



ภารกิจกรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
เฉลิมพระเกียรติ นครศรีธรรมราช  
ชื่อกานต์ ชันขาว  
ลือนามัยชุมชน

คณะกรรมการสอบ

ประธานกรรมการ ..... ประธานกรรมการ  
1 ตะบูนพงศ์) (รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา ตะบูนพงศ์)

.....กรรมการ ..... กรรมการ  
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. อุทัย เก้าเอี้ยน)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน  
ของวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลลือนามัยชุมชน

.....  
ศาสตราจารย์ ดร. นพรัตน์ บำรุงรักษ์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



Thesis Title            Participation and Health Promoting Behaviors among Members of an  
   Elderly Club at Maharaj Nakornsrihammaraj Hospital

Author                    Miss Nitchakan Khunkhao

Major Program        Community Health Nursing

Academic Year        1999

Abstract

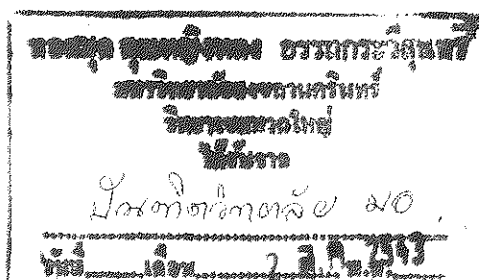
The objective of this study was to identify factors related to the number of participation at elderly club and health promoting behaviors. Subjects was 120 elderly randomly selected from members of an elderly club at Maharaj Nakornsrihammaraj Hospital. Questionnaires were used to obtain personal data, perception of health status, perception of participation benefit and health behaviors.

The results were

1. Having chronic illness was only factor ( $p < .05$ ) related to low number of participation of the elderly club in the stepwise multiple regression model. It explained only 5 percent of the variance of the number of participation.

2. Perception of participation benefit, perception of health status and having chronic illness were significantly ( $p < .05$ ) associated with health promoting behaviors in the stepwise multiple regression model. These three variables together explained 22.5 percent of the variance of health promoting behaviors whereas perception of participation benefit and having chronic illness were likely to have higher score of health promoting behaviors. The subjects having higher score of health status perception were likely to have lower score of health promoting behaviors.

To enhance health promoting behaviors the following factors should be considered : the presence of a chronic illness, the perception of their own health status, and recognition of participation benefit.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยอย่างยิ่ง จากอาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ คร.สาวิตรี ถิมชัยอรุณเรือง พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์บรรดู่ ศิริพานิช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.รัตนา ลีลาวัฒนา อาจารย์พัชรียา ไชยลังกา และคุณศิริวิไล พุทธพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณา ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.อุทัย แก้วเอี่ยม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่าและให้ข้อเสนอแนะ ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ และให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหाराช นครศรีธรรมราช ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณ คุณลุงเอื้อน ทองสงค์ ที่เสียสละเวลาและให้ความช่วยเหลือ ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่สาว น้องสาว ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจตลอดช่วงในการเรียนปริญญาโท รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาเอื้อเฟื้อทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ณิชกานต์ ชันขาว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
รายการภาพประกอบ.....	(9)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
2. วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
สุขภาพของผู้สูงอายุ.....	8
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	23
ทฤษฎีกิจกรรมและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ.....	35
3. ระเบียบวิธีวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	49
วิธีการรวบรวมข้อมูล.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
4. ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	52
ผลการวิจัย.....	52

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การอภิปรายผล.....	64
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	78
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	93
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	94
ข. ใบพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ.....	95
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	96
ง. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา.....	108
จ. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน กับตัวแปรที่ทำนาย.....	109
ฉ. การกำหนดตัวแปรหุ่น.....	110
ประวัติผู้เขียน.....	111

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล.....	53
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการเข้าร่วมกิจกรรม.....	55
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรม.....	56
4. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปร และสัมประสิทธิ์ ความแปรผัน ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อ การเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	57
5. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้ง ของการเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว.....	59
6. ความแปรปรวนจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมของ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่างกัน.....	59
7. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ อายุ ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม.....	60
8. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยทำนาย กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม.....	60
9. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว.....	62
10. ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่างกัน.....	62
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ อายุ ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	63
12. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยทำนาย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	63



## รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนครั้ง.....5 ของการเข้าร่วมกิจกรรม	
2. กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....6	

# บทที่ 1

## บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร ปี พ.ศ 2534 และ พ.ศ 2538 – 2539 พบว่า อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้งเพศหญิงและเพศชาย แยกเป็นเพศหญิงจากเดิมอายุขัยเฉลี่ย 72.4 เพิ่มเป็น 75 ปี ส่วนเพศชายจากเดิมมีอายุขัยเฉลี่ย 67.7 ปี เพิ่มเป็น 70 ปีตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) การมีอายุยืนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรของประเทศไทย ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2538 พบว่ามีผู้สูงอายุ 4.34 ล้านคน (โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538) และเพิ่มขึ้นเป็น 5.24 ล้านคนในปี 2541 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 10.78 ล้านคนในปี 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541)

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อม สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยมักมีอาการรุนแรงต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Heidrich, 1998) จากการศึกษาภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมิโอกาสเกิดโรคนานกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า (Eliopoulos, 1987) และผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (ยูพองและวันดี, 2539) ดังนั้นการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และสามารถป้องกันการเกิดโรคได้

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนมีสุขภาพดี และเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิต (Pender,1996) ไม่เพียงแต่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตเท่านั้น การส่งเสริมสุขภาพยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุได้อีกด้วย (Heidrich, 1998) ดังนั้นบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย (Kasl & Cobb,1966) จากการศึกษาพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรงที่มีอายุ 70-74 ปี พบว่า ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ อาหาร สิ่งแวดล้อม มีส่วนเกี่ยวข้องการมีชีวิตยืนยาวและแข็งแรง

(บรรณ, 2532) นอกจากนี้จากการศึกษาปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุที่มีอายุยืน 100 - 109 ปี พบว่า การมีสุขภาพที่ดีจะต้องมีงานหรือกิจกรรมทำ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ อย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น มีความภูมิใจยอมรับในตัวเองและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (Loveing & Pascucci, 1997)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญ จึงนำวิทยาการใหม่ๆมาใช้ในการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสภาพมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม โดยจัดบริการผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐาน และสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบต่างๆ เช่น บริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดคลินิกผู้สูงอายุ การจัดศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ (ศิริวัฒน์, 2534) โดยเฉพาะการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2527 และในปี พ.ศ. 2536 มีชมรมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของสภาผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 3,174 ชมรม เพิ่มเป็น 3,487 ชมรมในปี พ.ศ. 2539 (บรรณ, 2539) โดยมีวัตถุประสงค์เป็นสื่อกลางในการพบปะสังสรรค์ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นศูนย์กลางด้านข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น หลักการปฏิบัติตัว และโภชนาการในผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ เป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุในชุมชน (พฤตินันท์, 2530; โสภิตา, 2535)

การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เป็นตัวกลางผลักดันให้ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ วินสตรา (Veestra, 2000) ที่ศึกษาความแตกต่างของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 534 คน พบว่าการไปมาหาสู่กับเพื่อนในสมาคมหรือชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาส่งผลต่อสุขภาพที่ดี นอกจากนี้จากการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและไม่เป็นสมาชิกชมรม พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมมีแบบแผนชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การรับผิดชอบสุขภาพตนเอง และการมีคุณค่าในตนเอง ทั้งรายด้านและโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม (นิตยา, 2542; รสสุคนธ์, 2537) และจากการศึกษาพฤติกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศิริราช พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี (เฉลิมศรี, 2539) อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่การเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน (โสภิตา, 2535; สุนันต์, 2537; ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาเวชนครศรีฯ, 2541) การเข้าร่วมกิจกรรมที่แตกต่างกันน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์จากการได้เห็น การได้ยิน และการร่วมปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน และจำนวนครั้ง

ของการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เพิ่มความสามารถในการจำและระลึกได้ (Rabbitt, 1998) และเกิดการเรียนรู้ที่ดี (จำเรียงและปราณี, 2536) การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมได้พบปะสังสรรค์และสังคมกับเพื่อน ได้แสดงบทบาทตามหน้าที่ของตนเอง สร้างความพึงพอใจสูงสุด ส่งผลต่อความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรม (Lemon, Bengton & Peterson, 1972) ดังนั้น จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ และมีปัจจัยส่วนบุคคลอะไรบ้าง ที่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ตอนบนและมีประชากรมากที่สุดมีประชากรทั้งหมด 1,886,879 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.41 ของประชากรทั้งหมด (สถิติสาธารณสุข, 2537 : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2540) จังหวัดนครศรีฯ ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกอำเภอ ทุกตำบล ซึ่งปัจจุบันจังหวัดนครศรีธรรมราช มีชมรมผู้สูงอายุ 178 ชมรมและมี 18 ชมรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีบทบาทให้คำแนะนำเป็นที่เลี้ยงแก่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช (กระทรวงสาธารณสุข, 2539) ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ เริ่มก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ 2535 เป็นต้นมา มีจำนวนสมาชิก 920 คน (สมุดทะเบียนชมรมผู้สูงอายุ, 2541) และมีการดำเนินกิจกรรมเดือนละ 2 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอมาตลอด ประกอบด้วยกิจกรรมศาสนา กิจกรรมตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน กิจกรรมออกกำลังกาย และกิจกรรมวิชาการ อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน จากการสุ่มประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจำนวน 127 คน ที่ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ 2541 ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน พบว่าร้อยละ 48.8 เข้าร่วมกิจกรรม 0 – 4 ครั้ง ร้อยละ 33.8 เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 – 8 ครั้ง และร้อยละ 17.2 เข้าร่วมกิจกรรม 9 – 12 ครั้ง ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอเดือนละ 2 ครั้ง มีจำนวนสมาชิกมากพอในการคัดเลือกหาตัวแทนของประชากร และเป็นที่ยอมรับให้แก่ชมรมอื่นๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ เป็นกลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปปรับปรุงรูปแบบการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

## คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรรอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ปัจจัยคัดสรรอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่?

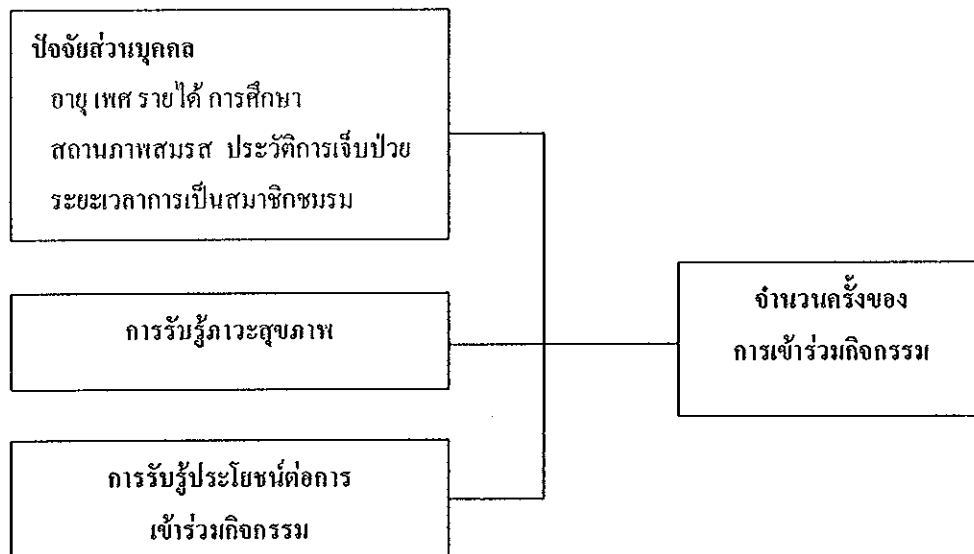
## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรม ผู้วิจัยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : H.B.M) ของเจนซ์ และเบคเคอร์ (Janz & Becker, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบของการรับรู้และการงูใจของบุคคล กล่าวคือการทำที่บุคคลจะยอมกระทำหรือไม่กระทำเพื่อป้องกันโรคนั้น จะต้องมี การรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และโรคนั้นมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ (Becker, et al., 1977 cited by Holm, Frank & Curtin, 1999) นอกจากนี้ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค (percieve benefit) รวมทั้งสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) การได้รับสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น การได้รับข่าวสาร คำแนะนำจากสมาชิก เป็นการงูใจให้บุคคลกระทำกิจกรรมนั้นๆ ตามความคาดหวังของตน

จากรูปแบบความเชื่อสุขภาพดังกล่าว เป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดไป (Holm, FrankI & Curtin, 1999; Rosenstock,1990) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงภาวะสุขภาพไว้เท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการของบุคคลที่กระทำเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง

จากการกระทำจนเกิดความเคยชินเป็นนิสัย ส่งผลในการยกระดับคุณภาพชีวิต และภาวะปกติสุขของบุคคล (Gochman, 1988; Pender, 1996)

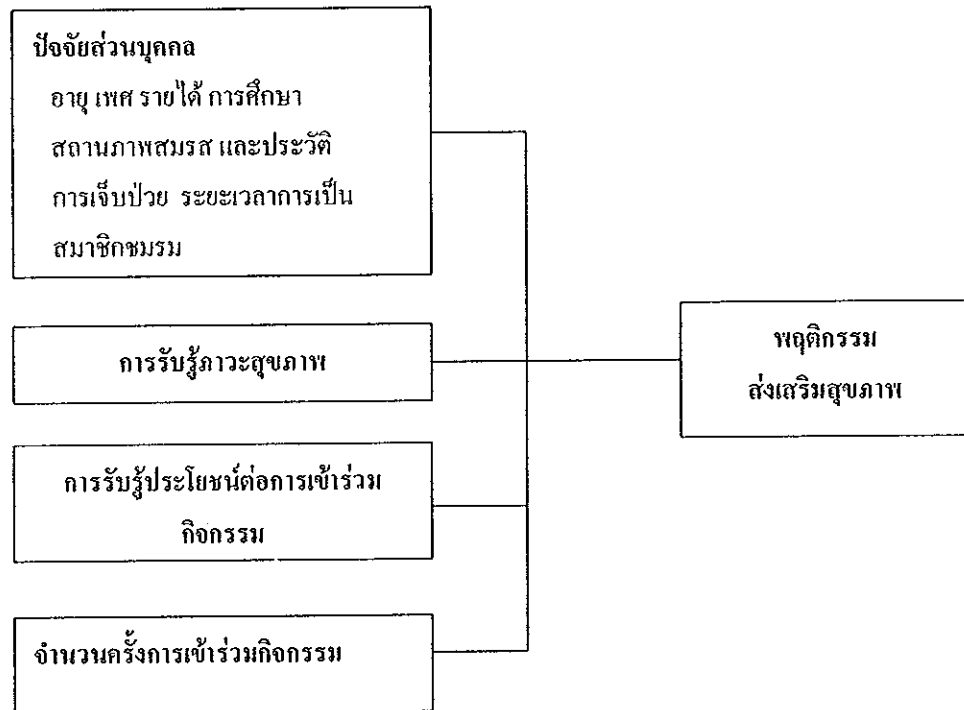
จากการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์จากการได้เห็น การได้ยิน การร่วมปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรม และได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนสมาชิกทำให้ผ่อนคลายความเครียด ซึ่งการได้รับรู้ถึงผลประโยชน์ และการจูงใจจากสิ่งกระตุ้นภายนอกส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ตาม ภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

การเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรม การได้แลกเปลี่ยนและเรียนรู้จากเพื่อนสมาชิก และได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลาการเป็น

สมาชิกชมรม การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ตาม ภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### นิยามศัพท์

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึงการแสดงออกในด้านความคิดเห็น หรือความรู้สึของผู้สูงอายุ ต่อการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ของภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ผู้วิจัยศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องและประยุกต์จากแนวคิดของลินน์และลินน์ (Linn & Linn, 1987)

จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม หมายถึง จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในช่วงเวลา 6 เดือน นับย้อนตั้งแต่วันที่ให้สัมภาษณ์

การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม หมายถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านบวกของการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการสอบถามผู้สูงอายุ และจากการศึกษากิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ (Walker, Sechirs & Pender, 1987) และจากการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ไม่จำกัดเพศและสามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถสื่อสาร ตอบคำถามได้

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุต่อไป
2. เป็นแนวทางในการวิจัยด้านอื่นๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### 1. สุขภาพของผู้สูงอายุ

##### 1.1 ความหมาย

##### 1.2 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

##### 1.3 การส่งเสริมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

##### 1.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการประเมิน

#### 2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

##### 2.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

##### 2.2 ทฤษฎีและรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ

##### 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

##### 2.4 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### 3. ทฤษฎีกิจกรรม และชมรมผู้สูงอายุ

##### 3.1 แนวคิดทฤษฎีกิจกรรม

##### 3.2 ชมรมผู้สูงอายุ

##### 3.3 กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

##### 3.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

#### 1. สุขภาพของผู้สูงอายุ

##### 1.1 ความหมาย

1.1.1 สุขภาพ เป็นคำที่สามารถแสดงความหมายได้หลายมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม องค์การอนามัยโลก (WHO, 1988) ได้ให้ความหมายสุขภาพหมายถึงภาวะที่สมบูรณ์ทั้ง

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สมิทซ์ (Smith, 1983) ได้รวบรวมแนวคิดความหมายสุขภาพไว้ 4 รูปแบบคือ รูปแบบทางคลินิก (clinical model) หมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคหรืออาการแสดงต่างๆของโรค สุขภาพตามรูปแบบการแสดงบทบาท (role performance model) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทของสังคม สุขภาพตามรูปแบบการปรับตัว (adaptive model) เป็นความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม สุขภาพตามรูปแบบของความปกติสุข (eudaimotic model) เป็นการตระหนักถึงศักยภาพสูงสุด

จะเห็นได้ว่า สุขภาพสามารถให้ความหมายโดยรวมเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม นอกจากนี้สุขภาพสามารถให้ความหมายตามการแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

