออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชนได้อีกด้วย

1.2 ควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุแก่ชุมชนและ ชิงชัน
ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้สื่อต่าง ๆ เช่น
วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แผ่นประกาศ และการประชาสัมพันธ์ให้ เข้าถึงกลุ่มผู้มี
รายได้ และระดับการศึกษาน้อย นอกจากนี้ครอบครัวของผู้สูงอายุก็มีส่วนสำคัญ จึง
ควรให้ความรู้แก่บุตรหลาน และครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญ
ของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

1.3 จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม
ของชมรมผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย เช่น บริการรถรับส่ง การเพิ่ม
จำนวนวันเปิดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาระกิจมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมได้มากขึ้น

1.4 ในการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อการปรับ
แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ควรเน้นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการ
ปฏิบัติตัวที่ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยสม่ำเสมอ ตามความต้องการและปัญหา
ของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพและ
ที่สำคัญคือวิธีการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การนั่งสมาธิ การผ่อนคลาย

1.5 ในการจัดหลักสูตรการศึกษายามบาล ในส่วนของการนวดบำบัดผู้สูงอายุ
ควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ
แก่ผู้สูงอายุ อันจะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของร่างกายตามวัยและควรคำนึง
ถึงบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุซึ่งมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรจัด
ให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาหาวิธีที่สามารถจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมาก
ขึ้น

2.2 ศึกษาวิธีการปรับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมชมรมผู้-
สูงอายุ เพื่อหาวิธีการให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าชมรมผู้สูงอายุ สามารถมีแบบแผน
ชีวิตที่ดีได้

2.3 ศึกษาผลของการเข้าชมรมผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อ
สนับสนุนความสำคัญของชมรมผู้สูงอายุและส่งเสริมการเข้าเป็นสมาชิกชมรม

2.4 ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท เพื่อเป็นข้อมูลประกอบ
ในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

บรรณานุกรม

กนกพร สุตาวัง. (2534). ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในถิ่นทุรกันดาร. ใน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1/2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533. หน้า 107-112. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

กรมการแพทย์. (2534). รายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สหประชาชาติไทย.

กองส่งเสริมสุขภาพ. (2534). คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานชมรมผู้สูงอายุ. สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร.

กองสถิติสาธารณสุข. (2534). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. (2532). ผู้สูงอายุในเอเชีย. การอนามัยและสิ่งแวดล้อม, 12(1), 103-116.

เกริกศักดิ์ บุญญาหงษ์, สุรีย์ บุญญาหงษ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษม ตันติผลาชีวะและกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.

- ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชั้นนภาค-ตะวันตกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล ภัคดีวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จรรยา เสี่ยงเสาะและภัณฑิณี รามสุต. (2529). การประเมินสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุในเขตอำเภอยานนาวา กรุงเทพฯ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 16(2), 133-140.
- จำเรียง กุระมะสุวรรณ. (2528). บทบาทพยาบาลกับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 3(1), 15-21.
- . (2532). พยาบาลกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 7(1), 20-27.
- จำเรียง กุระมะสุวรรณ, นิตยา ภาสไนท์ และวิไล ตันติบูล. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 4(2), 70-79.
- จินตนา วาฤทธิ. (2534). ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่. ใน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1/2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533. หน้า 201-213. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

- จินตนา ศรีมูล. (2535). จิตวิทยาพัฒนาการในวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาล-
สงขลานครินทร์, 21(1), 36-43.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทาง
สังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 8(2),
20-27.
- เจก ณะศิริ. (2530). ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและลดความชรา.
กรุงเทพฯ : บริษัทแปลน พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา. (2535). ที่ระลึกครบรอบ 12 ปี
ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา. สงขลา : เพงการพิมพ์.
- ชุติมา หฤทัย. (2531). นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข
ฉบับที่ 6. วารสารกองการพยาบาล, 15(1), 1-6.
- เตี๋ยง ผาด ไชสง. (2533). ภาวะทางจิตและสถานการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ.
วารสารประชากรและสังคม, 2(2), 185-203.
- ทองอยู่ แก้วไทรยะ. (2531). ผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารสำนักงานคณะกรรมการ
การวิจัยแห่งชาติ, 20(1), 17-35.
- ทัศนภา บุญทอง. (2534). มิโนติของจิตวิทยาพัฒนาการพยาบาล: ใน การพยาบาล
ในมิติจิตวิทยาพัฒนาการ : การประชุมวิชาการครั้งที่ 6 ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ประเทศไทย วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533. หน้า 21-29.
กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

ธีรพร สติรองกุล. (2531). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารกองการพยาบาล, 15(1), 7-43.