#### 1.1.2 ผู้สูงอายุ มีผู้ให้ความหมายผู้สูงอายุมากมายซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1.1.2.1 การให้ความหมายตามเกณฑ์อายุ มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามสภาพสังคม ประเพณีและวัฒนธรรม (เกษมและกุลยา, 2528) โดยมีการให้ความหมายผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุดังนี้ วัยสูงอายุเริ่มต้น (Young Old Age) อายุ 65-74ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Middle Old Age) อายุ 75-84 ปี วัยสูงอายุตอนปลาย (Old Old Age) อายุมากกว่า 85 ปี เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา (Borrow and Smith, 1979; Herbert, 1992) ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาผู้สูงอายุเริ่มจากอายุ 60 ปี และแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงอายุคือ วัยสูงอายุเริ่มต้น (Elderly) คือบุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือบุคคลที่มีอายุ 75-90 ปี วัยสูงอายุตอนปลาย (Very old) คือบุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (WHO, 1988) สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ตาม W.H.O (กุลยา, 2542; เกษม และกุลยา, 2528; จำเรียง, 2534; บรรลุ, 2537)

1.1.2.2 การให้ความหมายตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (เกษม และกุลยา, 2528; Borrow and Smith, 1979 )

1.1.2.3 การให้ความหมายตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Mental functioning) โดยยึดเกณฑ์ความสามารถของการสร้างสรรค์ การจัดการเรียนรู้ และความเสื่อมทางจิตใจ (เกษม และกุลยา, 2528; Borrow and Smith, 1979)

1.1.2.4 การให้ความหมายตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม โดยยึดตามแนวคิดปกติ ผู้สูงอายุมักคิดว่าตนเองแก่มาแล้ว ซึ่งส่งผลการทำงานหน้าที่ความรับผิดชอบจะลดลง (เกษม และกุลยา, 2528; Borrow and Smith, 1979)

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายของผู้สูงอายุ สามารถให้ความหมายได้หลายรูปแบบ เช่น การให้ความหมายโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ การให้ความหมายตามการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักการให้ความหมายโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ตามองค์การอนามัยโลก ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อย่างไรก็ตามการเข้าสู่วัยสูงอายุ นั้นจะมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 1.2 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

เกษม และ กุลยา (2528) ได้กล่าวว่า ความมีอายุของบุคคลต่าง ๆ นั้นเริ่มต้นเมื่อใดไม่มีใครทราบ แต่ความมีอายุบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงดังนี้คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม มีรายละเอียดดังนี้

### 1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical Change) บอนด์และริงส์เวน (Bond & Ringsven, 1991) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อม และผลกระทบที่ทำให้เกิดโรคต่างๆในผู้สูงอายุ มีดังนี้

ระบบผิวหนัง ผิวหนังเป็นอวัยวะที่อยู่นอกสุดของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้น้ำและไขมันใต้ผิวหนังหลังน้ำมันลดลงกว่าวัยหนุ่มสาว 40-50 % มีผลต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อขาดความเต่งตึงมีลักษณะแห้งและเหี่ยวย่นเป็นเกร็ด ลอกหลุดและบวมได้ง่าย ปริมาณเลือดฝอยที่มาเลี้ยงผิวหนังลดลง ภูมิคุ้มกันของผิวหนังลดลง และจำนวนแมโครฟาจ (macrophage) บริเวณผิวหนังลดลงถึงร้อยละ 70 ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของผิวหนังลดลง และถูกกระตุ้นจากสิ่งต่างๆ ได้ง่าย เมื่อเกิดบาดแผลหายช้าเนื่องจากปริมาณเลือดมาเลี้ยงน้อย ต่อมาหนังมีขนาดลดลงมีผลต่อการปรับระดับความร้อน มีผลต่อการปรับระดับความร้อนหนาวเป็นไปไม่ดี ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอากาศได้น้อย ทำให้ภูมิคุ้มกันของผิวหนังลดลงและถูกกระตุ้นจากสิ่งต่างๆ ได้ง่าย สารเมลานินในผิวหนังใช้จนหมดและปริมาณการไหลเวียนเลือดบริเวณผิวหนังลดลง ทำให้ผมเปลี่ยนสีเป็นสีเทา เส้นผมแห้งกรอบและร่วงง่าย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกหลังอายุ 30 ปี จำนวนและขนาดเส้นใยเนื้อเยื่อลดลง กำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 15-46 ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง อัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าการสร้าง กระดูกมีน้ำหนักลดลง ร้อยละ 25 ในเพศหญิง และร้อยละ 12 ในเพศชาย แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากการรักษาระดับความสมดุลของแคลเซียมในเลือด ทำให้กระดูกผู้สูงอายุกระดูกเปราะ และหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆเสื่อม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และความสูงลดลง จากการศึกษา

พบว่าผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา เป็นโรคข้ออักเสบมากที่สุดถึงร้อยละ 46 (Eliopoulos, 1990) แต่สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด (บรรณและคณะ, 2532; นภาพรและจอห์น, 2539; นพวรรณ เกื้อ และรุ่งรัตน์, 2541; สุทธิชัย, 2543) จากภาวะความเสื่อมของกล้ามเนื้อ และกระดูกส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ง่าย โดยเฉพาะการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 30-40 (Timetti, et al., 1994 cite by Schoenfelder, 1997)

ระบบหายใจ ระบบหายใจมีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ กล้ามเนื้อเกี่ยวกับระบบการหายใจลีบ กระบังลมจะเปลี่ยนรูปร่างแบน กระดูกซี่โครงมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้มีการมีการเพิ่มด้านหน้าและด้านหลังของปอดมากขึ้น (barrel chest) มีการเคลื่อนไหวน้อยลง เนื้อของปอดมีการยืดหยุ่นน้อยลง ผนังเส้นเลือดภายในปอด อุดกวมภายในปอดหนาขึ้น ทำให้ความจุของปอดลดลง (vital capacity) การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์น้อยลงทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าอ่อนเพลียง่าย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรกระบบทางเดินหายใจค่อนข้างสูง (บรรณ, 2533) แต่จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัย และสวัสดิการของผู้สูงอายุไทยในปี 2539 จำนวน 14,139 คน พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรกระบบทางเดินหายใจเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 9.3 (นพวรรณและคณะ, 2541)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะ และมีความเสื่อมของเนื้อเยื่อเสริมใย เส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำมีความหนาขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลงมีอาการเหนื่อยเรื้อรัง เกิดภาวะความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนเอริยาบท และเกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ เกิดความดันโลหิตสูง เส้นเลือดขดได้ เกิดการเสื่อมหรือสูญเสียของหน่วยไต มีภาวะ ไชมันจุดตันของเส้นเลือด จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (W.H.O. 1995) ได้กล่าวว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 10 โดยประมาณและมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของ (นพวรรณ และคณะ, 2541) พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจเป็นอันดับที่ 4 คิดเป็น ร้อยละ 21.8 จากภาวะของโรคที่พบบ่อยทุกกลุ่มอายุจำนวน 15 โรค และพบว่าเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่งของผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย, 2543)

ระบบการย่อยอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้คือ ต่อมน้ำลายเสียน้ำที่ มีเนื้อเยื่อพังคืดและไขมันสะสมมากขึ้น การผลิตน้ำตาและเอ็นไซม์น้อยลง กล้ามเนื้อเรียบสูญเสียการหดตัว เซลล์สร้างฟันน้อยลงเนื้อเยื่อพังคืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น สารเคลือบฟันบางลง กล้ามเนื้อหูรูดคลาย หลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง การเคลื่อนไหวน้อยลงของกระเพาะอาหารลดลง การเคลื่อนไหวน้อยลง

และการบีบตัวของหลอดอาหารข้าง การย่อยอาหารลำบากเป็นเหตุให้เกิดการขย้อนและอาการ แสบหน้าอก เชื้อบูของกระเพาะอาหารฝ่อลีบ เป็นเหตุให้การผลิตน้ำย่อยอาหาร กรดเกลือและ เอนไซม์ต่างๆ ลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงตับลดลง มีการสังเคราะห์โปรตีนในตับน้อยลง ทำให้ การย่อยแป้ง น้ำตาล การดูดซึมสารอาหารและวิตามินลดลง ทำให้เกิดภาวะการขาดสารอาหาร จากการสำรวจสภาพทั่วไป และองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุเอเชีย พบว่า อัตราการเกิดภาวะท้องผูกเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ การรับประทานข้าว จะช่วยลดภาวะท้องผูก ส่วนการ ดื่มน้ำชาทำให้เกิดภาวะท้องผูกเพิ่มขึ้น (Wong, Wee, Pin, Gan, & Ye, 1999) สำหรับใน ประเทศไทย จากการสำรวจเกี่ยวกับอนาถาและสวัสดิการในปี 2534 และ 2539 ได้ศึกษา ภาวะ เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุไทยจำนวน 14,139 คน พบว่าโรกระบบทางเดินอาหารพบเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 6.4 และ 7.2 ตามลำดับ (นพวรรณและคณะ, 2541) อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาท้องผูกถึงร้อยละ 40 (วรรณิ, 2534)

ระบบประสาทสัมผัส ระบบประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและ ประสาทอัตโนมัติลดลง การไหลเวียนเลือดสมองลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหน้ามืดและเป็นลม ใด้บ่อย สายตายาวขึ้น ลานสายตาคอนแคฟเวกซ์ได้ลำบาก การผลิตน้ำตาลลดลงเกิดระคายเคืองต่อ เชื้อบูตาได้ง่าย ผู้สูงอายุไทยประมาณครึ่งหนึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา และโรคที่พบบ่อยเกี่ยวกับ สายตาคือโรคค้อกระจก (จินตนา, 2538; ศรีจิตรา, 2530) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจเกี่ยวกับ อนาถาและสวัสดิการของ ผู้สูงอายุไทยในปี 2539 พบว่าผู้สูงอายুর้อยละ 59-65 สามารถมองเห็นได้ ชัดเจน และมีร้อยละ 30 - 42 ที่ต้องใส่แว่น (นพวรรณและคณะ, 2541) ส่วนปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการ ได้ยิน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มี อายุมากกว่า 70 ปี จะมีการ ได้ยินลดลง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับบุคคล อื่น (จินตนา, 2538)

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะ สืบพันธุ์โดยแบ่งออกเป็นเพศหญิง และเพศชายดังนี้

เพศชาย มีเลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและท่อไคมีความ ยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้การกำจัดพิษของยาน้อยลง เกิดการสะสมพิษของไคง่าย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ปัสสาวะไม่สะดวก ท่อปัสสาวะถูกกดทำให้ขัดขวางทางเดิน ปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก นอกจากนี้ถูกอัมตะเหยี่ยวเด็ก ผลิตอสุจิ ใด้น้อย เชื้ออสุจิมีความ หนืด และความสามารถผสมไข่ลดลง มีผลทำให้เกิดอาการทางด้านจิตใจ โดยอาจมีอาการหงุดหงิด โกรธง่ายตกใจง่าย และความต้องการทางเพศลดลง

เพศหญิง ต่อมเพศทำงานลดลง ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนลดลง ทำให้ไม่มีประจำเดือน มีอาการร้อนวูบวาบ (hot flashes) ช่องคลอดผลิตสารหล่อลื่นน้อยลงรอยขุ่นและความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง ภายในช่องคลอดมีภาวะความเป็นด่างมากขึ้น มีอาการปวดเมื่อมีการร่วมเพศ และมีการอักเสบ และติดเชื้อในช่องคลอดได้ง่าย มีอาการทางด้านจิตใจโดยอาจมีอาการหงุดหงิด โกรธง่ายตกใจง่าย ความต้องการทางเพศลดลง

จากภาวะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ จากรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 4,486 คน พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะเองไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 2 (นภาพรและจอห์น, 2539) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการติดต่อสื่อสารกับสังคมภายนอกที่แตกต่างกัน (Cochran, 1998)

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Physiological Change) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (เกษมและกุลยา, 2528) จากการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลทางจิตในต่างประเทศ พบว่าผู้สูงอายุมีอาการเฉยชา (apathy) ก้าวร้าว (aggressive) วิตกกังวล (anxiety) และประสาทหลอน (delusions) คิดเป็นร้อยละ 72, 60, 48, และ 22 ตามลำดับ (Howell, 1998) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตในวัยชรา ในปี 2523 - 2525 คิดเป็นร้อยละ 1.99, 2.53, 2.55 ตามลำดับ (จินตนา, 2538) จะเห็นว่าภาวะการเจ็บป่วยทางจิตของผู้สูงอายุมิแน่วโน้มเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของ ศรีวรรณและคณะ (2535) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยโดยพบได้ร้อยละ 12-20 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ดังนั้นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมิมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อสามารถนำไปวางแผน แก้ไขปัญหา และตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป ดังนี้คือ

1.2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ ความสูงอายุมากๆเป็นสาเหตุทำให้เกิดความจำเสื่อมและสูญเสียการรับรู้ (Rabbitt, 1998) โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ต่อสิ่งใหม่ ได้ยากเนื่องจากความสามารถ และประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึกลดลง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุสามารถเรียกกลับและระลึกข้อมูลได้ แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การได้ยิน การได้เห็น และความสามารถในการเก็บข้อมูลนั้นๆ (Rabbitt, 1998) ความจำและความคิดของผู้สูงอายุสามารถทำนายด้วยการกระทำ และการสนับสนุนความจำของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Cherry & Lecompte, 1999) จากการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดความจำเสื่อม และการสูญเสียการรับรู้กับการต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จำนวน 1745 คน พบว่าทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และความจำเสื่อม เป็นส่วนสำคัญทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายเสื่อมลงด้วยจึงต้อง พึ่งพาผู้อื่น ซึ่งพบถึงร้อยละ 49 (Aguero, at al., 1998) แต่จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า โรคสมองเสื่อมจากความสูงอายุพบมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 (จินตนา, 2538)

1.2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสภาพทางสังคม เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ซึมเศร้า เหงาว่าเหว่ เศร้าโศกจากการพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รัก (เกษมและกุลยา, 2528; เพื่อนใจ, 2539)

1.2.2.3 การสร้างวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นก็คือการเดินเข้าสู่ความตาย การยอมรับดังกล่าวของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตให้กับตนจากการศึกษาของ บอนเดวิกและสโคกstad (Bondevik & Skogstad, 1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอยู่อย่างโดดเดี่ยวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง กับการช่วยเหลือทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป ผลจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการมีอิสระในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง (self-support) และจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุทราบว่า ความต้องการการช่วยเหลือจากสังคม ครอบครัวและเพื่อนบ้านเมื่อได้ขึ้นอยู่กับและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ แต่ในทางตรงข้ามพบว่าความช่วยเหลือทางสังคมมีผลในทางลบกับความต้องการอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และความสงบทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ (emotional loneliness)

1.2.2.4 ความสนใจกับสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุสนใจสิ่งแวดล้อม เพราะทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจของตนเองโดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน (เกษมและกุลยา, 2528)

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น ความคล่องตัวในการคิด การกระทำและการติดต่อสื่อสาร สรุปได้ดังนี้ (เกษมและกุลยา, 2528)

1.2.3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวคนไทยเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ ผู้สนับสนุนการพัฒนาการความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชาและยอมรับนับถือ แต่เนื่องจากปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว (สุทธิชัย, 2543) ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังขาดการยอมรับการดูแลเอาใจใส่ จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ ผู้สูงอายุมี

การเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และมีการลดลงของการของทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Grant, 1996 cite by Agüero, et al., 1998)

1.2.3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทของ การทำงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไป เช่นการเกษียณอายุหรือความชราภาพทำให้ ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาท ส่งผลให้ผู้ที่เคยได้รับการเคารพนับถือโดยตำแหน่งและการงานลดลง ทำให้ขาดความภูมิใจในตัวเอง ขาดอำนาจในการควบคุม (เกษมและกุลยา, 2528) อย่างไรก็ตาม ชาตนิสกี (Zauszniewski, 1996) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพึ่งตนเอง และการแสวงหาแหล่ง สนับสนุนของผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน พบว่าการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ และมีการพัฒนาการทำหน้าที่ได้ตามความสามารถการพึ่งตนเองและการแสวงหา แหล่งช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายในชีวิต และจากรายงานการสำรวจสภาวะ ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 จำนวน 4,486 คน พบว่าร้อยละ 48 หยุดทำงานโดยสิ้นเชิง และร้อยละ 28 เป็นกึ่งหยุดทำงาน นอกจากนี้การหยุดทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ (นภาพรและจอห์น, 2539)

1.2.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพสมรส คือการสูญเสียคู่ชีวิต หรือบุคคลอันเป็นที่รักและหากการสูญเสียอย่างกะทันหัน ทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง จากรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538 จำนวน 7,708 คน โดยจำแนกเป็น ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ (50-59 ปี) จำนวน 3,222 คน และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 4,486 คน พบว่า ผู้สูงอายุเป็นหม้าย ร้อยละ 10.4, 31.9 ตามลำดับ จะเห็นว่าภาวะเป็นหม้ายมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ (นภาพรและจอห์น, 2539) อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาสภาพสมรสที่แตกต่างกันของบุคคล พบว่า การมีชีวิตคู่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่ชีวิต ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีและมีการปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดชีวิตคู่ (พิชญาภรณ์ , 2537)

จะเห็นได้ว่า บุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ไปในทางเสื่อมของร่างกายหลายๆด้าน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆลดลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงจิตใจอารมณ์ และทางสังคม เช่น การเปลี่ยนทางการรับรู้และความ จำลดลง การเกษียณอายุราชการ การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาทจาก ผู้ที่ต้องหาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้สูงอายุ ไม่สามารถหยุดยั้งความมีอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดความเสียหายของการเกิดโรค แต่ผู้สูงอายุ



สามารถส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อชะลอความเสื่อม เพิ่มความแข็งแรงของร่างกายและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคจึงมีบทบาทสำคัญยิ่ง