นภาพร ชัยวรธรรม, จอห์น โนเดิล และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2533). ประชากรผู้สูงอายุไทย ลักษณะทางประชากรจากแหล่งข้อมูลทางการ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชัยวรธรรม, มาลีณี วงษ์สิทธิ์และจันทร์ใหญ่ แสงเทียนฉาย. (2532). สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ไกรวงศ์. (2536). บริบทนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

นิกา ส. ตุมรสุนทรและคณะ. (2534). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : การประชุมวิชาการประเพณีธรรมศาสตร์-มหิดล ครั้งที่ 2 วันที่ 24-26 ธันวาคม 2534. หน้า 19-34. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นันทวล ศรีจาด. (2534). ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนในชุมชนเชียงใหม่. ใน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1/ 2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533. หน้า 226-234. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

- นิยา ส่ออารีย์. (2535). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์, 12(1), 18-29.
- นิรนาท วิทยโศภิตคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลศาสตร์ ภัฏพิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นิตา ชูโต. 2525. คนชราไทย. สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรจุ อักษรอินทร์. (2533). วัยสูงอายุ. วิทยาสารวิทยาลัยพยาบาล
สภากาชาดไทย, 12(3), 35-40.
- บรรจุ ศิริพานิช. (2533). สุขภาพผู้สูงอายุ. คลินิก, 6(6), 432-436.
- บรรจุ ศิริพานิชและคณะ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่
อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประไพ วัฒนกิจ. (2531). แหล่งบริการการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารกองการ
พยาบาล, 15(1), 60-61.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). พฤติกรรมสุขภาพ. ใน เอกสารประกอบ
การสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรม สุขภาพและสุขภาพศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประมวญ ดิศลินสัน. (2534). เตรียมใจสู่วัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : บริษัท แปลนพับลิชชิ่ง จำกัด.
- พงษ์ศิริ ปราณชาติ. (2534). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ใน คุณภาพของผู้สูงอายุ : การประชุมวิชาการครั้งที่ 1/2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533. หน้า 30-32. สถาบันชีววิทยาศาสตร์ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยพายัพ.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2534). แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. ใน การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ : การประชุมวิชาการครั้งที่ 6 ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย วันที่ 26-27 พฤศจิกายน 2533. หน้า 1-7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- พรทิพย์ ชลิ่งสุภัท. (2534). ปัญหาและความต้องการของคนชราในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. ใน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การประชุมวิชาการครั้งที่ 1/2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533. หน้า 235-241. สถาบันชีววิทยาศาสตร์ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยพายัพ.
- พิมพ์วรรณ ศิลปสุวรรณ. (2534). การเกษียณอายุควรเป็น 60 ปี หรือเลื่อนอายุให้มากขึ้น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 21(1), 36-43.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลชิตและทัศนีย์ นะแสง. (2535). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ภัสสร ลิมานนท์. (2535). นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย : บทเรียนสำหรับประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- มยุรา เพชรพันธ์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. จดหมายข่าววิทยานิพนธ์, 9(6), 6-7.
- มูลนิธิพลเอกอาทิตย์ กำลังเอก. (2533). เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กมลศิลป์การพิมพ์.
- เขवालักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- รังสิต ห่มระลอก. (2533). สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล, 39(4), 307-314.
- ลดาวลัย รวมเมฆ. (2533). งานบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย, 15(4), 25-29.

วงเดือน ศิริรักษ์. (2533). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี. ใน การสัมมนาวิชาการและงานวิจัย ครั้งที่ 2 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 2 มีนาคม 2533. มหาวิทยาลัยมหิดล.

วงเดือน ศิริรักษ์ และคณะ. (2535). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี. วารสารโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี, 3(3), 183-193.

วชิราภรณ์ สุ่มวงศ์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วรรณวิมล บุญกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. สถาบันชีวิตวิทยา และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2534). การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC. ชมรมผู้สนใจงานวิจัยทางการศึกษา.

วิทยาลัยพยาบาลสงขลา. (2533). เอกสารแนะนำวิทยาลัยพยาบาลสงขลา.

- วิฑิต วัฒนวิบูลย์. (2534). วิถีทางสู่อายุวัฒนะ. ใน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ :
การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1/2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533.
 หน้า 70-73. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา
 มหาวิทยาลัยพายัพ.
- วิภาวี ดงอินทร์. (2532). การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์, 9(4), 10-14.
- วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ. (2536). การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ หลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(2), 74-83.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงดี. (2533). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง
ทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาต่อวิถีการดำเนินของผู้สูงอายุใน
หมู่บ้าน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีจิตรา บุญนาค. (2530). การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ : ผลกระทบของ
สุขภาพต่อบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม. แพทยศาสตร์,
16(7), 351-359.
- ศรีเรื่อน แก้วกังวาล. (2532). ตัวแปรทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความพอใจใน
ชีวิตของผู้สูงอายุไทย. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการ
พยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทวิถีสถิติน จำกัด.

สมพร บุขราทิจ. (2530). ปัญหาโรคทางจิตของผู้สูงอายุในเวชปฏิบัติ. คลินิก, 3(9), 629-632.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2535). เอกสารโครงการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ.

สุดาจันทร์ วัชรกิติ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 11(2), 74-75.

สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และตติยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. ภาควิชาการศึกษาเอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรินทร์ จุติดำรงพันธ์. (2535). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(1), 30-35.

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์และถนอมขวัญ ทวีบูรณ์. (2535). ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการสุขภาพของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 10(1), 19-25.