### 1.3 การส่งเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่ง ณ จุดใดจุดหนึ่งเช่น จากภาวะปกติเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยและหากได้รับการดูแลที่ถูกต้องก็จะคืนสู่สภาพปกติได้ (จินดา, 2541) ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีความสามารถในด้านต่างๆลดลง การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ขึ้นการสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อในการส่งเสริมสุขภาพ (Boland, 1998) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับผลลัพธ์สุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่ยอมรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น (Heidrich, 1998) นอกจากนี้การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จากการศึกษาพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรงที่มีอายุ 70-74 ปี พบว่าปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ อาหาร สิ่งแวดล้อม มีส่วนเกี่ยวข้องการมีชีวิที่ยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง (บรรลุ, 2532) นอกจากนี้จากการศึกษาปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุที่มีอายุยืน 100 - 109 ปี พบว่า การมีสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องมีงานประจำทำ รับประทานอาหารประเภทผักผลไม้อย่างสม่ำเสมอและต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ต้องมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น มีความภูมิใจและยอมรับในตัวเอง และมี สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (Loveing & Pascucci, 1997) นอกจากนี้ บรรลุ ( 2533) ได้เสนอหลัก 6 อ. ในการส่งเสริมสุขภาพ คือ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ อากาศ การขับถ่ายอุจจาระ อบอุ่น ดังนั้นในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพอสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง ประกอบเป็นความสามารถของบุคคลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขวิทยาส่วนบุคคล (Pender and Pender, 1987) เช่น การแปรงฟัน การดูแลผิวหนัง การดูแลเท้า การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะท้องผูก และการพักผ่อนนอนหลับเป็นต้น (กุลยา, 2542) สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึงการนอนหลับ และการป้องกันภาวะท้องผูก เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาแล้ว

1.3.1.1 การนอนหลับ เป็นกิจกรรมที่จำเป็นต่อสุขภาพ เนื่องจากการสะสมพลังงานและช่วยฟื้นฟูความรู้สึกให้ดีขึ้น ทำให้เกิดปัญญา อารมณ์สดชื่น หลังจากเมื่อตื่นแต่ละวัน (จินดา, 2541) ซึ่งลักษณะการนอนหลับของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว คือ ประสิทธิภาพในการนอนหลับลดลง มีการเพิ่มเวลาในการนอน แต่ระยะเวลาในการหลับจะสั้น และมีการจับหลับในตอนกลางวันมากขึ้น (Haponik, 1994) หลักการปฏิบัติเพื่อให้หลับได้สบาย ดังนี้

อาบน้ำอุ่น ต้มเครื่องต้มอุ่นๆ ก่อนนอน ฝึกการคลายความเครียด กินอาหารโปรตีนย่อยง่าย สดชื่นดี ทำสมาธิก่อนเข้านอน และฝึกการเข้านอนให้เป็นเวลา นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสบายทางกาย เช่น การจัดที่นอนและเสื้อผ้าที่สวมใส่เป็นต้น (กุลยา, 2542; จินดา, 2541) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหลัก การดื่มชาหรือกาแฟก่อนเข้านอน (Kales, 1987 cited by Haponik, 1994)

1.3.1.2 การป้องกันภาวะท้องผูก ภาวะท้องผูกเป็นภาวะที่มีการเคลื่อนไหวของอุจจาระน้อยลง (บรรณ, 2537) และมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นตามความมีอายุ (Wong, Wee, Pin, Gan, & Ye, 1999) ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีหลักปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ดังนี้คือ รับประทานอาหารที่เส้นใยอาหาร ประเภทผักและผลไม้ เช่น ผักใบเขียว สับปะรด มะละกอ งดดื่มพวกน้ำชา กาแฟ แต่ควรดื่มน้ำธรรมดามากๆ หรือน้ำผลไม้ จัดสุขนิสัยการถ่ายให้เป็นเวลาออกกำลังกายสม่ำเสมอ พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาระบาย แต่ถ้าจำเป็นการแล้วไม่เป็นผลก็อาจใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่นการกินชาใบมะขามเปียกเป็นต้น ถ้ายังไม่ดีขึ้นต้องควรไปปรึกษาแพทย์ (กุลยา, 2542; จินดา, 2541; ชูศักดิ์, 2532)

1.3.2 อาหารและโภชนาการ เป็นวัตถุประสงค์ที่บุคคลรับเข้าไปในร่างกายโดยวิธีใดก็ตามแล้วก็ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ในด้านเสริมสร้างการเจริญเติบโตและซ่อมแซมเนื้อเยื่อ (จินดา, 2541) โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่หรือวัยสูงอายุ ต้องการสารอาหารเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมดังที่กล่าวมาแล้ว ส่งผลต่อระบบการย่อยการดูดซึมไม่ดี จึงทำให้เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ ได้รับอาหารได้น้อยและไม่เพียงพอ ดังนั้นการจัดอาหารต้องคำนึงถึงปริมาณ และคุณภาพเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย (ชูศักดิ์, 2532; Pender, 1996) และในการจัดเตรียมอาหาร ควรมีการแบ่งอาหารออกเป็น 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมื้อสาย มื้อบ่าย ให้มีอยู่กลางวันเป็นมื้อหลัก หลีกเลี่ยงอาหารทำให้เกิดแก๊ส นอกจากนี้ควรดัดแปลงอาหารให้เคี้ยวง่าย รสไม่จัด มีการจัดแต่งอาหารให้น่ารับประทานและควรเสิร์ฟอาหารขณะร้อนเป็นการกระตุ้นการอยากอาหาร (เกษมและกุลยา, 2528; ชูศักดิ์, 2532)

โปรตีน ผู้สูงอายุต้องการอาหารโปรตีนพอๆกับวัยผู้ใหญ่ คือแต่ละวันต้องการโปรตีนวันละ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมหรืออย่างน้อย 45 กรัมต่อวัน (เกษมและกุลยา, 2528; ชูศักดิ์, 2532) เช่นอาหารจำพวก นม เนื้อสัตว์ต่างๆ ได้แก่ ปลา เนื้อหมู ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วเขียว ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพ มีกรดอะมิโนครบองค์ประกอบ (เกษมและกุลยา, 2528) ช่วยในการสร้างรักษาเนื้อเยื่อให้แข็งแรง โดยเฉพาะเนื้อปลาซึ่งส่วนใหญ่มีไขมันต่ำและย่อยง่าย พบว่ามีไขมันประมาณ 1-4 กรัม / 100 กรัม ยกเว้น ปลาทราย มีไขมัน 24 กรัม / 100 กรัม นอกจากนี้ไขมันจากปลาส่วนใหญ่เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัว จึงช่วยในการเผาผลาญโคเลสเตอรอล (ชูศักดิ์, 2532)

ข้าวแป้งและน้ำตาล ได้แก่ข้าวชนิดต่างๆ เคี้ยวมัน ประกอบด้วยสารอาหารหลัก คือ คาร์โบไฮเดรต มีความสำคัญต่อร่างกายคือให้พลังงาน แต่ร่างกายสะสมสารอาหารน้อยมาก ถ้ารับประทานเกินความต้องการจะสะสมในรูปไขมัน (เกษมและกุลยา, 2528; ชูศักดิ์, 2532; Pender, 1996) ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภทนี้ ควรบริโภคและควรเลือกรับประทานผลไม้ที่รสไม่หวานจัด เพื่อป้องกันการเพิ่มของน้ำหนักและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (Pender, 1996)

ไขมัน ได้จากพืชหรือสัตว์ก็ได้ เช่นน้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง หรืออยู่ในเมล็ดพืชได้แก่ถั่วลิสง งา ที่มาจากสัตว์ได้แก่ น้ำมันหมู หรือไขมันอาหารหมู่นี้สารอาหารหลักคือไขมัน แต่เนื่องจากการลดลงของการกระทำกิจกรรมและการเผาผลาญอาหาร จึงควรหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์

เกลือแร่และวิตามิน ได้แก่ผักใบเขียวและผลไม้ เช่นผักบุ้ง ผักคำลิ่ง ฟักทอง แครอท ถั่วฝักยาว ส้มและมะละกอ เป็นต้น ประกอบด้วยเกลือแร่และวิตามิน มีใยสารและน้ำ สามารถป้องกันภาวะท้องผูก นอกจากนี้ช่วยลดการเกิดมะเร็งลำไส้และลดปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือด (เกษมและ กุลยา, 2528; ชูศักดิ์, 2532; Pender, 1996)

น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ควรดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/วัน (กุลยา, 2542) ช่วยป้องกันภาวะท้องผูกและช่วยให้ร่างกายมีความชุ่มชื้น

1.3.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการกระทำที่มีจุดมุ่งหมาย แตกต่างกันแต่ละบุคคล เพื่อป้องกันโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค และช่วยแก้ไขความพิการ (Carmack,1985) อย่างไรก็ตามผลการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จะปรากฏให้เห็นต้องใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ (กุลยา, 2542) จากการศึกษาผลการออกกำลังกาย พบว่า มีการเพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกายได้ถึงร้อยละ 67 และช่วยลดความต้องการดูแลทางด้านจิตใจ ร้อยละ 10 (Kimbel & Longe, 1989 cited by Boland, 1998) อย่างไรก็ตามการศึกษการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน พบว่าความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง และความจุปอดมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น (กรกานต์, 2538) แต่เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกาย มีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่ออายุ 30 ปี แล้วจะค่อยๆลดลง ร้อยละ 1 ทุกปี ดังนั้นจึงต้องระมัดระวัง และออกกำลังกายให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยมีหลักในการออกกำลังกายดังนี้ ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายอย่างหักโหม ถ้าหากมีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ เลือกรูปแบบของการออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและถูกกับนิสัย ไม่แข่งขันกับผู้อื่น ให้ระวังอุบัติเหตุ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง เมื่อเกิดอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งควรปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะถ้ามีอาการหน้ามืดหรือใจสั่นผิดปกติควรชะลอการออกกำลังกายและหยุดในที่สุด (กุลยา, 2542; จินดา, 2541)

1.3.4 การจัดการกับความเครียด ความเครียดหมายถึง การที่บุคคลกระทบต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกซึ่งมีผลต่อบุคคลนั้นๆ นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงออกหรือโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่มาจากอันตราย โดยแสดงออกทั้งทางพฤติกรรมและอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกของคนเรานั้นเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของเรา ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่อยู่ภายนอกล้วนมีความสำคัญน้อยกว่าความรู้สึกของเราขณะนั้น (ชูศักดิ์, 2532) ดังนั้นในการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ ประเมินสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความเครียด มีผลต่อตนเองอย่างไรบ้าง และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด โดยการหาข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม และให้การยอมรับ (ชูศักดิ์, 2532; Pender, 1996) และการปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกัน และสร้างความต้านทานในการจัดการความเครียด โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการแสดงออกของความรู้สึกให้เต็มที่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้คำพูดหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นการปลดปล่อยทางอารมณ์และรู้สึกผ่อนคลาย เช่น การทำงานอดิเรก วาดภาพ ทำสวน ปั่นรูป เล่นเกมส์ ไปวัด เข้าสมาคม เป็นต้น (กุลยา, 2542; ชูศักดิ์, 2532; Pender, 1996)

1.3.5 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นกิจกรรมของบุคคลตามบทบาท และสัมพันธภาพ รวมถึงการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ของบุคคลต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว (ศิริพร, 2535) นอกจากนี้ ยาสุดา และคณะ (Yasuda, et al., 1997) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการสนับสนุนทางสังคมและการตาย พบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี ที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น เด็ก เพื่อนและองค์กรต่างๆ มีอัตราเสี่ยงและเกิดอันตรายสูงถึงร้อยละ 95 และ จากการศึกษาการวางแผนชีวิต กับการเปลี่ยนแปลงสถานสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 619 คน พบว่าการอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าอยู่ร่วมกับเพื่อน (Sarvari, et al, 1998) ดังนั้นการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ โดยการไม่เป็นภาระของผู้อื่น การช่วยเหลือตัวเอง การพึ่งตนเอง การแสดงบทบาทอย่างเหมาะสม การสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างสามีภรรยา และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนทำให้ได้รับการยอมรับและมีสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุต่อไป (กุลยา, 2542; Pender, 1996)

1.3.6 ความรู้สึกมีคุณค่า คือการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า มีความหมายต่อตนเอง และสังคม (จินดา, 2541) และการที่บุคคลมองชีวิตของตนมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ จึงมีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองรวมทั้ง เกิดความพึงพอใจในตนเอง เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและต้องการมีความเจริญก้าวหน้าต่อไป (จินดา, 2541; Pender, 1987) จากการศึกษา ปราบฏการณ์การมี อายุยืนของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการมีอายุยืน (Loveing & Pascucci, 1997)

1.3.7 การตรวจสุขภาพตนเอง และการใช้ระบบบริการสุขภาพ การตรวจสุขภาพตนเอง เป็นสิ่งสำคัญก่อนที่จะไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพตนเองทุก 6 เดือน โดยการสังเกต การประเมิน เช่น ความกระฉับกระเฉง การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความแข็งแรงของร่างกาย และภาวะอ้วน เป็นต้น (กุลยา, 2542) หากมีปัญหาควรรีบไปปรึกษาแพทย์ และควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละครั้ง

#### 1.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการประเมิน

1.4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการรับรู้ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล และเป็นกระบวนการซับซ้อน ในการแปลความหมายข้อมูล ของ ผู้รับกับสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การกระทำ (Davidoff, 1987) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การ กรอง (filtering) เป็นการเลือกรับเฉพาะสิ่งเร้าที่จำเป็นที่สุด การจัดระเบียบ (arranging) เป็นการนำข้อมูลที่กรองแล้วมาจัดระบบข้อมูลที่สมอง และคัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่วนการตีความ (recognizing) เป็นการตีความข้อมูลที่จัดระเบียบแล้ว และเลือกปฏิบัติตาม นั้น (Mcwater, 1990; Quinn, 1985; Sartain, et al., 1973) การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ศิริพร, 2535) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ต่อการ เปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ ต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี (วันดี, สมพิศ, และรัชสุรี 2538) จากการศึกษาของ ยาสุดา และคณะ (Yasuda, et al., 1997) ที่ศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ลักษณะการตายโดยศึกษาไปข้างหน้า 5 ปี ใน ผู้สูงอายุจำนวน 806 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับต่ำมีอัตราการตายสูง และเพิ่มขึ้นตามอายุ คือ ผู้สูงอายุ 65-74 ปี และอายุมากกว่า 75 ปี พบร้อยละ 40 และ 65.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ สภาวะสุขภาพตรงกับความเป็นจริง ระดับสุขภาพของคนขณะนั้นทำอะไรได้บ้าง ทำอะไรไม่ได้บ้าง จะมีความรู้สึกสบายใจ และ หวังพอใจมากกว่าการรับรู้ที่บิดเบือนหรือไม่รู้อะไรเลย ทั้งนี้เพราะว่าการที่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ผู้สูงอายุจะมองว่าตนเองมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี (Spitzer, 1987)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการภาวะสุขภาพของ ตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีและตรงกับความเป็นจริง ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วยและมีความหวังพอใจในตนเอง แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการรับรู้ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ เป็นไปในทางเสื่อม ส่งผลให้เกิดความเลียงต่อการเกิดโรคได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวทำให้

ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นๆ (Rosenstock, 1990)

1.4.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่ง จะต้องให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนไม่สามารถทำการวินิจฉัยโรคได้ชัดเจน ประกอบกับภาวะการเปลี่ยนของผู้สูงอายุเองและภาวะการดำเนินของโรคต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยได้ง่าย (ประนอม, 2537) ดังนั้นในการประเมินภาวะสุขภาพที่ถูกต้องสามารถเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป (พวงเพ็ญ, 2538) บุคคลที่สามารถประเมินสุขภาพตนเองได้คิดว่าสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีกว่าบุคคลที่ประเมินตนเองได้ต่ำ (Linn & Linn, 1987) อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถประเมินได้ 2 ประการ 1)การตรวจร่างกาย 2) การประเมินตนเองโดยการสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (ประนอม, 2537) สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึงการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ประเมินสุขภาพทั่วไปที่แพร่หลายมี 2 รูปแบบ

1.4.2.1 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (Self evaluation of life function scale : SELF) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย (Linn & Linn, 1987) ซึ่งครอบคลุมด้าน ร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ 6 ด้านคือ

- การประเมินทางด้านร่างกาย โดยใช้การสังเกตสุขภาพตนเองเกี่ยวกับความพร่องทางด้านร่างกาย (Physical disability) เช่นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
- การประเมินอาการแสดงเกี่ยวกับความเสื่อมของอายุ (Symtom of Aging) ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
- การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
- การประเมินความพึงพอใจทางด้านสังคม (Social Satisfaction) เป็นประเมินการทำหน้าที่ในสังคม (social disfunction rating scale) การมีส่วนร่วมของสังคม ความจำในอดีตและในปัจจุบัน รวมทั้งสติปัญญาและสถานทางจิตใจโดยใช้ ประกอบด้วย 6 ข้อ คำถาม ข้อคำตอบข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
- ส่วนภาวะซึมเศร้า (depressive) เป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจที่แสดงออกทางกาย เช่นการประเมินจากแบบแผนที่ผิดปกติของการนอนหลับ การไม่ยอมอาหาร

การสูญเสียความรู้สึกลงทางเพศ ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

- การประเมินการควบคุมตนเอง (Personal control) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

เครื่องมือได้รับการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.99

จะเห็นได้ว่าจุดเน้นของ เครื่องมือ SELF เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการสังเกตเกี่ยวกับตนเอง ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอาการแสดงร่วม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจทางด้านสังคม ภาวะซึมเศร้าและการควบคุมตนเอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถามทั่วไปของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะปกติ

1.4.2.2 แบบสำรวจผลลัพธ์ของการรักษา (Medical outcomes study : MOS) ซึ่ง สจ๊วตและแวร์ (Stewart & Ware, 1992) ได้พัฒนาโดยครอบคลุมการประเมินร่างกายโดยตัวบุคคลเอง ซึ่งมีแบบประเมินหลายฉบับแต่ที่นิยมใช้เรียกว่า MOS 20-Item Short Health Survey (SF-20) ประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้

- ด้านสภาวะทางคลินิก ประกอบด้วย อาการแสดงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางกายและการเจ็บป่วยทางจิต

- ด้านการทำหน้าที่และความผาสุก เช่น การทำหน้าที่ทางกาย การเคลื่อนที่ ความปวด ความอ่อนแอ ปัญหาการนอนหลับ อาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิตใจ

- ด้านการทำหน้าที่และผาสุกทางด้านจิตใจ เช่น ความจำ ความทุกข์ใจ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความผาสุกทางด้านจิตใจ ความรู้สึกในทางที่ดีความรู้สึกลงทางเพศ ความทุกข์จากสุขภาพ

- ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางด้านสังคม ประกอบด้วย ข้อจำกัดในกิจกรรมทางด้านสังคมจากสุขภาพ ข้อจำกัดของบทบาท ข้อจำกัดของบทบาทจากสุขภาพกาย ข้อจำกัดทางของบทบาทจากปัญหาทางอารมณ์ การทำหน้าที่ต่อคู่สมรส การทำหน้าที่ต่อครอบครัว การทำหน้าที่ทางเพศ

- ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การมองสุขภาพในอนาคต การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ความพึงพอใจในสุขภาพของร่างกาย

จะเห็นว่าจุดเน้นของ แบบประเมิน MOS เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีการเจ็บป่วย เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ เจ็บป่วย การทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ การรับรู้ภาวะทางสังคมและความพึงพอใจในปัจจุบัน และในอนาคตเกี่ยวกับตนเอง อย่างไรก็ตามแบบประเมิน MOS มีการประเมินทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ จึงน่าจะเป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ควรประเมินด้านใดด้านหนึ่ง จะต้องมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จากแบบประเมินการทำหน้าที่ ของร่างกาย SELF เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสุขภาพทั่วไป ซึ่งครอบคลุม ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโดยธรรมชาติ ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้

## 2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### 2.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้มากมายดังนี้ หมายถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อและการแสดงออกของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพการรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมใดๆสามารถวัดและทดสอบได้ (สมจิตต์, 2534; Gochman, 1982 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990) นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ให้ความหมายเป็น การกระทำเพื่อยกระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิต มุ่งเพิ่มยกระดับความผาสุกการบรรลุเป้าหมายใน ชีวิต อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพสามารถแสดงออกได้ทั้งพฤติกรรมภายใน (covert behavior) และพฤติกรรมภายนอก (overt behavior) พฤติกรรมภายในประกอบด้วยพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) ได้แก่ความรู้ ความเข้าใจ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินค่าของ เนื้อหานั้นๆ และพฤติกรรมด้านเจตพิสัยหรือทัศนคติ (affective domain) ได้แก่ ความเชื่อ ความคิด การรับรู้ แรงจูงใจ ความคาดหวัง ความสนใจ ความรู้สึก ความชอบ ไม่ชอบ (ประภาเพ็ญ, 2537) ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมด้านทักษะหรือปฏิบัติ (psychomotor domain) สามารถมองเห็นได้ (ประภาเพ็ญ, 2537) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกเป็น ผลลัพธ์ของพฤติกรรมด้านความรู้และด้านทัศนคติ (Lorig & Laurin, 1985 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990) การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพ มีการจัดรูปแบบที่แตกต่างกันพอสรุปได้ดังนี้

2.1.1 พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (health protection : preventive health behavior) เป็น กิจกรรมของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีสุขภาพดี กระทำเพื่อลดปัญหาสุขภาพและป้องกันสิ่งรบกวนหรือ



ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย (Kals & Cobb, 1966 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990 ; Pender,1996)

2.1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) หมายถึงกระบวนการของบุคคลที่ทำให้บุคคลเพิ่มการควบคุมตนเองให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและภาวะปกติสุข สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพรวมถึงความสามารถในการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาทำให้เกิดความพึงพอใจ (Pender,1996 ; W.H.O,1988)

2.1.3 พฤติกรรมต่อความเจ็บป่วย (illness behavior) เป็นพฤติกรรมที่กระทำเมื่อบุคคลรับรู้กำลังจะป่วยและรับรู้ต่อสถานสุขภาพขณะนั้น โดยการค้นหาการรักษาเพื่อต้องการความเป็นอยู่ที่ดี (Kals & Cobb, 1966 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990)

2.1.4 พฤติกรรมแสดงออกเมื่อเจ็บป่วย (sick-role behavior) เป็นพฤติกรรมที่กระทำเมื่อภาวะเจ็บป่วยโดยการแสวงหาและยอมรับการรักษาพร้อมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อความเป็นอยู่ที่ดี (Kals & Cobb, 1966 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อและการปฏิบัติของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมใดๆสามารถวัดและทดสอบได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวัด อย่างไรก็ตามกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมมุ่งส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมให้มีสุขภาพแข็งแรง เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระ ซึ่งเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต และผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและดูแล ตนเองอย่างเหมาะสม กิจกรรมสนับสนุนการช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและผ่อนคลายความเครียดเป็นต้น ดังนั้นกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จึงเป็นรูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมในด้านต่างๆ เช่นความเชื่อ ทศนคติ และแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งมีทฤษฎีและรูปแบบที่สามารถอธิบายการแสดงออกของพฤติกรรมที่สำคัญคือ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ รูปแบบส่งเสริมสุขภาพดังนี้

## 2.2 ทฤษฎีและรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ

อย่างไรก็ตามการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีทฤษฎีและรูปแบบที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมากมาย แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) รูปแบบส่งเสริมสุขภาพ (health promotion model) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 2.2.1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่พัฒนา มาจากทฤษฎีทางสังคมและจิตวิทยาของ เลวิน (Lewin) (Pender, 1996) และต่อมา เบคเคอร์และยีน ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อสุขภาพเป็นการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือไม่กระทำเพื่อป้องกันสุขภาพ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรค นอกจากนี้ยังสามารถช่วยในการทำนายความร่วมมือของบุคคลในการกระทำกิจกรรมเพื่อป้องกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้ (Becker, et al.,1974 cited by Pender, 1996; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1990)

2.2.1.1 การรับรู้ส่วนบุคคล (individual perception) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อความเสี่ยงการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วย (Rosenstock,1990) และการที่บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (Becker, et al.,1977 cited by Holm, Frank & Curtin, 1999) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived seriousness) หมายถึง ความรู้ตึกนิกคิขของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ความพิการ เสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อการทำงานและครอบครัว ทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2.2.1.2 องค์ประกอบเสริม (modify factor) ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ตัวแปรสังคมจิตวิทยา สถานภาพสมรส กลุ่มฐานะทางสังคม ตัวแปรภูมิหลัง ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค มีผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แต่มีผลโดยตรงต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติ (Rosenstock,1990) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) เช่น บทความในวารสาร หนังสือพิมพ์สื่อมวลชนต่างๆ นอกจากนี้บุคคลากรทางด้านสาธารณสุข สมาชิกครอบครัวและบุคคลที่เคยเจ็บป่วย คำแนะนำจากเพื่อน

2.2.1.3 ความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติ (likelihood of action) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ (perceive benefit) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ สามารถลดภาวะการคุกคามของโรคได้ ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม (perceive barriers) เป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่จะเป็นสิ่งขัดขวาง หรือรบกวนความสามารถในการ

แสดงพฤติกรรมสุขภาพและเป็นตัวทำนายในการปฏิบัติกิจกรรมเช่น การรับรู้ต่อความไม่เพียงพอ ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองของค่าใช้จ่าย มีราคาแพง และสิ้นเปลืองเวลาที่มีอันตรายต่อ ร่างกาย มีความยากลำบาก และไม่สนุกในการปฏิบัติกิจกรรม

จะเห็นได้ว่ารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้และการตั้งใจของบุคคลในการกระทำกิจกรรมใด การรับรู้ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมและสิ่งเสริมภายนอก เป็นการตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ และประสบการณ์จากการได้ยิน การได้เห็น การปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ เป็นการแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ

## 2.2.2 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion model) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) และทฤษฎี แห่งความคาดหวังและความเชื่อ (expectancy-value theory) โดยได้จัดกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristic and experiences) ปัจจัยเกี่ยวกับความคิดและผลกระทบต่อพฤติกรรมเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

2.2.2.1 ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพเช่น อายุ เพศ รายได้ ดัชนีมวลกาย ภาวะหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตวิทยาการรับรู้การมีคุณค่าในตัวเอง การสร้างแรงจูงใจในตัวเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้ความหมายสุขภาพ

2.2.2.2 ความรู้ความเข้าใจและผลกระทบต่อพฤติกรรมเฉพาะ เป็นกลุ่มปัจจัยในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นส่วนสำคัญ ในการนำมาปรับปรุงในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

- การรับรู้ผลประโยชน์และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived benefit of action) หมายถึงความรู้ความเข้าใจต่อผลลัพธ์ด้านบวกของพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกบุคคล เช่นการเพิ่มการตื่นตัว ลดความอ่อนล้า ผลลัพธ์ด้านบวกภายนอกเช่น การมีโอกาสได้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้รับเงินตอบแทน

- รับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived barriers to action) หมายถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่จะเป็นสิ่งขัดขวาง หรือรบกวนความสามารถใน

การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (pender,1996) ปัจจัยดังกล่าว เช่น การรับรู้ต่อความไม่เพียงพอ ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองของค่าใช้จ่าย และสิ้นเปลืองเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

- การรับรู้สมรรถภาพของตนเอง (perceived, self-efficacy) หมายถึงการตัดสินใจความสามารถของตนเองที่จะบรรลุความสำเร็จระดับหนึ่ง ในการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (pender,1996) พฤติกรรมนั้น ได้แก่การกระทำกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตและการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคล

- ความรู้ความเข้าใจที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (activity-related effect) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังที่ปฏิบัติ ซึ่งจะถูกตัดสินใจด้วยความคิดและเก็บไว้ในความทรงจำ หากเป็นความรู้สึกล้วนบวกจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก และจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำถ้าเป็นความรู้สึกล้วนลบ ในบางพฤติกรรมจะมีทั้งความรู้สึกล้วนบวกและด้านลบ ดังนั้นความรู้สึกลึกซึ้งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับที่มีผลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

- อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influence) หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อถือหรือทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลอื่น ได้แก่ บรรทัดฐานของสังคม (norm) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และตัวแบบ (modeling) บรรทัดฐานทางสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการกระทำของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมทำให้ได้รับแหล่งประโยชน์จากผู้อื่นมากขึ้น เช่น อุปกรณ์ กิ่งของ เครื่องใช้ และกำลังใจ ส่วนตัวแบบจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ (pender,1996) โดยการสังเกตการกระทำพฤติกรรมนั้นจากบุคคลอื่น

- อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situation influences) หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความเพียงพอของทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ หากสภาพแวดล้อมสะดวก สภาพที่เพียงพอบรรยากาศของบุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) อิทธิพลด้านสถานการณ์ยังหมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวก หรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยหรือขัดขวาง คุณลักษณะที่ต้องการ และสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม

อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นแนวทางการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender and Pender, 1987) ได้กำหนดองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 10 ด้าน ตามแบบแผนในการดำเนินชีวิตคือ ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง (general competence in self care) ด้านโภชนาการ (nutrition practices) การออกกำลังกาย (physical and recreational activity) การนอนหลับพักผ่อน (sleep pattern) การจัดการกับความเครียด (stress management) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (sense of purpose) การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (relationship with other) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) การใช้ระบบบริการสุขภาพ (use of health care system) ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (self actualization) ในระยะต่อมา วอล์ทเกอร์, ซีคริสและเพนเดอร์ (Walker, Sechirs & Pender, 1987) ได้พัฒนาองค์ประกอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อความเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1. การรับประทานอาหาร คือมีรูปแบบการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้รับสารอาหารครบถ้วน
2. การออกกำลังกาย คือรูปแบบการออกกำลังกายเป็นประจำ สม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งประมาณ 20 นาที
3. การจัดการกับความเครียด เป็นการรับรู้สาเหตุความเครียดและสามารถ ในการควบคุมความเครียดได้
4. การสนับสนุนระหว่างบุคคล เป็นการรักษาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล ให้คงความสนิทสนมและคุ้นเคยเพื่อคงสภาพระหว่างบุคคลและสังคม
5. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เป็นความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองรวมทั้งความ พึงพอใจในตนเอง ต้องการมีความเจริญก้าวหน้าต่อไป
6. การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ เป็นการเอาใจใส่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ตนเอง โดยการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง สนใจที่จะสังเกตความผิดปกติ ของร่างกายและแสวงหาคำปรึกษา

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่อายุยืนมากกว่า 100 ปี จำนวน 120 คน ผลจากการศึกษาได้สรุปเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติประจำเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพอนามัยที่ ดี ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2539)

1. การดูแลร่างกายให้สะอาด อาบน้ำทุกวัน รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรง ฟันทุกวันอย่างถูกต้อง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทุกสัปดาห์ วันละ 3 มื้อให้ครบ 5 หมู่

3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้ง / อาทิตย์ไม่เกิน 30 นาที
4. ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อย 6 – 8 แก้ว / วัน
5. พักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6 – 8 ชั่วโมง
6. งดถึงเสพติด
7. ดูแลบ้านเรือน ของใช้ให้สะอาด
8. ตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง
9. ฝึกใฝ่ในธรรมประกอบกรรมดี

จากการศึกษากิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความครอบคลุมกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระ เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด ส่วนกิจกรรมทางด้านวิชาการและการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบของตนเอง สำหรับกิจกรรมนันทนาการ นอกจากเป็นกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแล้วยังเป็นการจัดการความเครียดของบุคคลด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของ วอล์กเกอร์ ชิคริสต์และแพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความมีอายุ และมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาร่วมเทียบ วิธีการดำเนินวิถีชีวิตกับส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างผู้สูงอายุและวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความต่างของอายุมีความแตกต่างของการแสดงพฤติกรรม คือวัยสูงอายุมีการตอบสนองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าวัยผู้ใหญ่ (Walker, Sechrist & Pender, 1988) จากการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยคือ อายุ 60-69 ปี และ อายุ 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก 80 ปี ขึ้นไป (พวงเพ็ญ, 2538) นอกจากนี้ นพวรรณ และคณะ (2541) ได้ศึกษาแบบแผนความเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยที่ผู้สูงอายุเพศชายในกลุ่มอายุ 50 – 54 ปี และในกลุ่มอายุ 75 ปี ขึ้นไปมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 9.2 และ 31.1 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน พบ ร้อยละ 0.8 และ 5.9 ตามลำดับ จะเห็นว่าอายุมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้

เพศ เพศเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล และสังคมซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างสุขภาพ จากการศึกษาความแตกต่างของการแสวงหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าเพศหญิงมีการแสวงหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลอื่น (Quinn, Johnson & Martin, 1996 cited by Heidrich, 1998) นอกจากนี้จากการศึกษาของโฮเทล และ กาสยา (Hogtel & Kasha, 1989) พบว่าผู้สูงอายุ 85 ปี ขึ้นไปพบว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีสุขภาพดีกว่าหญิง แต่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ สำหรับการศึกษานในประเทศไทย นพวรรณและคณะ (2540) ได้ศึกษาแบบแผนการเจ็บป่วย และนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลในประเทศไทยของผู้สูงอายุจำนวน 14139 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.7, 43.2 ตามลำดับ จะเห็นว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเพศหญิงมีการแสวงหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าเพศชาย แต่เพศชายกลับมีสุขภาพที่ดีกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาศึกษาครั้งนี้

สถานภาพสมรส การสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่งที่มีคุณค่ายิ่งต่อการดำเนินชีวิตระหว่างสามีและภรรยา จากการศึกษาของ รุ่งทิพย์ (2542) พบว่า การมีคู่สมรสทำให้ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสแตกต่างกันน่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสน่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากมีโอกาสได้รับการกระตุ้นได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจากคู่สมรส (Walker, et. al., 1988) ซึ่งจากการศึกษาของ ซอนน์ และเวนิคค์ (Schone & Weinick, 1998) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และประโยชน์จากคู่สมรสในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 4,443 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส มีการออกกำลังกาย การตรวจเช็คความดันโลหิต การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส มีแบบแผนด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียดดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (พวงเพ็ญ, 2538; สิริมา, 2542)

การศึกษา การศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ ของบุคคลส่งผลให้มีการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Pender, 1987) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ (2537) ที่ศึกษาการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ

และแบบแผนในการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแบบแผนชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า และจากการศึกษาของ พวงเพ็ญ (2538) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่า แต่จากการศึกษาของ สิริมา (2542) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิต เอื้ออำนวยให้บุคคลบรรลุถึงการดูแลตนเองที่ดี จึงมีความสำคัญในการแสวงหาความสะดวกสบาย ในการเลือกรับบริการทางสุขภาพ (Pender, 1987) จากการศึกษาของ เบรดี และ ไนร์ (Brady & Nies, 1999) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเพศหญิงที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีและไม่ดี จำนวน 85 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี นอกจากนี้ ชนมน (2540) พวงเพ็ญ (2538) สิริมา (2540) ได้ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า จะเห็นว่ารายได้เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ที่ดี ส่งผลให้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการทำงานที่ตามบทบาท ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีความพึงพอใจในชีวิต (Frank-Stromberg, et al., 1990; Weitzol & Wallker, 1990 cited by Gillis 1993) จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับการรายงานสุขภาพด้วยตนเอง (Killeen, 1989 cited by Gillis, 1993; Riffle, Yoho & Sams, 1989) และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Janz & Beck, 1984) จากการศึกษาของ ชีรนนท์ (2537) วนิดา (2538) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ย่อมตระหนักและเห็นความสำคัญในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม (perceived benefit of action) หมายถึงความรู้ความเข้าใจต่อผลลัพธ์ด้านบวกของพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกบุคคล เช่น การเพิ่มการคืนตัวลดความอ่อนล้า การมีโอกาสได้



ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้รับเงินตอบแทน ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรม (perceived barriers to action) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่จะเป็นสิ่งที่ขัดขวาง หรือ ครอบงำความสามารถในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นการรับรู้ต่อความไม่เพียงพอ ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองของค่าใช้จ่าย และสิ้นเปลืองเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) จากการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์ ในทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรม สุขภาพ (Ferguson, et al., 1989; Riccio & Howe, 1991; Stuijbergen, 1990 cited by Gillis, 1993)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ เป็นการจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การได้รับแรงจูงใจมากย่อมมีผลต่อการการทำการกิจกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและ พฤติกรรมสุขภาพ

ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม เป็นการแสดงถึง ประสบการณ์บุคคล และการรับรู้ว่าประสบการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ดีกับตนเอง มีประโยชน์กับตนเองทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมทำให้บุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น (Pender, 1996) ระยะเวลา ในการเป็นสมาชิกชมรม เป็นการแสดงถึงประสบการณ์ของการรับรู้ ได้เห็น และได้ร่วมปฏิบัติ กิจกรรมชมรม ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมที่นานกว่าและมีจำนวนครั้งของการเข้าร่วม กิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้เพิ่ม ความสามารถในการจำและระลึกได้ (Rabbitt, 1998) ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี (จำเรียงและปราณี, 2536) ระยะเวลาของการเป็นสมาชิกชมรมและมาเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ น่าจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพ ที่ดีกว่า

ภาวะการมีโรคประจำตัว เป็นภาวะที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อความเจ็บป่วย (illness behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมแสดงออกเมื่อเจ็บป่วย (sick-role behavior) โดยการแสวงหาและ ยอมรับการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี (Kals & Cobb, 1966 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990) และ การรับรู้ประสบการณ์นั้น เมื่อปฏิบัติ แล้วเป็นสิ่งที่ดีกับตนเอง มีประโยชน์กับตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมทำให้บุคคลมี แนวโน้มปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น (Pender, 1996) จากการศึกษาของ เซอร์โคเนย์และฮาร์ท (Cerkoney & Hart, no date cited by Janz & Becker, 1984) ได้ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค เบาหวาน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และรับรู้ถึงความรุนแรงของ โรคไม่พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับ ความจริงการดำเนินของโรค และความรุนแรงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จึงเป็นการจูงใจใน

การปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะโรคเบาหวาน ดังนั้นบุคคลที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว และปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำมาศึกษาครั้งนี้

## 2.4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือการกระทำเพื่อยกระดับคุณภาพการในดำเนินชีวิต มุ่งเพิ่มยกระดับความผาสุกการบรรลุเป้าหมายในชีวิต การคาดการณ์และการประเมินการพฤติกรรมสุขภาพสามารถที่จะป้องกันปัญหาสุขภาพได้ถึงร้อยละ 80 (Kimbel & Longe, 1989 cited by Boland, 1998) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้มีความประสงค์ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สำหรับเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่นิยมกันแพร่หลายมี 2 รูปแบบดังนี้

2.4.1 แบบประเมินแบบแผนในการดำเนินชีวิต (The lifestyle and health habit assessment : LHHA) เป็นแบบประเมินซึ่งเพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender and Pender, 1987) ได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินแบบแผนชีวิตและสุขนิสัยประจำวัน โดยพฤติกรรมแต่ละด้าน เป็นกิจกรรมหรือการกระทำ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็น 10 ด้าน

2.4.1.1 ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง (general competence in self care) ประกอบเป็นความสามารถของบุคคลในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล

2.4.1.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ (nutrition practices) เป็นการประเมินการเลือกและรับประทานอาหารเช้าอาหาร ได้ถูกต้องเหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ

2.4.1.3 ปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย (physical and recreational activity) เป็นการประเมินเรื่องกายออกกำลังกายและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพักผ่อนหย่อนใจ

2.4.1.4 การนอนหลับ (sleep pattern) เป็นการประเมินการระยะเวลาการพักผ่อนนอนหลับ และปัญหาในการนอนหลับ

2.4.1.5 การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการประเมินการการรับรู้สาเหตุความเครียด และวิธีการใช้เผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2.4.1.6 ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (self actualization) เป็นการประเมินความพึงพอใจในการสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมาและการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

2.4.1.7 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (sense of purpose) เป็นการประเมินถึงการวางจุดหมายในชีวิต และการกำหนดเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวไว้

2.4.1.8 การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (relationship with other) เป็นการประเมินเกี่ยวกับ การคบหาสมาคมกับบุคคลอื่นรวมทั้งการช่วยเหลือและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

2.4.1.9 การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการกระทำ เพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมได้แก่ บริเวณที่พัก อากาศแสงและเสียงให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2.4.1.10 การใช้ระบบบริการสุขภาพ (use of health care system) เป็นการประเมินการใช้บริการเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์เมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย หรือตรวจร่างกายประจำปี

2.4.2 แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle profile) ของวอล์คเกอร์ ซีคริสตและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987; พวงเพ็ญ, 2538; รสสุคนธ์, 2537) โดยการดัดแปลงเครื่องมือ LHHA ของเพนเดอร์ รวมเป็นข้อคำถาม 107 ข้อ คะแนนคำตอบเป็นการประมาณค่า 4 ระดับจากไม่เคยปฏิบัติบางครั้ง บ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ หลังจากทดลองใช้และได้ปรับปรุงเหลือข้อคำถาม 48 ข้อ โดยการวัดพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านออกกำลังกาย ด้านดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตและเครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงได้ 0.922 โดยมีความเที่ยงตรงเฉลี่ยในแต่ละพฤติกรรม 0.702 – 0.904

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพดีสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคมครอบคลุมด้านทั้งด้านโภชนาการ ด้านออกกำลังกาย ด้านดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้

### 3. ทฤษฎีกิจกรรมและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

#### 3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

ทฤษฎีกิจกรรมเป็นพื้นฐานบนความเชื่อที่ว่า การมีอัตมโนทัศน์ของบุคคล (self – concept) สามารถกระทำได้โดยผ่านกิจกรรมและการแสดงบทบาทหน้าที่ (role support) (Miller, 1995) และกิจกรรม (Activity) ซึ่งเป็นแบบแผนตามปกติเพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพทางกายและสังคมของบุคคล กิจกรรมเป็นความต่อเนื่องและเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการสนับสนุนการแสดงบทบาทตามหน้าที่ และมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการยอมรับตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง นอกจากนี้เป็นการส่งเสริมการมีแบบแผนสุขภาพที่ดี (Lemon, Bengton & Peterson, 1972; Ringsven & Bond, 1991)

เลมอน, เบงตันและปีเตอร์สัน กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีกิจกรรมประกอบด้วย การสนับสนุนบทบาทหน้าที่ (role support) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลได้แสดงบทบาทตามลักษณะของบุคคล (role identity) อัตมโนทัศน์ (self – concept) เป็นการรู้และเข้าใจในการแสดงกิจกรรมตามบทบาทของตนเองอย่างมีคุณภาพ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ (role loss) เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมที่คาดหวังของสังคม และความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นการแสดงออกถึงความพอใจ ความต้องการในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าว มีผลต่อความสม่ำเสมอต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละบุคคล (Lemon, et al., 1972)

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความต้องการทางด้านสังคมและจิตใจในผู้สูงอายุมีความคล้ายคลึงกับวัยกลางคน ดังนั้นการส่งเสริมกิจกรรมในผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมตั้งแต่วัยกลางคน และผู้สูงอายุควรเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นๆ จึงประสบความสำเร็จในชีวิต (Havighurst, 1968 cited by Yurick, 1989; Havighurst & Albrecht, 1953 cited by Miller, 1995; Ringsven & Bond, 1991) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีแนวโน้มแสวงหาการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกลุ่มที่มีความสนิทสนมกัน แม้ว่าจะมีความเสื่อมทางร่างกาย หรือเกษียณอายุราชการก็ตาม (Maddox & Eisdorfer, 1962 cited by Miller, 1995) จากการทดสอบทฤษฎีพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมกับเพื่อน เป็นความพึงพอใจสูงสุด เนื่องจากการสนับสนุนการแสดงบทบาทของตนเอง นอกจากนี้สามารถบอกถึงความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรม

เลมอน, เบงตันและปีเตอร์สัน ได้จัดแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมที่ไม่เป็นรูปแบบ (informal activity) เป็นกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอนผู้สูงอายุมักปฏิบัติกับสมาชิกในครอบครัว เช่น พฤติกรรมการช่วยเหลือซึ่งกัน การพบปะสังสรรค์ ซึ่งกิจกรรมไม่เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ให้ประโยชน์ทั้ง

ผู้สูงอายุและครอบครัว กิจกรรมที่เป็นรูปแบบ (informal activity) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม กิจกรรมในองค์กรมีรูปแบบชัดเจน เช่น กิจกรรมในชมรมชมรมหรือสมาคม และ กิจกรรมกระทำตามลำพัง (solitary) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ตามความพอใจ เช่น การทำงานอดิเรก การนอนพักผ่อน ผู้สูงอายุจะมีความสุขสบายและความเพลิดเพลินในกิจกรรมนี้

ซึ่งจากการทดสอบทฤษฎี พบว่าการมีกิจกรรมแบบไม่เป็นรูปแบบของผู้สูงอายุ มีผลต่อความพึงพอใจสูงสุด รองลงมาคือกิจกรรมที่เป็นรูปแบบ ส่วนกิจกรรมที่กระทำตามลำพังพบว่ามีผลต่อความพึงพอใจน้อยที่สุด (Lemon, et al., 1972; Longino & Kart, 1982 cited by Miller, 1995) นอกจากนี้ได้มีการศึกษารูปแบบของกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อายุยืน 90 ปีขึ้นไป พบว่า กิจกรรมทางด้านร่างกาย (physical activity) มีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ที่ดี (well - being) ส่วนกิจกรรมการใช้สติปัญญา (intellectual activity) มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพดี (good health) และกิจกรรมทางสังคม (social activity) ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (Hillerras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1999)

สำหรับการศึกษารูปแบบนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษากิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นรูปแบบ แต่การจัดกิจกรรมแต่ละชมรม มีความแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดของชมรมผู้สูงอายุต่อไป

### 3.2 ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุของประเทศไทยจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2505 ใช้ชื่อว่า "ชมรมผู้สูงอายุ" รับผิดชอบโดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองและเผยแพร่ให้กับผู้สูงอายุด้วยกันได้ มีการพบปะสังสรรค์เพื่อผ่อนคลายเครียด และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ ต่อมาในปี พ.ศ.2527 กระทรวงสาธารณสุขได้ทดลองดำเนินการโครงการผู้สูงอายุ ในงานสาธารณสุขมูลฐาน จากการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ประสบกับปัญหาอุปสรรค ขาดผู้นำในชมรมที่มีประสิทธิภาพ จึงจัดให้มีการประชุมชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2529 และปี พ.ศ. 2530 ต่อมารัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้ทุกจังหวัด ทุกอำเภอและทุกตำบลมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยมีสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นแหล่งประสานงาน ในปัจจุบันนี้ชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศที่เป็นสมาชิกของสภาผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 3,174 ชมรม ในปี พ.ศ. 2536 และเพิ่มเป็น 3,487 ชมรม ปี พ.ศ. 2539 (บรรณ, 2539; โสภิตา, 2535) และจากการศึกษารูปแบบและการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุใน

ประเทศไทยพบว่ารูปแบบชมรมที่เหมาะสมแต่ละชมรม มีความแตกต่างกันตามลักษณะและความสามารถของสมาชิก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ (บรรลุและคณะ, 2539)

1. ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ เป็นชมรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุดของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ

2. ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ เป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีสถานภาพระดับกลางสามารถดำเนินการชมรมได้ด้วยตนเองแต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

3. ชมรมผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นชมรมที่อยู่ในชุมชนหรือหมู่บ้านยากจนในชนบท หรือชุมชนแออัดในเมืองส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางการเงินและความรู้ต่ำไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

4. ชมรมผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ เช่นชมรมผู้สูงอายุข้าราชการบำนาญเป็นต้น

3.2.1 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม (กองส่งเสริมสุขภาพ, 2534; รตสุคนธ์, 2537; ลดาวัลย์, 2533)

3.2.1.1 เพื่อเป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแก้ปัญหาพร้อมกัน

3.2.1.2 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยการให้ความรู้เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติดูแลตนเอง ทั้งให้เผยแพร่ให้แก่บุคคลอื่นได้

3.2.1.3 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเองสามารถร่วมกันพัฒนาสังคม และบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2.2 กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

จากแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม เชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญของมนุษย์ทุกเพศทุกวัยเพื่อสุขภาพและชีวิตที่ดี (สาวิตรี, 2536; Ringseen & Bond, 1991) กิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ตามสภาพแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละบุคคล (Dunn, Anderson & Jakicic, 1998) ในการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆเท่านั้น ยังทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุด้วย จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางด้านร่างกาย พบว่าการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางด้านร่างกายได้นั้นต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มคุณค่าในตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Stewart, et al., 1998) จากการศึกษา รูปแบบกิจกรรมกับความเป็นอยู่ที่ดี ในสูงผู้สูงอายุที่อายุเกิน 90 ปี ขึ้นไปจำนวน 105 คน พบว่าการมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเป็นอยู่ที่ดี และการมีสุขภาพดี มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ใช้สติปัญญา (Hillerras, et al., 1999) นอกจากนี้กิจกรรมควร

ให้ทั้งความสนุกสนาน และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ (พฤตินันท์, 2530; Tayler, 1982) การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุแต่ละแห่ง จะมีความแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ และความสำเร็จของการจัดกิจกรรม ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้บริหารและทีมสมาชิก (Coleman, et al., 1997) อย่างไรก็ตามลักษณะกิจกรรมสามารถแบ่งออก 11 ประเภทดังนี้ (บรรณ, 2539)

3.2.2.1 กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นกิจกรรมที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ การทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย การให้ความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น และความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุและการป้องกัน ตลอดจนการให้ความรู้ในเรื่องของการอยู่ร่วมกันในครอบครัวระหว่างเครือญาติ และการเตรียมใจให้พร้อมกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายในด้านต่างๆ

3.2.2.2 กิจกรรมด้านการศึกษาตามความสนใจและความถนัด กิจกรรมประเภทนี้ได้แก่ การศึกษาในเรื่องพระพุทธศาสนา การศึกษาเรื่องพระพุทธรูปและพระเครื่องในสมัยต่างๆ การศึกษาที่เกี่ยวกับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานที่ตนเองเคยทำอยู่ในอดีต และการศึกษาในลักษณะของงานวิชาชีพในกรณีที่มีความสามารถในด้านนั้นๆ อยู่ก่อนแล้ว เช่น ช่างไม้ การตัดเย็บเสื้อผ้า งานหัตถกรรมต่างๆ เป็นต้น

3.2.2.3 กิจกรรมนันทนาการ ได้แก่ กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความพร้อมของร่างกายในด้านต่างๆ ตามวัยของผู้สูงอายุ เช่น การละเล่นดนตรีและนาฏศิลป์ การเล่นเกมง่ายๆ การร้องรำทำเพลง บริการกีฬาในร่มและกลางแจ้ง การเล่นเกมต่างๆ เป็นต้น

3.2.2.4 กิจกรรมด้านวัฒนธรรม ได้แก่ การจัดให้มีงานในโอกาสต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการผ่อนคลายอารมณ์ และได้มีโอกาสสนุกสนานรื่นเริงเหมือนบุคคลกลุ่มอื่นๆ ตลอดจนทำให้เกิดความรู้สึกว่าสังคมยังสนใจตนเอง

3.2.2.5 กิจกรรมด้านการศึกษา ได้แก่ การจัดให้มีการทำบุญ การประกอบพิธีทางศาสนาโดยเสรี เช่น การจัดให้มีการนิมนต์พระมาเทศน์ การจัดบำเพ็ญกุศลในโอกาสวันสำคัญต่างๆ ทางพุทธศาสนา เช่น วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันเข้าพรรษา และวันออกพรรษา เป็นต้น

3.2.2.6 กิจกรรมด้านการเผยแพร่ความรู้ ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้เรื่องข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การจัดบรรยายและสัมมนาในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยการเชิญวิทยากรจากภายนอกที่มีคุณวุฒิมาบรรยายเป็นครั้งคราว เป็นต้น

3.2.2.7 กิจกรรมด้านการพัฒนาสังคม ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในการพัฒนาสังคม เช่น การจัดให้มีการทำความสะอาดวัดและศาสนสถานในโอกาสวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันรัฐธรรมนูญ วันฉัตรมงคล การจัดทรงเครื่อง ตูบหู การนำของขวัญไปเยี่ยมทหารที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ตามโรงพยาบาลต่างๆ เป็นต้น

3.2.2.8 การทัศนศึกษานอกสถานที่ ได้แก่ การจัดนำเที่ยวตามสถานที่ท่องเที่ยวและโบราณสถานที่สำคัญต่างๆ ในบางโอกาสทำให้เกิดความสามัคคีและความสนุกสนานรื่นเริงระหว่างสมาชิกด้วยกัน

3.2.2.9 กิจกรรมด้านการฝึกหัดอาชีพ เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมรายได้และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุ เช่น การทำไม้จิ้มฟัน การทอผ้าไหม การปักและฉลุเสื้อ การทำงานศิลปะประดิษฐ์ ฯลฯ

3.2.2.10 ส่งเสริมการออกกำลังกายและบริหารร่างกาย เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้แข็งแรง โดยสนับสนุนแรงจูงใจ ให้ผู้สูงอายุ ได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ตลอดจนจัดเตรียม สถานที่และโปรแกรมการออกกำลังกาย และความจัดกลุ่มออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสและมีความถึงพอใจในการออกกำลังกาย

3.2.2.11 กิจกรรมอื่นๆ เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นครูสอนพิเศษ การประพันธ์บทเพลงและนวนิยาย การออกแบบและตกแต่งเสื้อผ้า เป็นต้น

### 3.3 กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากกลุ่มสังคมมีโอกาสได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม มีแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านและโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม (นิตยา, 2542; รสตุคนธ์, 2537) นอกจากนี้ เกลิมศรี (2539) วันดีและคณะ (2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศิริราช และสมาชิกโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีตามลำดับ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในแต่ละด้านและโดยรวมดีมาก

การรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 3-4 มื้อ ชอบรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ (เกลิมศรี, 2539; วันดีและคณะ, 2538) และรองลงมาชอบรับประทานปลาคิดเป็นร้อยละ 84.5, 77.0 ตามลำดับ (เกลิมศรี, 2539)



การนอนหลับ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งนอนหลับ 4-6 ชั่วโมง และรองลงมาอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีการนอนหลับในตอนกลางวัน ร้อยละ 69 (เฉลิมศรี, 2539) แต่จากการศึกษาของ วันดีและคณะ (2538) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอนหลับ 6-8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 72.5 และมีการนอนหลับอย่างเพียงพอ

การขับถ่ายอุจจาระส่วนใหญ่มีการขับถ่ายสม่ำเสมอ เมื่อมีอาการท้องผูกผู้สูงอายุ แก้ไขโดยการรับประทานผักและผลไม้ (เฉลิมศรี, 2539 ; วันดีและคณะ, 2538)

การตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และไปตรวจทุกครั้งเมื่อไม่สบายหรือสงสัย ร้อยละ 51.5 และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 90 (เฉลิมศรี, 2539)

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และรองลงมาออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ และการออกกำลังกายที่นิยม คือการบริหาร (เฉลิมศรี, 2539; วันดีและคณะ, 2538)

พฤติกรรมของผู้สูงอายุทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันกับบุตร ร้อยละ 62.3 และยังไม่มาหาสู่เป็นประจำกับบุตรคิดเป็นร้อยละ 15 เมื่อผู้สูงอายุไม่สบายใจ ส่วนใหญ่จะระบายความในใจหรือขอความช่วยเหลือจากเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 30.0 และไม่มีการปรึกษาใครคิดเป็น 28.0 และร้อยละ 22.0 ที่ระบายความรู้สึกกับสามีหรือภรรยา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 67 นอกจากนี้มีการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ คิดเป็นร้อยละ 32.0 ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจในชีวิตในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 95.5 (เฉลิมศรี, 2539)

พฤติกรรมของผู้สูงอายุด้านสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบปะเพื่อนฝูงอย่างสม่ำเสมอ และรองลงมาพบปะกับเพื่อนนานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.5 การพักผ่อนหย่อนใจที่ผู้สูงอายุนิยมคือการอ่านหนังสือ การดูทีวี และสังสรรค์กับเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 53.0, 51.0, 35.0 ตามลำดับ (เฉลิมศรี, 2539)

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้ก่อตั้งตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2535 โดยจัดบริการอย่างต่อเนื่องเดือนละ 2 ครั้ง ในวันอังคาร สัปดาห์ที่ 2 และที่ 4 ของเดือน มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชะลอความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิก 920 คน สำหรับกิจกรรมในชมรมประกอบด้วยกิจกรรมที่มีรูปแบบที่ชัดเจน ดังนี้

3.3.1 กิจกรรมตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม วัดความดันโลหิตอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะในรายที่สมัคร

เป็นสมาชิกใหม่ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น กิจกรรมตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสนใจสังเกตสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เมื่อพบความผิดปกติจากการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน ผู้สูงอายุจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่ถูกต้องต่อไป จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลรับฝึชชอบตนเองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลรับฝึชชอบสุขภาพในระดับสูง (นิตยา, 2542)

3.3.2 กิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระและทำสมาธิ เป็นกิจกรรมที่ทำประจำในชมรมผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที การสวดมนต์ไหว้พระ เป็นการกระทำเพื่อชำระจิตใจให้บริสุทธิ์ รวมทั้งรู้สึกมั่นคงปลอดภัยว่ามีที่พึ่งทางใจ (พุทธทาส, 2542) กิจกรรมการทำสมาธิเป็นการฝึกจิตช่วยให้มีสุขภาพจิตดีส่งผลต่อสุขภาพกายที่ดี ทำให้จิตใจได้พักไม่เครียดรู้สึกผ่อนคลาย บุคคลที่มีทำสมาธิอยู่เสมอ จิตใจจะเยือกเย็นไม่หงุดหงิด ไม่ถูกบีบบังคับ จึงกลายเป็นคนที่มีความอดทน ให้อภัยคนอื่น (พระคุษฎี, มปป) จากคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า กล่าวว่า การหาความสุขทางด้านจิตใจนั้น สามารถหาความสุขได้ทางธรรมะซึ่งเป็นความสุขที่ปราณีต ประหยัดและยั่งยืน (พุทธทาสภิกขุ, 2542) จะเห็นได้ว่าการสวดมนต์ไหว้พระและการทำสมาธิ เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และเป็นการผ่อนคลายความเครียด จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการความเครียดได้ในระดับสูง (นิตยา, 2542)

3.3.3 กิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการรำไทเก๊กสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที การรำไทเก๊กเป็นศาสตร์และศิลป์ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายพร้อมกับฝึกการหายใจ ร่วมกับการทำสมาธิ เป็นการสร้างความแข็งแรงของอวัยวะภายใน ทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารได้ดีขึ้น นอนหลับได้ดี ช่วยลดความเครียดและมีความมั่นใจในตัวเองมีการทรงตัวที่ดี (เทอศิลป์, 2542) จากการได้รับรู้โดย การได้เห็น การได้ยิน และการได้ร่วม กิจกรรมการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย เป็นการสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย และปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับสูง (นิตยา, 2542)

3.3.4 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นกิจกรรมทำเป็นประจำในชมรมผู้สูงอายุใช้เวลา ประมาณ 30 นาที มีการวางแผนประจำปี เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น หลักการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหาร หลักการออกกำลังกายใน



ต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม

เพศ เพศเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างของสุขภาพ จากการศึกษาความแตกต่างของการแสวงหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีการแสวงหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลอื่น (Quinn, Johnson & Martin, 1996 cited by Heidrich, 1998) นอกจากนี้จากการศึกษาของ สาวิตรี (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอื่นๆ นอกเหนือจากชมรมผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุหญิงไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสังคมที่ไม่ใช่ชมรมผู้สูงอายุ เช่น ไปวัด การสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน แต่จากการศึกษาของ สุนันต์ (2537) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม

สถานภาพสมรส การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ที่มีคุณค่ายิ่งต่อการดำเนินชีวิตระหว่างสามีและภรรยา จากการศึกษาของ รุ่งทิพย์ (2542) พบว่าการมีคู่สมรสทำให้ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของและข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสแตกต่างกัน น่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส น่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากมีโอกาสได้รับการกระตุ้นได้รับการช่วยเหลือ ในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจากคู่สมรส (Walker, et al., 1988) จากการศึกษาของ โสภิตา (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่มีการเข้าร่วมกิจกรรมดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส แต่จากการศึกษาของ สุนันต์ (2535) ที่พบว่าสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้เนื่องจาก ความแตกต่างทางด้านลักษณะและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น เศรษฐกิจ การศึกษา และจากการศึกษาของ สาวิตรี (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสไม่ได้กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนมีเสรีภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมตามความสนใจและความสามารถของผู้สูงอายุ

การศึกษา การศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ ของบุคคลส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Pender, 1987) จากการศึกษาของ พวงเพ็ญ (2538) รสสุนันต์ (2537) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มี

การศึกษาสูงมีแบบแผนชีวิตและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่า และจากการศึกษาของ สุมน์ส (2537) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม

รายได้ รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล (Pender, 1996) และช่วยส่งเสริมการรับรู้ที่ดี เนื่องจากโอกาสในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ทางด้านสุขภาพมากกว่า ส่งผลให้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น จากการศึกษาของ ชนมม (2540) พวงเพ็ญ (2538) สิริมา (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า จากการศึกษาของ สไนเดอร์ (Snider, 1980) ที่ศึกษาการใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม แต่จากการศึกษาของ สาวิตรี (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ โสภิตา (2535) สุมน์ส (2537) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกายของบุคคล ในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาท ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม เกิดความรู้ดีที่มีคุณค่าในตัวเองและมีความพึงพอใจในชีวิต (Frank – Stromberg, et al., 1990; Weitzol & Wallker, 1990 cited by Gillis 1993) การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความดี และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) จากการศึกษาของ โสภิตา (2535) สุมน์ส (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดี มีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีสุขภาพไม่ดี จึงมาเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า นอกจากนี้ อเล็กซ์ (Alexy, 1991) ได้ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีก็จะไม่เข้าร่วมกิจกรรม

การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ความเชื่อและการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมจากประสบการณ์ในอดีต เป็นเงื่อนไขที่จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเชื่อว่าการได้เข้าร่วมทำกิจกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทำให้รู้สึกสบายใจ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะมีปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Pender, 1996) จากการศึกษาของ ฮิดริคส์ (Heidrich, 1998) ได้ศึกษาผลของการศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพกับผลลัพธ์ของสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าวัยหนุ่มสาว

ภาวะการมีโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะการมีโรคประจำตัวมีผลกระทบต่อตนเอง ในแง่ของความไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม

จากการศึกษาของ คาริสันและคณะ (Carison, et al., 1999) ที่ศึกษาพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ภาวะมีโรคประจำตัว อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องไปพบกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจรักษาตามนัด หรือต้องนอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษายของ โสภิตา (2535) สุนันต์ (2537) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดี มีความต้องการปฏิบัติ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสุขภาพไม่ดี จึงมาเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า

ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการแสดงถึงประสบการณ์บุคคล และการรับรู้ว่าประสบการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ดีกับตนเอง มีประโยชน์กับตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมทำให้บุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น (Pender, 1996) ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม เป็นการแสดงถึงประสบการณ์ของการรับรู้ ได้เห็น และได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมชมรม ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมที่นานกว่า และมีจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้เพิ่มความสามารถในการจำและระลึกได้ (Rabbit, 1998) ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี (จำเรียงและปราณี, 2536) ระยะเวลาของการเป็นสมาชิกชมรม น่าจะส่งผลให้บุคคลมาเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ประสบการณ์ของบุคคลได้แก่ ภาวะการมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น และปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ซึ่งได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำมาศึกษาครั้งนี้

### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่จะศึกษาเป็นประชากรผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 920 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง จากจำนวนประชากร 920 คน ได้ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (systematic sampling)

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร การหาอำนาจการทำนาย power analysis ของ โพลิต (Polit, 1996) ดังนี้

$$N = (L/Y) + K + 1$$

N หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

L หมายถึง ค่าอำนาจการทำนายที่ได้มาจากการเปิดตารางกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = .05 โดยกำหนดอำนาจเท่ากับ .80 ดังนั้น ได้ค่า L จากตารางเท่ากับ 16.24

Y หมายถึง การประเมินผลกระทบต่อขนาดประชากร ใช้สูตร  $R^2/1-R^2$  ( $R^2$  หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจกำหนดให้ค่าระดับกลาง .13) แทนค่าในสูตร ได้ค่า Y เท่ากับ 0.15

K หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 10

นำค่าที่ได้มาแทนค่าในสูตรเพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้อย่างน้อยที่สุดเท่ากับ 119 ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่าง 120 คน

2. สุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบจากประชากร 920 คน ต้องการขนาดตัวอย่างเท่ากับ 120 คน จึงดำเนินการสุ่มตัวอย่างดังนี้

2.1 สุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นจุดเริ่มต้น

2.2 นับต่อไป 8 คนเลือกมา 1 คน จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ อาชีพ ฐานะ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีสติสัมปชัญญะสามารถติดต่อสื่อสาร เข้าใจในการพูดได้ปกติ
3. มีความยินยอมในการให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรสและประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ

1.2 การเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Self – evaluation of life function self scale ของ ลินน์และลินน์ (Linn & Linn, 1984) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

2.1 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม จำนวน 10 ข้อ

2.2 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม จำนวน 3 ข้อ

2.3 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม จำนวน 2 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ และค่าคะแนนรวมของการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในช่วง 15 - 45 คะแนน



มาก = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่ามีอาการแสดง ตรงกับ  
ข้อคำถามมาก หรือมีความถี่ของร่างกายและจิตใจมาก

ปานกลาง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่ามีอาการแสดง ตรงกับ  
ข้อคำถามเป็นบางส่วนหรือ มีความถี่ของร่างกายและจิตใจเป็นบางส่วน

น้อย = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่ามีอาการแสดงตาม  
ข้อคำถามเล็กน้อยหรือ ไม่มีเลย หรือมีภาวะสุขภาพดี

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นแบบสอบถาม  
เพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านบวกของการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่เกิด  
ขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้องโดย  
ใช้กิจกรรมของชมรมเป็นกรอบแนวคิด นอกจากนี้ได้พัฒนาแบบสอบถามโดยการทดลองสอบถาม  
จากผู้สูงอายุ 5 ราย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ และค่าคะแนนรวม  
ของการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในช่วง 10 - 30 คะแนน

มาก = 3 คะแนน หมายถึงผู้ตอบมีความเห็นว่าได้รับประโยชน์  
จากการเข้าร่วมกิจกรรมตรงตามข้อคำถามมาก

ปานกลาง = 2 คะแนน หมายถึงผู้ตอบมีความเห็นว่าได้รับประโยชน์  
จากการเข้าร่วมกิจกรรมตรงตามข้อคำถามปานกลางหรือเป็นบางส่วน

น้อย = 1 คะแนน หมายถึงผู้ตอบมีความเห็นว่าได้รับประโยชน์  
จากการเข้าร่วมกิจกรรมตรงตามข้อคำถามน้อย

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการ  
ปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง ผู้วิจัยได้  
ดัดแปลงมาจากเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้องโดยใช้กิจกรรมของชมรมเป็นกรอบแนวคิด และนำ  
มาประยุกต์กับแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วอคเกอส์, ซีคริตส์และเพนเดอร์ (Walker,  
Sechirs & Pender, 1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ

4.1 การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพวิทยาทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ

4.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

4.3 การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ

4.4 การปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และจัดการกับความเครียด  
ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ

4.5 ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ

4.6 การปฏิบัติด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ และค่าคะแนนรวมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในช่วง 25 - 75 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อคำถามเป็นประจำ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อคำถามเป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติตามข้อคำถามเลย

ส่วนที่ 5. เป็นแบบสอบถามปลายเปิด สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ ( Content Validity) ของแบบสอบถาม ข้อมูลและประสบการณ์ส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ 1 ท่าน ในการตรวจแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือและนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง = .80

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ได้ค่าความเที่ยง = .84

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง = .80

## วิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตและขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ในส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้วิจัยสำรวจชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตามสมุดทะเบียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ และคัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
3. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยได้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อขออนุญาตเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุได้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และยกเลิกการเก็บข้อมูลได้ตามต้องการ
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่บ้านของผู้สูงอายุ ตามสถานที่อยู่ในสมุดทะเบียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ และตรวจสอบแบบสอบถามทุกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์
5. เมื่อสอบถามและกรอกแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว นำแบบสอบถามมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้อ่านวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. แยกแยะความถี่คำนวณหาร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล
2. คำนวณคะแนนรวม ค่ามัชฌิมเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
3. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วม กิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากตัวแปรเป็นมาตรวัดอันดับ (interval scale) จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

4. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้ ทดสอบค่าที (T-test) และทดสอบค่าเอฟ (F-test)

5. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

6. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 120 คน ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. การเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม
5. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### ผลการวิจัย

##### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83 มีอายุอยู่ระหว่าง 60- 90ปี เกือบร้อยละ 80 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นอายุ 60-74 ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรส โดยรวมหม้าย หย่าหรือแยก ร้อยละ 59.2 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้านคิดเป็นร้อยละ 53.3 และมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 30 โดยทั่วไปแหล่งรายได้มาจากบุตรถึงร้อยละ 44.2 แต่มีความเพียงพอในการใช้จ่าย และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรหรือหลานและครอบครัว (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n =120)	ร้อยละ	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n =120)	ร้อยละ
เพศ			รายได้		
ชาย	20	16.7	น้อยกว่า 1,000 บาท	36	30
หญิง	100	83.3	1,000 - 2,000 บาท	33	27.5
อายุ			2,001 - 5,000 บาท	24	20.0
60-74 ปี	94	78.3	มากกว่า 5,000 บาท	27	22.5
75-90ปี	26	21.7	แหล่งรายได้		
สถานภาพสมรส			ประกอบอาชีพ	20	16.7
โสด	7	5.8	บำนาญ	20	16.7
คู่	51	42.5	บุตร	53	44.2
ม่าย/หย่า/แยก	62	51.7	ประกอบอาชีพและบุตร	18	15.0
ศาสนา			บำนาญและบุตร	2	1.7
พุทธ	119	99.2	ประกอบอาชีพและ	2	1.7
อื่นๆ	1	.8	บำนาญ และบุตร		
การศึกษา			อื่นๆ	5	4.2
ไม่ได้รับการศึกษา	17	14.2	ความเพียงพอในการใช้จ่าย		
ประถมศึกษา	71	59.2	ไม่เพียงพอ	32	26.7
มัธยมศึกษา	17	14.2	เพียงพอ	70	58.3
อนุปริญญา	8	6.7	เหลือใช้	18	15.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	5.8	ปัจจุบันพักอาศัย		
อาชีพ			อยู่คนเดียว	16	13.3
เกษตรกรรวม	18	15.0	บุตรหลาน	50	41.7
ค้าขาย	2	10.0	สามี/ภรรยา	16	13.3
ข้าราชการบำนาญ	3	19.1	สามี/ภรรยา/บุตรหลาน	33	27.5
รับจ้าง	2	1.7	อื่นๆ	5	4.2
งานบ้าน	64	53.3	โรคประจำตัว		
ค้าขายและข้าราชการ	1	.8	มี	53	44.2
และบำนาญ			ไม่มี	67	55.8

## 2. การเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จำแนกการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างตามการเข้ามาเป็นสมาชิกชมรม การเดินทางมาชมรม ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมและลักษณะของการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง และการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า

2.1 การเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรม ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนในการเข้าเป็นสมาชิกชมรมคิดเป็นร้อยละ 80 ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมอยู่ระหว่าง 1-8 ปี ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม 3.79 ปี และกลุ่มตัวอย่างเดินทางมาชมรมโดยใช้รถโดยสารประจำทางคิดเป็นร้อยละ 84.2 ใช้เวลาในการเดินทาง 15-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.7 นอกจากนี้พบว่าค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย 40.75 บาท/คน/ครั้ง จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมในระยะเวลา 6 เดือน อยู่ระหว่าง 0-12 ครั้ง ประมาณครึ่งหนึ่งเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 6 ครั้ง ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม 5.66 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 3.44 การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้กิจกรรมสวดมนต์ ไหว้พระทำสมาธิ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมให้ความรู้ทางด้านวิชาการ กิจกรรมนันทนาการ คิดเป็นร้อยละ 87, 81.7, 81.7, 60.8 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้เข้าร่วมทั้ง 4 กิจกรรมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาในชมรมเลยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ดังแสดงใน ตาราง 2 และตาราง 3)