- สุลี ทองวิเชียร. (2533). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ใน การสัมมนาทางวิชาการและงานวิจัย ครั้งที่ 2 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 2 มีนาคม 2533. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเบญจโลก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อาภา ใจงาม. (2533). พยายามกับการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล, 39(2), 140-149.
- อำไพ ชนะกอก, ยุกยงค์ เขาวพานนท์และวันทไย้ ชวพงษ์. (2535). แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตตำบล จังหวัดเชียงใหม่ พยาบาลสาร, 19(3), 1-15.
- เอกนุญ ศึกไผ่พอก. (2535). การสาธารณสุขมูลฐานกับแผนแผนการสาธารณสุขฉบับที่ 7. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 14(2), 23-25.
- Alford, D.M. (1992). Wellness and health promotion of the elderly. Nursing outlook, 40(5), 221-226.
- Bahr, R.T. (1992). Personhood : A theory for gerontological nursing. Holistic Nursing Practice, 7(1), 1-6.
- Birchenall, J. M. and Streighe, M.E. (1982). Care of the older adult. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

- Brown, J.S. and Mc Creedy, M. (1986). The Hale elderly health behavior and its correlates. Research in Nursing & Health, 9(4), 317-329.
- Bruhn, J.G. (1988). Life-style and health behavior. in Gochman, D.S. Health behavior : Emerging research perspectives. New York : Plenum press p. 71-84.
- Burnside, et. al. (1988). Nursing and the aged : A Self-care approach. New York : Mc Gran Hill Book Company.
- Carnevali, D.L. and Patrick, M. (1979). Nursing management for the elderly. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Christine, L.P. (1991). Determinants of health-promotive behavior. The Nursing Clinics of North America, 26(4), 815-832.
- Duffy, M.E. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons. Journal of Nursing Scholarship, 25(1), 23-28.
- Duncan, L. (1982). Observations of elder care in the USSR. Geriatric Nursing, 3(4), 257-259.

Eliopoulos, C. (1987). Gerontological nursing. Philadelphia :
Lippincott Company.

Eliopoulos, C. (1990). Caring for elder in diverse care
setting. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Farrell, J. (1990). Nursing care of older person.
Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Ferraro, K.F. (1990). Self-rating of health among the old
and the old. Journal of Health and Social Behavior,
21(4), 377-383.

Flynn, J.B. and Giffin, P.A. (1984). Health promotion in
acute care setting. The Nursing Clinics of North
America, 1(2), 239-250.

Forbes, J.E. (1992). Exercise : Wellness maintenance for
the elderly client. Holistic Nursing Practice, 6(2),
14-22.

Fulmer, T.T. (1989). Mistreatment of elder : Assessment,
diagnosis and intervention. The Nursing Clinics of
North America, 24(3), 707-716.

Gillis, A. and Perry, A. (1990). The relationship between
physical activity and health-promoting behavior in

mid-life women. Journal of Advanced Nursing, 16(1),
299-310.

Gochman, D.S. (1988). Health behavior emerging research perspectives. New York : Plenum press.

Guralnik, J.M. and Kaplan, G.A. (1989). Predictors of health aging. American Journal of Public Health, 79(6), 703-708.

Haymaker, S.R. (1991). Health promotion. The Nursing Clinics of North America, 26(4), XIII-XIV.

Heine, C. (1992). Community issue in the holistic care of the elderly. Holistic Nursing Practice, 7(1), 53-60.

Herbert, R. (1992). The normal aging process reviewed. International Nursing Reviewed, 39(3), 93-96.

Heriot, S.C. (1992). Spirituality and aging. Holistic Nursing Practice, 7(1), 22-31.

Lubben, E.J. et al. (1989). Health practices of the elderly poor. American Journal of Public Health, 76(6), 731-734.

Matteson, M.A and Mc Connell, E.S. (1988). Gerontological nursing. Philadelphia : W.B Saunders Company.

Mc Clymont, M., Thomas, S. and Denham, M.J. (1986). Health visiting and the elderly. New York : Churchill Livingstone.

Moore, P.V and Williamson, G.C. (1984). Health promotion evaluation of a concept. The Nursing Clinics of North America, 19(2), 195-206.

Orem, D.E. (1985). Nursing : Concept of practice. New York : Mc Graw Hill Book Company.

Pender, N.J and Pender, A.R. (1987). Health promotion in nursing practice. Norwalk : Appleton & Lange.

Picariello, G. (1986). A Guide for teaching elders. Geriatric Nursing, 7(1), 38-39.

Platakis, J. (1987). Promoting health and wellness in the elderly. Nursing Administration Quarterly, 11(3), 42-43.

Porth, C. and Kapke, K. (1983). Aging and the skin. Geriatric Nursing, 4(3), 158-162.

- Riffle, K.L, Yoho, J. and Sams, J. (1989). Health-promoting behavior, perceived social support and self-reported health of Appalachian elderly. Public Health Nursing, 6(4), 240-211.
- Ruffing-Rehal, M.A. (1991). Rational and design for health promotion with older adults. Public Health Nursing, 8(4), 258-263.
- Shultz, C.M. (1984). Lifestyle assessment : A Tool for practice. Nursing Clinics of North America, 19(2), 271-281.
- Speake, D.L, Cowart, M.E and Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12(2), 93-100.
- Speake, D.L, Cowart, M.E and Stephens, R. (1991). Healthy lifestyle practices of rural and urban elderly. Health Values, 15(1), 45-51.
- Tanner, E.K. (1991). Assessment of a health promotion lifestyle. The Nursing Clinics of North America, 26(4), 845-854.

Thatcher, R.M. (1989). Community support : Promoting health and self-care. The Nursing Clinics of North America, 24(3), 725-732.

Walker, S.N. (1992). Wellness for elders. Holistic Nursing Practice, 7(1), 38-45.

Walker, S.N. et al. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and pattern. Advances in Nursing Science, 11(4), 76-90.

Walker, S.N. et. al. (1990). A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. Nursing Research, 39(5), 297-273.

Walker, S.N. Sechrist, K.R and Pender, N.J. (1987). The health promoting lifestyle profile : Delvelopment and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.

Weitzed, M.H. (1989). A Test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.

Williams, S.G. (1992). Impact of a growing elderly population on nursing. Nursing Forum, 27(3), 20-22.

United Nation. (1989). Emerging issues of population aging in asia and the pacific. Report of the Seminar held at Kuala Lumpur from 17-21 July 1987. Malaysia.

Viverais-Dresler, G and Richardson, H. (1991). Well elderly perceptions of the meaning of health and their health promotion practice. The Canadian Journal of Nursing Reseach, 23(4), 55-71.

Volpe, E.T and Kamhi, S.E. (1987). Wellness promotion and elderly outreach. Nursing Administration Quarterly, 11(3), 43-44.

Yurick, G. et. al. (1989). The aged person and the nursing process. Norwalk : Appleton & Lange.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายละเอียดชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา

ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ริเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2523 มีรูปแบบการให้บริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์แข็งแรงเหมาะสมกับวัย สามารถดูแลตนเองได้ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข โดยเปิดบริการทุกวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. เพื่อเผยแพร่สังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ ตลอดจนช่วยส่งเสริมความสามัคคี
3. เพื่อเป็นแหล่งให้ประสบการณ์ในชีวิต ให้ความรู้ด้านประเพณี คตินิยม ศิลปวัฒนธรรมแก่ชุมชน
4. เพื่อเป็นสื่อกลางของผู้สูงอายุและแหล่งเผยแพร่ธรรมะที่บุคคลควรทราบและนำไปปฏิบัติ
5. เพื่อช่วยเหลือสมาชิกด้วยกันในกรณีเจ็บป่วยและประสบเคราะห์กรรม ตลอดจนนำเงินทุนให้ เป็นประโยชน์ต่อสังคม
6. เป็นแหล่งศึกษา ค้นคว้า วิจัยและการบริการผู้สูงอายุ

ลักษณะของกิจกรรม

1. ตรวจสอบสุขภาพร่างกายทั่วไป เช่น ชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ ตรวจการทำงานของปอด หัวใจ การทำงานของข้อและกล้ามเนื้อต่าง ๆ
2. บริการสุขภาพจิต รับฟังและหาแนวทางแก้ปัญหาของผู้สูงอายุ
3. จัดกิจกรรมนันทนาการ เช่น การออกกำลังกาย การแสดงต่าง ๆ ทัศนศึกษา รวมทั้งจัดกิจกรรมทางศาสนา และประเพณีไทยในวาระต่าง ๆ

4. บริการส่งต่อ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ จะส่งต่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลสงขลา

5. บริการเยี่ยมในรายที่ป่วยที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล โดยคณะกรรมการของชมรม กิจกรรมของชมรมแบ่งเป็นกิจกรรมปกติและกิจกรรมพิเศษดังนี้

| <u>กิจกรรมปกติ</u> | <u>กิจกรรมพิเศษ</u> |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| - พบปะ พูดคุย | - ประชุมปรึกษาหารือเพื่อพัฒนาชมรม |
| - ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต | - ทัศนศึกษานอกสถานที่ 3 เดือน/ครั้ง |
| - สวดมนต์ นั่งสมาธิ | - ตรวจสอบสมรรถภาพของร่างกายโดย |
| - แจกข่าวสารประจำวัน | ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬาสงขลา |
| - แนะนำสมาชิกใหม่ | เดือนละ 1 ครั้ง |
| - บรรยาย แลกเปลี่ยนความรู้ | - ตรวจร่างกายโดยแพทย์เดือนละ 1 |
| ความคิดเห็น | ครั้ง |
| - ออกกำลังกาย | - จัดกิจกรรมทางศาสนาและประเพณี |
| - กิจกรรมนันทนาการ | - จัดกีฬาผู้สูงอายุ ปีละ 1 ครั้ง |

ภาคผนวก ข.
การพิกษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ

การพิกษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมงานวิจัยนี้ ผู้วิจัย ได้พิกษ์สิทธิ์
ของผู้ที่สามารถจะไม่ เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

"สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉัน รสสุคนธ์ แสงมณี เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับแบบ
แผนชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ต่อไป จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณ..... ตอบ
แบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที คุณมีสิทธิ์จะตอบรับหรือ
ปฏิเสธก็ได้ และในระหว่างสัมภาษณ์ คุณอาจขอยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ตามต้องการ
คำตอบของคุณ ดิฉันจะถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น
ขอขอบคุณค่ะ ที่ให้ความร่วมมือ

รสสุคนธ์ แสงมณี

ภาคผนวก ค.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบวัด แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

1. ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วราณี จันทร์สว่าง
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์
3. อาจารย์วิภาวี คงอินทร์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์
4. อาจารย์แพะ จันทร์สุข
แผนกวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

ภาคผนวก ง.
แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

| | เฉพาะผู้วิจัย |
|---|---------------|
| ลำดับที่..... | / / / / |
| สถานที่สัมภาษณ์..... | 1 2 3 |
| ชื่อ-สกุล..... | |
| วันที่บันทึก..... | |
| <hr/> | |
| <p><u>คำชี้แจง</u> : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย " / " หน้าหัวข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง</p> | |
| 1. เพศ | |
| <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง | / / |
| | 4 |
| 2. อายุ | |
| <input type="checkbox"/> 1. อายุ 60-69 ปี <input type="checkbox"/> 2. อายุ 70-79 ปี | / / |
| <input type="checkbox"/> 3. อายุ 80 ปีขึ้นไป | 5 |
| 3. สถานภาพการสมรส | |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีคู่ครอง <input type="checkbox"/> 2. มีคู่ครอง | / / |
| | 6 |
| 4. ลักษณะการอยู่อาศัย | |
| <input type="checkbox"/> 1. อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> 2. อยู่กับคู่ครอง/บุตรหลาน | / / |
| | 7 |
| 5. เชื้อชาติ | |
| <input type="checkbox"/> 1. ไทย <input type="checkbox"/> 2. จีน | / / |
| <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | 8 |

| | | เฉพาะผู้วิจัย |
|---|------------------------------|------------------------|
| 6. ศาสนา | | |
| () 1. พุทธ | () 2. อิสลาม | / / |
| () 3. คริสต์ | () 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).... | 9 |
| 7. ระดับการศึกษา | | |
| () 1. ไม่ได้เรียน | () 2. ประถมศึกษา | / / |
| () 3. มัธยมศึกษาขึ้นไป | | 10 |
| 8. อาชีพปัจจุบัน | | |
| () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ | () 2. ประกอบอาชีพ | / / |
| | | 11 |
| 9. รายได้ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือน | | |
| () 1. น้อยกว่า 5,000 บาท | () 2. 5,000 บาทขึ้นไป | / / |
| | | 12 |
| 10. การมีบุคคลที่สามารถพึ่งพา | | |
| () 1. ไม่มี | () 2. มี | / / |
| | () 2.1 คู่ครอง | 13 |
| | () 2.2 บุตรหลาน | / / |
| | () 2.3 อื่น ๆ | 14 |
| 11. ท่านเคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุหรือไม่ (เฉพาะผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ) | | |
| () 1. ไม่เคย | () 2. เคย | จากใคร |
| | | 2.1 บุคคลในครอบครัว |
| | | 15 |
| | | 2.2 เพื่อน/เพื่อนบ้าน |
| | | / / |
| | | 2.3 บุคลากรทางการแพทย์ |
| | | 16 |

2.4 สิ่งต่าง ๆ เช่น วิทยุ

โทรทัศน์

2.5 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

เฉพาะผู้วิจัย

12. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมานานเท่าไร (เฉพาะผู้ที่ เป็นสมาชิก
ชมรมผู้สูงอายุ)

() 1. 6 เดือน - 1 ปี

() 2. มากกว่า 1 ปี - 5 ปี

/ /

() 3. มากกว่า 5 ปี - 10 ปี

() 4. มากกว่า 10 ปี

17

13. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เฉลี่ยเดือนละกี่ครั้ง?

() 1. 2 ครั้ง

() 2. 3 ครั้ง

/ /

() 3. 4 ครั้ง

18

แบบสอบถามแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงแบบแผนชีวิตในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแบบสอบถามจะมีข้อความถามถึงความรู้สึก ความคิดเห็นและการกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่านตามความเป็นจริงที่ท่านกระทำอยู่ในชีวิตประจำวัน แต่ละข้อของแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว โดยเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

คำตอบ : เป็นประจำ หมายถึง มีความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นประจำ

เป็นบางครั้ง หมายถึง มีความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง บางวันไม่สม่ำเสมอ

ไม่เคย หมายถึง ไม่มีความรู้สึก หรือไม่เคยกระทำกิจกรรมนั้นเลย

ตัวอย่าง :

| ข้อความ | เป็นประจำ | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย | เฉพาะผู้วิจัย |
|--------------------|-----------|--------------|--------|---------------|
| 1. ท่านออกกำลังกาย | / | | | |

| ข้อความ | เป็นประจำ | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย | เฉพาะผู้วิจัย |
|---|-----------|--------------|--------|---------------|
| 1. ท่านพึงพอใจในตนเองกับความ สำเร็จในชีวิต | | | | ___/ 19 |
| 2. ท่านรู้สึกว่าชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่ดีขึ้น | | | | ___/ 20 |
| 3. ท่านรู้สึกมีความสุขในชีวิต | | | | ___/ 21 |
| 4. ท่านมีการวางแผนชีวิต เช่น การทำกิจกรรม, สะสมเงิน ทอง, ไปเยี่ยมบุตรหลาน | | | | ___/ 22 |
| 5. ท่านคิดถึงอนาคตของท่านเอง | | | | ___/ 23 |
| 6. ท่านเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเองในการทำงานต่าง ๆ | | | | ___/ 24 |
| 7. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีค่า มี ประโยชน์ต่อสังคมและผู้อื่น | | | | ___/ 25 |
| 8. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความเป็นอยู่ ในปัจจุบัน | | | | ___/ 26 |
| 9. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด, โบสถ์ มีสยิด สวดมนต์ | | | | ___/ 27 |
| 10. ท่านได้อ่านหนังสือฟังเทศน์หรือ ฟังบรรยายเกี่ยวกับธรรมะ | | | | ___/ 28 |

| ข้อความ | เป็นประจำ | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย |
|--|-----------|--------------|---------------|
| 11. ท่านคิดว่าการมีอายุมากขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ | | | ___/___ 29 |
| 12. ท่านไปตรวจร่างกายกับแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | | | ___/___ 30 |
| 13. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ท่านไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ | | | ___/___ 31 |
| 14. เมื่อท่านสงสัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ท่านจะถามจากผู้มีความรู้ด้านสุขภาพ เช่น แพทย์, พยาบาล | | | ___/___ 32 |
| 15. ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย | | | ___/___ 33 |
| 16. เมื่อเจ็บป่วย ท่านรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด | | | ___/___ 34 |
| 17. ท่านสูบบุหรี่ | | | ___/___ 35 |
| 18. ท่านดื่มสุรา | | | ___/___ 36 |
| 19. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง | | | ___/___ 37 |

| ข้อความ | เป็นประจำ | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย | เฉพาะผู้วิจัย |
|---|-----------|--------------|--------|---------------|
| 20. ท่านให้ความสนใจการอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย | | | | ___/ 38 |
| 21. ท่านสนใจในการรับถ่ายให้เป็น ปกติ | | | | ___/ 39 |
| 22. ท่านสนใจฟังหรืออ่านข่าวสาร ด้านสุขภาพ | | | | ___/ 40 |
| 23. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ออกกายบริหาร ครั้ง 20-30 นาที | | | | ___/ 41 |
| 24. ท่านได้ร่วมทำกิจกรรมหรือ ร่วม ออกกำลังกายกับผู้อื่น | | | | ___/ 42 |
| 25. หลังออกกำลังกาย ท่านพักผ่อน จนหายเหนื่อย ก่อนไปทำ กิจกรรมอย่างอื่น | | | | ___/ 43 |
| 26. ท่านออกกำลังกายเมื่อร่างกาย พร้อม | | | | ___/ 44 |
| 27. ท่านทำกิจวัตรประจำวันได้ตาม ปกติ | | | | ___/ 45 |
| 28. ท่านได้ทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน หย่อนใจ เช่น ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ | | | | ___/ 46 |
| 29. ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ | | | | ___/ 47 |

| ข้อความ | เป็นประจำ | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย | เฉพาะผู้วิจัย |
|---|-----------|--------------|--------|---------------|
| 30. ท่านระวังไม่ให้ร่างกายอ้วนหรือ ผอมเกินไป | | | | ___/ 48 |
| 31. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง หรืออาหาร สุก ๆ ดิบ ๆ | | | | ___/ 49 |
| 32. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด เปรี้ยวจัด หวานจัด | | | | ___/ 50 |
| 33. ท่านรับประทานผักและผลไม้ | | | | ___/ 51 |
| 34. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ ถั่ว นม ไข่ | | | | ___/ 52 |
| 35. ท่านดื่มกาแฟ วันละ อย่างน้อย 6-8 แก้ว | | | | ___/ 53 |
| 36. ท่านรับประทานอาหารจำพวก แป้ง ของหวานและของมัน ลด น้อยลงกว่าเดิม | | | | ___/ 54 |
| 37. ท่านจะเลือกรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย | | | | ___/ 55 |
| 38. ท่านเข้ากับบุตรหลานและบุคคล อื่น ๆ ได้ดี | | | | ___/ 56 |
| 39. ท่านได้รับความรักความห่วงใย และการดูแลจากบุตรหลาน | | | | ___/ 57 |

| ข้อความ | เป็นประจำ | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย | เฉพาะผู้วิจัย |
|---|-----------|--------------|--------|---------------|
| 40. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เรื่องราวต่าง ๆ ของบุตร หลาน | | | | ___/ 58 |
| 41. ท่านให้ความช่วยเหลือกิจกรรม ในครอบครัว | | | | ___/ 59 |
| 42. ท่านร่วมทำกิจกรรมที่ชุมชนจัด ขึ้น เช่น การจัดงานในเทศกาล ต่าง ๆ | | | | ___/ 60 |
| 43. ท่านให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่น | | | | ___/ 61 |
| 44. ท่านไปมาหาสู่และพบปะพูดคุยกับ เพื่อนบ้าน | | | | ___/ 62 |
| 45. ท่านมีปัญหาในการติดต่อ พูดคุย กับบุคคลอื่น | | | | ___/ 63 |
| 46. ท่านได้รับความช่วยเหลือจาก บุคคลรอบข้าง | | | | ___/ 64 |
| 47. ท่านมีเวลานักผ่อนอย่างเพียงพอ | | | | ___/ 65 |
| 48. ท่านทราบสาเหตุที่ทำให้ท่าน เครียด | | | | ___/ 66 |
| 49. ท่านนอนหลับสนิทและเต็มอิ่ม 6-8 ชั่วโมง/คืน | | | | ___/ 67 |
| 50. ท่านง่วงนอน อ่อนเพลีย หงุดหงิด | | | | ___/ 68 |

| ข้อความ | เป็นประจำ | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย | เฉพาะผู้วิจัย |
|--|-----------|--------------|--------|---------------|
| 51. ท่านมักจะรู้ตัวขณะที่ท่านแสดง อารมณ์ เช่น โกรธ กลัว หงุดหงิด | | | | ___/ 69 |
| 52. อารมณ์ของท่านเปลี่ยนแปลงง่าย | | | | ___/ 70 |
| 53. ท่านกำสรวลหรือสวดมนต์เมื่อ รู้สึกเครียด | | | | ___/ 71 |
| 54. ท่านระบายความรู้สึกหรือปรึกษา บุคคลใกล้ชิด เมื่อมีเรื่องไม่ สบายใจ | | | | ___/ 72 |
| 55. ท่านมีเรื่องวิตกกังวล หรือไม่ สบายใจ | | | | ___/ 73 |

ภาคผนวก จ.

ตารางแสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง จ.1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมของกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

| แบบแผนชีวิต | คะแนนแบบแผนชีวิตของกลุ่มสมาชิกชมรมฯ | | |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-----------|
| | ค่าคะแนนต่ำสุด | ค่าคะแนนสูงสุด | ค่าเฉลี่ย |
| 1. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต | 27 | 33 | 31.06 |
| 2. การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ | 27 | 33 | 31.06 |
| 3. การออกกำลังกาย | 14 | 18 | 17.22 |
| 4. การรับประทานอาหาร | 22 | 26 | 24.68 |
| 5. การสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | 19 | 27 | 24.80 |
| 6. การจัดการกับความเครียด | 18 | 27 | 23.56 |
| 7. แบบแผนชีวิต โดยรวม | 138 | 162 | 152.78 |

ตาราง จ.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและ โดยรวมของกลุ่ม
ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

| แบบแผนชีวิต | คะแนนแบบแผนชีวิตของกลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ | | |
|------------------------------|--|----------------|-----------|
| | ค่าคะแนนต่ำสุด | ค่าคะแนนสูงสุด | ค่าเฉลี่ย |
| 1. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต | 12 | 32 | 23.66 |
| 2. การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ | 16 | 32 | 23.48 |
| 3. การออกกำลังกาย | 8 | 18 | 13.62 |
| 4. การรับประทานอาหาร | 13 | 24 | 17.98 |
| 5. การสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | 11 | 26 | 18.88 |
| 6. การจัดการกับความเครียด | 12 | 24 | 16.98 |
| 7. แบบแผนชีวิตโดยรวม | 86 | 148 | 114.60 |

ตาราง ๓.3 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบแผนชีวิตแต่ละด้านและโดยรวมของผู้สูง
อายุทั้ง 2 กลุ่ม

| แบบแผนชีวิต | ค่าคะแนนต่ำสุด | ค่าคะแนนสูงสุด | ค่าเฉลี่ย | ค่ามัธยฐาน |
|------------------------------|----------------|----------------|-----------|------------|
| 1. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต | 12 | 33 | 27.36 | 29 |
| 2. การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ | 16 | 33 | 27.47 | 30 |
| 3. การออกกำลังกาย | 8 | 18 | 15.42 | 16 |
| 4. การรับประทานอาหาร | 13 | 26 | 21.33 | 23 |
| 5. การสนับสนุนระหว่างบุคคล | 11 | 27 | 21.84 | 23 |
| 6. การจัดการกับความเครียด | 12 | 27 | 20.27 | 20 |
| 7. แบบแผนชีวิต โดยรวม | 86 | 162 | 133.69 | 142 |

ภาคผนวก ช.

ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต

ตาราง ช.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คะแนนแบบแผนชีวิตด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต | | χ^2 |
|--------------------|---|-------------------------------------|----------|
| | ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน จำนวน (ร้อยละ) | สูงกว่าค่ามัธยฐาน จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 27 (27) | 23 (23) | .16 |
| หญิง | 24 (24) | 26 (26) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 24 (24) | 20 (20) | 1.07 |
| 70-79 ปี | 21 (21) | 25 (25) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 6 (6) | 4 (4) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 27 (27) | 19 (19) | 1.49 |
| ไม่มีคู่ครอง | 24 (24) | 30 (30) | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 18 (18) | 5 (5) | 10.77** |
| ประถมศึกษา | 21 (21) | 21 (21) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 12 (12) | 23 (23) | |
| 5. ระดับรายได้ | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 45 (45) | 26 (26) | 13.36*** |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 6 (6) | 23 (23) | |

* $p < .05$ ** $p < .005$ *** $p < .001$

ตาราง ๓.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คะแนนแบบแผนชีวิตด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ | | χ^2 |
|--------------------|--|-------------------------------------|----------|
| | ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน จำนวน (ร้อยละ) | สูงกว่าค่ามัธยฐาน จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 30 (30) | 20 (20) | .04 |
| หญิง | 28 (28) | 22 (22) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 26 (26) | 18 (18) | .86 |
| 70-79 ปี | 25 (25) | 21 (21) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 7 (7) | 4 (4) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 32 (32) | 14 (14) | 3.84* |
| ไม่มีคู่ครอง | 26 (26) | 28 (28) | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 16 (16) | 7 (7) | 9.61* |
| ประถมศึกษา | 29 (29) | 13 (13) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 13 (13) | 22 (22) | |
| 5. ระดับรายได้ | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 53 (53) | 18 (18) | 25.55*** |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 5 (5) | 24 (24) | |

* $p < .05$ ** $p < .005$ *** $p < .001$

ตาราง พ.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คะแนนแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย | | χ ² |
|--------------------|------------------------------------|-------------------|----------------|
| | ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน | สูงกว่าค่ามัธยฐาน | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 23 (23) | 27 (27) | .64 |
| หญิง | 28 (28) | 22 (22) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 24 (24) | 20 (20) | 1.07 |
| 70-79 ปี | 21 (21) | 25 (25) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 6 (6) | 4 (4) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 29 (29) | 17 (17) | 4.09* |
| ไม่มีคู่ครอง | 22 (22) | 32 (32) | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 16 (16) | 7 (7) | 17.23** |
| ประถมศึกษา | 27 (27) | 15 (15) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 8 (8) | 27 (27) | |
| 5. ระดับรายได้ | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 47 (47) | 24 (24) | 20.58*** |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 4 (4) | 25 (25) | |

* p < .05 ** p < .005 *** p < .001

ตาราง ๕.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คะแนนแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร | | χ ² |
|--------------------|---------------------------------------|-------------------|----------------|
| | ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน | สูงกว่าค่ามัธยฐาน | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 27 (27) | 23 (23) | .000 |
| หญิง | 28 (28) | 22 (22) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 23 (23) | 21 (21) | 1.05 |
| 70-79 ปี | 25 (25) | 21 (21) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 7 (7) | 3 (3) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 30 (30) | 16 (16) | 2.87 |
| ไม่มีคู่ครอง | 25 (25) | 29 (29) | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 16 (16) | 7 (7) | 12.14** |
| ประถมศึกษา | 28 (28) | 14 (14) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 11 (11) | 14 (14) | |
| 5. ระดับรายได้ | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 49 (49) | 22 (22) | 17.52*** |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 6 (6) | 23 (23) | |

* p < .05 ** p < .005 *** p < .001

ตาราง ช.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คะแนนแบบแผนชีวิตด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล | | x ² |
|--------------------|---|-------------------|----------------|
| | ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน | สูงกว่าค่ามัธยฐาน | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 25 (25) | 25 (25) | 1.01 |
| หญิง | 31 (31) | 19 (19) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 23 (23) | 21 (21) | 2.64 |
| 70-79 ปี | 25 (25) | 21 (21) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 8 (8) | 2 (2) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 31 (31) | 15 (15) | 3.67 |
| ไม่มีคู่ครอง | 25 (25) | 29 (29) | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 19 (19) | 4 (4) | 18.47*** |
| ประถมศึกษา | 27 (27) | 15 (15) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 10 (10) | 25 (25) | |
| 5. ระดับรายได้ | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 49 (49) | 22 (22) | 15.06*** |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 7 (7) | 22 (22) | |

* p < .05 ** p < .005 *** p < .001

ตาราง ช.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คะแนนแบบแผนชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด | | χ^2 |
|--------------------|--|-------------------------------------|----------|
| | ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน จำนวน (ร้อยละ) | สูงกว่าค่ามัธยฐาน จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 25 (25) | 25 (25) | .16 |
| หญิง | 28 (28) | 22 (22) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 25 (25) | 19 (19) | 2.41 |
| 70-79 ปี | 21 (21) | 25 (25) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 7 (7) | 3 (3) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 31 (31) | 15 (15) | 6.05* |
| ไม่มีคู่ครอง | 22 (22) | 32 (32) | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 16 (16) | 7 (7) | 8.17* |
| ประถมศึกษา | 25 (25) | 17 (17) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 12 (12) | 23 (23) | |
| 5. ระดับรายได้ | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 46 (46) | 25 (25) | 19.43*** |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 4 (4) | 25 (25) | |

* $p < .05$ ** $p < .005$ *** $p < .001$

ตาราง ช.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตโดยรวม

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คะแนนแบบแผนชีวิตโดยรวม | | X ² |
|--------------------|------------------------|-------------------|----------------|
| | ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน | สูงกว่าค่ามัธยฐาน | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| 1. เพศ | | | |
| ชาย | 24 (24) | 26 (26) | .04 |
| หญิง | 26 (26) | 24 (24) | |
| 2. อายุ | | | |
| 60-69 ปี | 23 (23) | 21 (21) | .84 |
| 70-79 ปี | 21 (21) | 25 (25) | |
| 80 ปีขึ้นไป | 6 (6) | 4 (4) | |
| 3. สถานภาพการสมรส | | | |
| มีคู่ครอง | 29 (29) | 17 (17) | 4.87* |
| ไม่มีคู่ครอง | 21 (21) | 33 (33) | |
| 4. ระดับการศึกษา | | | |
| ไม่ได้เรียน | 17 (17) | 6 (6) | 12.07** |
| ประถมศึกษา | 23 (23) | 19 (19) | |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 10 (10) | 25 (25) | |
| 5. ระดับรายได้ | | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 46 (46) | 25 (25) | 19.43*** |
| 5,000 บาทขึ้นไป | 4 (4) | 25 (25) | |

* p < .05 ** p < .005 *** p < .001

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล นางสาวรสสุคนธ์ แสงนที

วัน เดือน ปี เกิด 21 กุมภาพันธ์ 2505

วุฒิการศึกษา

| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|--|---------------------|---------------------|
| ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และ ผดุงครรภ์ชั้นสูง | วิทยาลัยพยาบาลสงขลา | 2526 |

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2526 - ปัจจุบัน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
โรงพยาบาลนราธิวาส