2.2 ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม สรุปผลจากข้อคำถามปลายเปิดพบว่าอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ดังนี้

อุปสรรคจากตนเอง พบว่าปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความไม่สุขสบายของร่างกายและจิตใจ เช่นอาการปวดเข่า ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ จากภาวะไม่สุขสบายดังกล่าว บางครั้งมีความจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงเป็นสาเหตุหนึ่งไม่สามารถการเข้าร่วมกิจกรรมได้

อุปสรรคจากครอบครัว พบว่า ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นในฐานะเป็นสมาชิกของครอบครัว ผู้สูงอายุบางท่านจึงมีหน้าที่ในการดูแลบ้านหรือดูแลหลานเมื่อบุตรต้องทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้พบว่าบางท่านมีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (สามีหรือภรรยา) และบางท่านต้องไปเยี่ยมบุตรหลานที่ต่างจังหวัด จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

อุปสรรคทางด้านสังคม พบว่าบทบาทหน้าที่ในฐานะสมาชิกของสังคม การร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมจึงเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น การไปร่วมงานบวช งานศพ หรืองานแต่งงาน เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าเมื่อวันจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ตรงกับวันพระทำให้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่ไปวัด เพื่อทำบุญซึ่งเป็นความสุขทางใจของผู้สูงอายุ จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมกิจกรรม

การเข้าเป็นสมาชิกชมรม	จำนวน (n =120)	ร้อยละ	การเดินทางมาชมรม	จำนวน (n =120)	ร้อยละ
ผู้แนะนำให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม			การเดินทางมาชมรม		
สมาชิกครอบครัว	5	4.21	เดินทางมาเอง		
เพื่อน	96	80	โดยรถส่วนตัว	7	5.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	16	13.3	โดยรถประจำทาง	101	84.2
สื่อต่างๆ	3	2.51	เดินมาเอง	10	8.3
			ครอบครัวมาส่ง	2	1.7
			ระยะเวลาที่ในการเดินทาง		
			น้อยกว่า 15 นาที	29	24.2
			15 – 30 นาที	62	51.7
			มากกว่า 30 นาที	24	20.0
			มากกว่า 1 ชั่วโมง	5	4.2



ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรม (n=120)

ลักษณะกิจกรรม	ทุกครั้งหรือส่วนใหญ่		เป็นบางครั้ง		ไม่เคยเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระ	105	87	4	3.3	11	9.2
กิจกรรมออกกำลังกาย	98	81.7	11	9.2	11	9.2
กิจกรรมให้ความรู้ทางด้าน วิชาการ	98	81.7	11	9.2	11	9.2
กิจกรรมนันทนาการ	73	60.8	32	26.7	15	12.5

### 3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ระหว่าง 15-41 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.44 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.51 มีการกระจายข้อมูลส่วนใหญ่ไปทางระดับคะแนนต่ำ โดยมีการกระจายข้อมูลมากกว่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ตาราง 4)

การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ระหว่าง 17-30 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.89 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.38 และมีการกระจายของข้อมูลส่วนใหญ่ไปทางระดับคะแนนสูง โดยมี การกระจายข้อมูลน้อยกว่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แต่มากกว่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ตาราง 4)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ระหว่าง 54-75 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.63 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.48 โดยมีการกระจายของข้อมูลส่วนใหญ่ไปทางระดับคะแนนสูง และมีการกระจายข้อมูลน้อยกว่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ตาราง 4)

ตาราง 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ และสัมประสิทธิ์ความแปรผัน ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความเบ้	C.V.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง				
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	15 – 45	15 – 41	25.44	5.51	.195	0.22
การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม	10 – 30	17 – 30	25.89	3.38	-.489	0.13
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	25 – 75	54 – 75	66.63	4.48	-.539	0.07

#### 4. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

ในการวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา 2 รูปแบบคือการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายคู่ และในสมการถดถอยพหุคูณ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรรายคู่ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

4.1.1 จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ที่แตกต่างกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4.1.2 จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน จำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน โดยแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม คือไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาระดับประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4.1.3 ตาราง 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4.2 ตาราง 8 ผลวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวแปรตาม และ ปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวแปรต้น ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมคือ ภาวะการมีโรคประจำตัว ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5 ( $R^2 = .05$ ,  $Beta = -1.61$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว

ตัวแปร	จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม		t- value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	
เพศ			
ชาย (n = 20)	6	4.77	.37 <sup>NS</sup>
หญิง (n =100)	5.69	3.15	
สถานภาพสมรส			
คู่ (n = 51)	5.67	3.51	-.15 <sup>NS</sup>
โสด-หม้าย-หย่า-แยก (69)	5.78	3.43	
รายได้			
น้อยกว่า 2000 บาท (n = 69)	5.36	3.15	-1.41 <sup>NS</sup>
มากกว่า 2000 บาท (n =51)	6.25	3.75	
ภาวะการมีโรคประจำตัว			
มี (n = 67)	5.03	3.61	2.60*
ไม่มี (n = 53)	6.64	3.04	

\* P< .01

<sup>NS</sup> = non significant

ตาราง 6 ความแปรปรวนจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน (n=120)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	36.75	18.38	1.56 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	117	1378.23	11.78	
รวม	119			

<sup>NS</sup> = non significant

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ อายุ ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะ  
สุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม  
(n =120)

ปัจจัย	r	P-value
อายุ	.02	.62
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม	-.03	.78
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.04	.70
การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม	.07	.42

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนาย กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วม  
กิจกรรม (n =120)

ตัวแปร	Beta	Total R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	t
ภาวะการมีโรคประจำตัว	-1.61	0.05	0.05	2.60*

\*P<.01

## 5. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา 2 รูปแบบ คือการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายคู่ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในสมการถดถอยพหุคูณดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรรายคู่ระหว่างปัจจัย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว ระยะเวลาเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

5.1.1 จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.1.2 จากตาราง 10 วิเคราะห์ความแปรปรวนค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการศึกษาแตกต่างกัน โดยแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม คือไม่ได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษาและสูงกว่าประถมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.1.3 จากตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.2 ตาราง 12 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรตาม และปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวแปรต้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 16, 3.1 และ 3.3 ตามลำดับ โดยที่ปัจจัยทั้ง 3 ร่วมอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 22.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงด้วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง มีแนวโน้มคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ (ตาราง 12)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว

ตัวแปร	คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		t- value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	
เพศ			
ชาย (n=20)	66.95	4.68	.34 <sup>NS</sup>
หญิง (n = 100)	66.56	4.45	
สถานภาพสมรส			
คู่ (n = 51)	66.41	4.36	.45 <sup>NS</sup>
โสด-หม้าย-หย่า-แยก (N = 69)	66.78	4.58	
รายได้			
น้อยกว่า 2000 บาท	66.39	4.27	-.66 <sup>NS</sup>
มากกว่า 2000 บาท (n = 51)	66.94	4.75	
ภาวะการมีโรคประจำตัว			
มี (n=67)	67.16	4.24	-1.49 <sup>NS</sup>
ไม่มี (n=53)	65.94	4.70	

<sup>NS</sup> = non significant

ตาราง 10 ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	6.62	3.31	.002 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	117	2386.05	20.39	
รวม	119			

<sup>NS</sup> = non significant

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ อายุ ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n =120)

ปัจจัย	r	p-value
อายุ	-.12	.20
ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม	-.04	.66
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.13	.16
การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม	.40	.00
จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม	.40	.70

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	Beta	Total R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	t
ขั้นที่ 1				
การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม	.400	.160	.160	4.74***
ขั้นที่ 2				
การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม	.421	.191	.031	5.03***
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.177			-2.12*
ขั้นที่ 3				
การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม	.436	.225	.033	5.28***
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.196			-2.37*
ภาวะมีโรคประจำตัว	.184			2.24*

\* P<.05, \*\* P<.01, \*\*\*\* P<.001



## การอภิปรายผล

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น 60-74 ปี มากกว่าวัยสูงอายุตอนกลาง 75-90 ปี (ตาราง 1) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุต้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีสุขภาพที่แข็งแรง ส่วนวัยสูงอายุตอนปลายมีข้อจำกัด คือ มีสุขภาพที่เสื่อมมากกว่า และมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยกว่า จึงพบในชมรมน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทอร์เรสและคณะ (Torres, et al., 1998) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความเสี่ยงของความจำและความคิดอย่างมากต้องพึ่งพาผู้อื่นถึงร้อยละ 49 นอกจากนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสโดยรวม หม้าย หย่าและแยก ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชายเสียชีวิตก่อนผู้สูงอายุหญิง จึงพบว่า ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยเฉลี่ยของประชากร คือ เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) ส่วนการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา เนื่องจากการศึกษาภาคบังคับในอดีต กำหนดให้การศึกษาขั้นต่ำอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ธาราทิพย์ (2541) นิตยา (2542) สุนันต์ (2537) แม้ว่าผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท (ตาราง 1) แต่พบว่ามีความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากประเพณีและวัฒนธรรมไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและบุตรหลาน จึงพบว่า มีความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร (2538) ที่ศึกษาการอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดา และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่า บิดามารดาสูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรอายุ 18 ปี หรือมากกว่าส่วนใหญ่บุตรให้การเกื้อหนุนด้านการเงิน ด้านอาหาร และเครื่องนุ่งห่ม

### 2. การเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนในการเข้าเป็นสมาชิกชมรม และเดินทางมาชมรมโดยใช้รถโดยสารประจำทาง ซึ่งใช้เวลา 15-30 นาที ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย 40.75 บาท/ครั้ง/คน และจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมในระยะเวลา 6 เดือน อยู่ระหว่าง 0 - 12 ครั้ง ประมาณครึ่งหนึ่งเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 6 ครั้งหรือสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (กรกฎาคม 2542 - ธันวาคม 2542) เป็นช่วงที่ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมพิเศษ เช่น กิจกรรมวันเบาหวาน โลกซึ่งผู้สูงอายุได้รับการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะฟรี กิจกรรมการเลือกคณะกรรมการชุดใหม่และกิจกรรมวันปีใหม่เป็นต้น

นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้พบและพูดคุยกับเพื่อนสมาชิกเป็นการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวินสตรา (Veenstra, 2000) ที่ศึกษาความแตกต่างของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 534 คน พบว่าการไปมาหาสู่กับเพื่อนในสมาคมหรือชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ คอนน์ (Conn, 1998) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุหญิงจำนวน 30 คน พบว่าการมีกิจกรรมทางด้านร่างกายเป็นการส่งเสริมภาวะจิตตังคม และส่งผลต่อความตั้งใจในการทำกิจกรรมนั้นๆ จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมทางด้านศาสนา กิจกรรมวิชาการ กิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬานันทนาการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมชมรมแต่ละครั้ง มีการเข้าร่วมทุกกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่อย่างสม่ำเสมอ และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมแต่ละกิจกรรมมีจำนวนใกล้เคียงกันดังนี้

กิจกรรมทางด้านศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87 เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอหรือเกือบทุกครั้ง (ตาราง 3) ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งตามหลักพุทธศาสนา ศาสนาเป็นปัจจัยที่ 5 แห่งการมีชีวิต คือเป็นอาหารแห่งจิตใจ เป็นสิ่งเล้าโลมใจในทางวิญญาณ (spiritual entertainment) ที่ปลอดภัยที่สุด (พุทธทาส, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสุขความทุกข์ของผู้สูงอายุในชนบทไทย พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุได้มาจากศาสนามากที่สุด รองลงมาบุตรหลานประพาศิตี และมีเศรษฐกิจเพียงพอ (ทวี และคณะ, 2528 อ้างตาม สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และผู้สูงอายุที่ยึดมั่นในกิจกรรมทางศาสนา มีสุขภาพร่างกาย และจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ยึดมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Koenig, 1998, Levin, 1996 cited by Krause, Dayton & liang, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เลิฟวิงและพาสคูกิ (Loveing & Pascucci, 1997) ที่ศึกษาปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 100-109 ปี พบว่า สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ เวินสตรา (Veenstra, 2000) ที่ศึกษาความแตกต่างของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุจำนวน 534 คน พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี และจากการศึกษาของ จารุพันธ์ (2535) สาวิตรี (2536) ที่พบว่า ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่นมากที่สุดคือ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทำบุญ กิจกรรม จะเห็นว่ากิจกรรมทางศาสนา ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข จึงเป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมสูงสุด

กิจกรรมการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.7 มีการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ (ตาราง 3) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มสมรรถนะของร่างกายลดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและแก้ไขความพิการ (ชูศักดิ์, 2532 ; Shepard, 1993 cited by Brady & Nies, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ คิมเบลล์และลอนจี (Kimbel & Longe, 1989 cited by Boland, 1998) พบว่า การออกกำลังกายเป็นการเพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้ถึงร้อยละ 67 เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรกานต์, (2538) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจำนวน 20 คน พบว่าความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลังและความจุปอดมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้ลักษณะของการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุเป็นการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก ซึ่งเป็นลักษณะการเคลื่อนไหวที่ช้าร่วมกับการทำสมาธิจึงมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (เลอศิลป์, 2542) ประกอบกับสถานที่ในการจัดประชุมเป็นห้องเอกเทศสามารถทำกิจกรรมเป็นกลุ่มได้อย่างอิสระ ส่งเสริมในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละครั้ง จากเหตุผลดังกล่าว จึงสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิตา (2535) ที่พบว่าสมาชิกชมรมเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายส่วนใหญ่ มากกว่า 33 ครั้งจาก 54 ครั้ง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมนัส (2537) ที่พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในระดับต่ำถึงร้อยละ 62.4 ทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของการจัดกิจกรรม รวมถึงสถานที่ในการจัดกิจกรรม ของแต่ละชมรมไม่เหมือนกัน

กิจกรรมด้านวิชาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมด้านวิชาการทุกครั้งหรือสม่ำเสมอถึงร้อยละ 81.7 (ตาราง 3) ทั้งนี้เนื่องจาก กิจกรรมวิชาการเป็นการส่งเสริมความรู้และเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุ มีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีสุขภาพดี จึงเป็นจุดสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โคคเคนและวัวร์ฮาม (Kocken & Voorham, 1998) ที่พบว่า การให้สุขศึกษาเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ และเพิ่มการมีคุณค่าในตัวเองส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี แต่การจะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ จะต้องให้ทั้งสุขศึกษาและการปฏิบัติร่วมด้วย (Boland, 1998) เช่นเดียวกับการศึกษาการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ พบว่าหลังการให้ข้อมูลผู้สูงอายุมีการรับรู้ผลประโยชน์ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล (ธีรนนท์, 2537)

กิจกรรมนันทนาการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการทุกครั้งหรือสม่ำเสมอร้อยละ 73 (ตาราง 3) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมนันทนาการ เป็นกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด และช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ตนเองชอบ จึงเป็นการส่งเสริมการแสดงบทบาทของตัวเอง เป็นความพึงพอใจ

ของบุคคล (Lemon, Bengton & Peterson, 1972) นอกจากนี้ รูปแบบของการจัดกิจกรรมในชมรม ผู้สูงอายุเป็นรูปแบบที่ชัดเจน สถานที่เป็นส่วนตัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงที่สุดการประชุม แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่นๆ พบว่ามีการเข้าร่วมน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของบุคลิกภาพและความสามารถของแต่ละบุคคล จากการสังเกต การเข้าร่วมกิจกรรมนั้นพบว่าการพบๆ บางท่านที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมและให้เหตุผลว่า "วัยสูงอายุน่าจะอยู่ในความสงบ การสนุกสนานไม่ได้อยู่ในสายกลางในการดำเนินชีวิต " และบางท่านให้เหตุผล " รู้สึกสนุกสนานและเพลิดเพลินและมีความสุขจึงชอบที่จะเข้าร่วมกิจกรรม "

### 3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์ กับ จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง และการมีโรคประจำตัว สามารถอธิบายความแปรปรวนจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมได้ร้อยละ 5 ( $R^2 = .05$ , Beta = -1.61) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การมีโรคประจำตัวมีผลกระทบต่อตนเองในแง่ของความไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาริสันและคณะ (Carison, et al., 1999) ที่ศึกษาพบว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องไปพบกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจรักษาตามนัด หรือต้องนอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิตา (2535) สุมันัส (2537) พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดีมีความต้องการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีสุขภาพไม่ดี จึงมาเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า

อายุกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มสมาชิกส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 78.3 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุตอนกลางมีเพียงร้อยละ 21.7 และไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในวัยสูงอายุตอนปลาย ทั้งนี้เนื่องจาก วัยสูงอายุตอนปลายมีความเสื่อมถอยอย่างมาก มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงไม่พบว่ามีกิจกรรมในชมรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทอร์เรสและคณะ (Torres, et al., 1998) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆมีความเสื่อมของความจำ และความคิดอย่างมากต้องพึ่งพาผู้อื่นถึงร้อยละ 49 จึงพบว่ามีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮิลเลอร์ส, จอร์ม, เฮร์ลิทซ์, และวินเบรค (Hillers, Jorm, Herlitz & Winblad, 1999) ที่ศึกษารูปแบบกิจกรรมในผู้สูงอายุที่อายุมาก จำนวน 105 คน พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน

ของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง ส่วนวัยสูงอายุตอนต้น การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายยังไม่ชัดเจน สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุตอน และวัยสูงอายุตอนกลาง ซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมได้ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณัส (2535) สาวิตรี (2536) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม

เพศกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า เพศที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 และเกินครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก ดังนั้นบทบาทในการตัดสินใจ ความรับผิดชอบตนเองจึงมีเช่นเดียวกับเพศชาย ประกอบกับในยุคโลกาภิวัตน์ความก้าวหน้าด้านการสื่อสารในด้านต่างๆ เช่น โทรศัพท์ หนังสือและสิ่งพิมพ์เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้เท่าเทียมกันทั้งเพศหญิงและชาย จึงสนับสนุนที่ว่าเพศต่างกันไม่มีความแตกต่างจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณัส (2537) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ควิน จอห์นสันและมาร์ติน (Quinn, Johnson & Martin, 1996 cited by Heidrich, 1998) ที่พบว่าเพศหญิงมีการแสวงหาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลอื่น นอกจากนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอื่นๆนอกเหนือจากชมรมผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุหญิงไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ แต่มีการเข้าร่วมสังคมที่ไม่ใช่ชมรมผู้สูงอายุเช่น ไปวัด การสังสรรค์กับเพื่อน

สถานภาพสมรสกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลานและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 41.7 และ 27.5 ตามลำดับ (ตาราง 1) จากการศึกษาของ นภาพร (2538) ที่ศึกษาการอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดา และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของหนุ่มสาวไทย พบว่า วัยหนุ่มสาวยังมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรให้การดูแลในยามชรา หรือเจ็บป่วย โดยสนับสนุนด้านการเงิน ด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม จากข้อมูลทั่วไปการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนถึงร้อยละ 80 (ตาราง 2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิตา, (2535) ที่พบว่า เพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดด้วยการให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชมรมถึงร้อยละ 90 จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนได้ว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี (2536) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่ได้กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกทุกคนมีเสรีภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมตามความสนใจ และความสามารถของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมันต์ (2535) ที่พบว่าสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่

รายได้กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก การเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีการเก็บค่าบำรุงในการเป็นสมาชิกชมรม 30 บาท/คน/ปี ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในชมรมอื่นๆ และเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุจะได้รับการบริการสุขภาพตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยไม่คิดมูลค่า จากข้อมูลทั่วไป พบว่า ค่าใช้จ่ายในแต่ละครั้ง ซึ่งรวมทั้งค่าเดินทางและค่าอาหารโดยเฉลี่ย 40 บาท/คน/ครั้ง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลาน (ตาราง 1) จึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และบุตรหลานบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร (2538) พบว่าบิดามารดาสูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรอายุ 18 ปีหรือมากกว่า พบว่าบุตรให้การเกื้อหนุนด้านการเงิน ด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม จากเหตุผล ดังกล่าว จึงเป็นข้อสนับสนุนได้ว่า รายได้ไม่เป็นอุปสรรค ต่อจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องของการศึกษาของ สุมันต์, (2537) สาวิตรี (2536) โสภิตา, (2535) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม

การศึกษากับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกันจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่แตกต่างมากนัก จากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการศึกษาถึงร้อยละ 85.9 และไม่ได้รับการศึกษามีเพียงร้อยละ 14.2 (ตาราง 1) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมากมาย และสามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างมีเหตุผล ประกอบกับความก้าวหน้าในการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือหรือสิ่งพิมพ์เป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนได้ว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมันต์ (2537) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม เป็นการแสดงถึงประสบการณ์ของ

การรับรู้ ได้เห็น และได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ระยะเวลาานกว่าและมีจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น เกิดทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เพิ่มความสามารถในการจำและระลึกได้ (Rabbitt, 1998) ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี (จำเรียงและปราณี, 2536) แต่จากข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ชมรมผู้สูงอายุที่ศึกษา มีการจัดกิจกรรมเพียงเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งมีจำนวนน้อยมาก จึงไม่มีความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ทั้งที่บ้าน ชุมชน และในชมรม ประกอบกับการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัญหาสุขภาพ ความจำเป็นทางด้านครอบครัวและสังคม เช่น ต้องดูแลหลาน ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือต้องไปวัด ไปงานบวช งานแต่งงาน จึงไม่สามารถกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรมได้แน่นอนและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเป็นสมาชิกที่นาน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ทั้งหมด และในชมรม ดังนั้นจึงสนับสนุนได้ว่า ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมไม่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน คือมีภาวะสุขภาพดีหรือมีความเสื่อมเล็กน้อย (ตาราง 4) ดังนั้นภาวะสุขภาพดังกล่าวไม่มีผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน จึงขาดสิ่งจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่าคุณคนจะไม่ยอมปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณคนเองไม่มีความเสี่ยง หรือไม่มีปัญหามากนัก ปัญหา นั้นไม่รุนแรงพอและประโยชน์ที่ได้รับมีน้อย (Gochman, 1988; Jeanz & Becker, 1984) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นถึงร้อยละ 78.3 (ตาราง1) ซึ่งยังมีสุขภาพแข็งแรง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จากเหตุผลดังกล่าว จึงสนับสนุนได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรซเคสและคณะ (Rhodes, et al., 1999) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ว่าคุณภาพอ่อนแอและมีความเสื่อมอย่างมาก ผู้สูงอายุจะมีการยึดมั่นต่อการปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกาย นอกจากนี้ กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2541) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่ พบว่า หลังการให้โปรแกรมความแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการออกกำลังกายและโรคไม่ติดต่อ พบว่า กลุ่มทดลองมีแบบแผนการออกกำลังกายที่ดีกว่าก่อนทดลอง ทั้งในด้านความหนักเบา ความถี่และ

ระยะเวลาในการออกกำลังกาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอเล็กซี่ (Alexy, 1991) ได้ศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีจะไม่เข้าร่วมกิจกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมันต์ (2537) โสภิตา (2535) ที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณภาพดี มีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี จึงมาเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า

การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วม กิจกรรม การรับรู้ประโยชน์เป็นการที่บุคคลคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำเป็นลี้ งจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น (Pender, 1996; Rabbitt, 1998) แม้ว่าผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ตาราง 4) แต่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการจัด กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช นครศรีฯ มีการจัดกิจกรรมเดือนละ 2 ครั้ง และ ใน ระยะ 6 เดือน มีการจัดกิจกรรมเพียง 12 ครั้ง จะเห็นว่าจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่มี ความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมและไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ผลการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าปัญหาสุขภาพ ความจำเป็น ทางด้านครอบครัวและสังคม เช่นต้องดูแลหลาน ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไปวัด ไปร่วมงานบวช งานแต่งงานเป็นต้น จึงไม่สามารถกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรมได้แน่นอน ดังนั้น จึงสนับสนุนได้ ว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วม กิจกรรม

#### 4. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ และวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณ ได้ผล แยกต่างกัน กล่าวคือ ในสมการถดถอยพหุคูณ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้ ภาวะสุขภาพและภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบาย ความแปรปรวน ได้ร้อยละ 16, 3.1 และ 3.3 ตามลำดับ โดยที่ปัจจัยทั้งสาม ร่วมอธิบายความ แปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 22.5 โดยที่ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพต่ำ สำหรับการวิเคราะห์รายคู่ มีเพียงการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์



ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่าง การมีโรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อควบคุมปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม จึงทำให้พบความสัมพันธ์ของการมีโรคประจำตัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่และในสมการถดถอยพหุคูณ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมสูง มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงด้วย ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Rosenstock, 1990) จะเห็นได้ว่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ตาราง 4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮิดริค (Heidrich, 1998) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิริมา (2542) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง ทั้งนี้อธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพกระจายไปทางระดับต่ำ กล่าวคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมาธรรมชาติของผู้สูงอายุ ไม่มีผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง จึงไม่มีเหตุจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่าบุคคลจะไม่ยอมกระทำกิจกรรมใดๆ เมื่อบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีปัญหามากนัก ปัญหาที่ไม่น่ารุนแรงพอและประโยชน์ที่ได้รับมีน้อย ในทางตรงข้ามบุคคลจะยอมปฏิบัติกิจกรรมเมื่อรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงมีมาก ส่งผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตสูง และประโยชน์จากการปฏิบัติสามารถลดภาวะคุกคามต่อการดำเนินชีวิตได้ (Gochman, 1988; Jeanz & Becker, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรซเคสและคณะ (Rhodes, et al., 1999) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้สุขภาพอ่อนแอและมีความเสื่อมอย่างมาก จะมีการยึดมั่นต่อการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ (2538) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นไปทางเสื่อมสูง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมม (2540) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูง

ภาวะการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว และเป็นปัจจัยร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีโรคประจำตัว มีประสบการณ์และรับรู้ถึงความรุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรับรู้ถึงผลประโยชน์ของกิจกรรมที่เคยปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของโรคนั้น นอกจากนี้ภาวะการมีโรคประจำตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องไปพบบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ได้รับรู้เรื่องโรคและการดำเนินของโรค ตลอดจนคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น จึงเป็นการจูงใจกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่าการที่บุคคลจะยอมกระทำหรือไม่กระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และโรคนั้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี (Gochman, 1988; Janz & Becker, 1984) จึงแสดงพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior) โดยให้ความร่วมมือยอมรับคำแนะนำ ยอมรับการรักษา และปฏิบัติตามเพื่อลดความรุนแรงการของโรค และเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี (Becker, et al., 1977 cited by Holm, Frank & Curtin, 1999; Kals & Cobb, 1966 cited by Glanz, Lewis & Rimer, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์โคเนย์ และ ฮาร์ท (Cerkoney & Hart, no date cited by Janz & Becker, 1984) ได้ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความตั้งใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว

อายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสมาชิกชมรมส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมีอายุ 60 - 74 ปี ถึงร้อยละ 78 ซึ่งยังมีสุขภาพแข็งแรงและช่วยเหลือตัวเองได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโครงสร้างทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน มีวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีเดียวกัน จึงมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่คล้ายกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ (2537) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนในการดำเนินชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ (2538) ศิริมา (2542) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าและไม่สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ เกลิมส์ (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุศิริราช พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางกายภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ

เพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เพศที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 83.3 และประมาณครึ่งมีสถานภาพสมรส โดยรวมหม้าย หย่า แยก ดังนั้นบทบาทในการตัดสินใจ การรับผิดชอบเอง จึงมีเช่นเดียวกับเพศชาย ประกอบกับความก้าวหน้าด้านการสื่อสารในรูปแบบต่างๆมากมาย เช่น โทรศัพท์ หนังสือหรือสิ่งพิมพ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้เท่าเทียมกัน จึงสนับสนุนได้ว่าเพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ (2537) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวม เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิริมา (2542) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ควิน จอห์นสันและมาร์ติน (Quinn, Johnson & Martin, 1996 cited by Heidrich, 1998) ที่พบว่าเพศหญิงมีการแสวงหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลอื่น

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก จึงบทบาทในการตัดสินใจด้วยตัวเอง และส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุตรหลานร้อยละ 69 (ตาราง 1) จึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวบุตรหลานทั้งด้านการเงิน อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากรไทยในวัยหนุ่มสาว พบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบุตรหลานรวมทั้งตนเองควรรีให้การดูแลบุพการีในยามชราหรือเจ็บป่วย (นภาพร, 2538) จึงสนับสนุนว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ (2538) สิริมา (2542) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ (2537) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับแบบแผนด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียด

การศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต และสามารถตัดสินใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีเหตุผล ประกอบกับความก้าวหน้าในการติดต่อสื่อสารในรูปแบบต่างๆมากมายเช่น โทรศัพท์ หนังสือหรือสิ่งพิมพ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถเรียนรู้โดยผ่านสื่อต่างๆได้ด้วยตนเอง และจากข้อมูลทั่วไป

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการศึกษาถึงร้อยละ 85.9 และไม่ได้มีการศึกษามีเพียงร้อยละ 14.2 (ตาราง 1) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา (2542) ที่ศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วินสตรา (Veenstra, 2000) ที่ศึกษาความแตกต่างของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 534 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ รตสุคนธ์ (2537) พวงเพ็ญ (2538) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า

รายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวและ บุตรหลาน (ตารางที่ 1) ดังนั้น จึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร (2538) พบว่าบิดามารดาสูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรอายุ 18 ปี หรือมากกว่า พบว่า บุตรให้การเกื้อหนุนด้านการเงินด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม ประกอบกับการเข้าเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ เสียค่าใช้จ่ายน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับชมรมอื่นๆ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจทั้งดีและไม่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จึงสนับสนุน รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบริดี และไนร์ (Brady & Nies, 1999) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุเพศหญิงที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีและไม่ดี จำนวน 85 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เศรษฐกิจไม่ดี นอกจากนี้จากการศึกษาของ พวงเพ็ญ (2538) รตสุคนธ์ (2537) ศิริมา (2542) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ สูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า

จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้จาก การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มีการจัดกิจกรรมเดือนละ 2 ครั้ง และในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา มีการจัดกิจกรรมเพียง 12 ครั้งเท่านั้น จะเห็นว่าจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีความต่อเนื่อง และไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจน ประกอบกับผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ความจำเป็นในฐานะ เป็นสมาชิกครอบครัวและสังคม เช่น ต้องดูแลบ้าน ดูแลผู้ป่วย ไปวัด ไปร่วมงานหรืองานแต่งงานเป็นต้น จึงไม่สามารถกำหนดการ

เข้าร่วมกิจกรรมได้แน่นอน แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่กระจายในระดับสูง คือมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งให้เห็นว่า การรับรู้จากการได้เห็นและการร่วมปฏิบัติกิจกรรมในชมรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ทั้งที่บ้าน ชุมชน และในชมรมผู้สูงอายุ จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนได้ว่า จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ไม่พบว่า มีการศึกษาจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่มีการศึกษาในภาพรวมของการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีแบบแผนชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม (รสสุคนธ์, 2537)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้รู้ภาวะสุขภาพและภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในการจัดกิจกรรมบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพความเกี่ยวข้องในการเกิดโรคและความรุนแรงโรค ตลอดจนส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น นำเป็นส่วนสำคัญให้ผู้สูงอายุตระหนัก และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากประชากรที่ศึกษานี้ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะและโครงสร้างทางสังคมคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีการศึกษาไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตพื้นที่ และชนบทชนนิยมประเพณีเดียวกัน มีแบบแผนในการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน จึงไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงควรศึกษาซ้ำเพิ่มเติม ในกลุ่มสมาชิกชมรมหลายชมรม เพื่อให้เกิดความแตกต่างของลักษณะกลุ่มประชากรที่ศึกษา และสามารถนำไปอ้างอิงได้กว้างขวางมากขึ้น นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีการจัดกิจกรรมเพียง 12 ครั้ง เป็นจำนวนไม่มากพอที่ทำให้เกิดความแตกต่างอย่างชัดเจนได้ จึงควรมีการศึกษาซ้ำเพิ่มเติมในชมรมที่มีการจัดกิจกรรมมากพอ และรูปแบบของกิจกรรมในชมรม มีความแตกต่างจากการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอื่นได้

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 120 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยแจกแจงความถี่ คำนวณหาร้อยละ คำนวณ คะแนนรวม คำมัชฌิมเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมตามปัจจัยส่วนบุคคลโดยทดสอบค่าเอฟและทดสอบที และวิเคราะห์ความแปรปรวนจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 60- 90 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสโดยรวม หม้าย หย่า หรือแยก จบประถมศึกษา นอกจากนี้พบว่าสมาชิกชมรมส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้าน และมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่มีความเพียงพอในการใช้จ่าย และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรหรือหลาน

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายคู่และการวิเคราะห์ในสมการถดถอยพหุคูณที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง และภาวะการมีโรคประจำตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมได้ร้อยละ 5 ( $R^2 = .05$ , Beta = -1.61)

3. ปัจจัยคัดสรรเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการวิเคราะห์รายคู่และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เป็นรายคู่มีเพียงตัวเดียวคือ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนในสมการถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุข และภาวะการมีโรคประจำตัว อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 16, 3.1 และ 3.3 ตามลำดับ โดยที่ปัจจัยทั้ง 3 ร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 22.5 ( $R^2 = .225$ ,  $p < .01$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วม กิจกรรมสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง มีแนวโน้มคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ

#### ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำมาปรับปรุงการจัดกิจกรรมและบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุดังนี้

##### 1. การจัดกิจกรรม

1.1 การกำหนดวันกิจกรรม จากการสอบถามปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า อุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สำคัญคือ ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมและชุมชน เช่นการไปวัด งานบวช งานศพ หรืองานแต่งงาน เป็นต้น ดังนั้นการวางแผนเพื่อกำหนดวันจัดกิจกรรมของชมรม ควรมีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุโดยหลีกเลี่ยงวันที่ตรงกับวันพระหรือวันสำคัญทางศาสนา หรือวันสำคัญอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางค้ำต้นสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมมากขึ้น

1.2 การกำหนดลักษณะกิจกรรม การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมวิชาการ กิจกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมนันทนาการ โดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา ควรจัดให้มีทุกครั้งของการจัดกิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมทางศาสนาเป็น

กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ จึงเป็นกิจกรรมที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น กิจกรรมวิชาการ ควรจัดให้มีกิจกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเชิญนักวิชาการหรือผู้ทรงคุณวุฒิจากผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ความรู้ หรือร่วมกันแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน กิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสะดวกในการเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรม และเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย สุกท้ายกิจกรรมนั้นทนาการ ควรจัดกิจกรรมตามอรรถาสัย ตามความชอบของผู้สูงอายุ เช่นการจัดกลุ่มดนตรีไทย เย็บปักถักร้อยการเล่นเกมส์ เป็นต้น

1.3 จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง ดังนั้นควรจัดกิจกรรมบริการเชิงรุกให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมได้ เช่นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาตัวที่บ้าน หรือกลุ่มค้อยโอกาส โดยการจับบริการสุขภาพที่เริ่มที่บ้าน (home health care) ดำเนินการ โดยจัดกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุ ร่วมกับทีมสุขภาพสุขภาพที่เริ่มที่บ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ

1.4 จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะการมีโรคประจำตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี จะต้องให้ผู้สูงอายุตระหนัก และรับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม เช่นการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและมีสุขภาพที่ดีขึ้น มาให้คำแนะนำและร่วมแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้สูงอายุอื่นๆ นอกจากนี้จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนหรือในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยการจัดนิทรรศการเคลื่อนที่อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี

## 2. เป็นแนวทางในการวิจัยด้านอื่นๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาซ้ำในชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ที่มีจำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมที่มากพอสามารถเห็นความแตกต่างของจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมได้ชัดเจนมากขึ้น

2.2 ศึกษาปัจจัยและรูปแบบของกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุตระหนัก และเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี



## บรรณานุกรม

- กรกานต์ ป้อมบุญมี. (2538). ผลการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2537). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2537. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). เกณฑ์พัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลยา คันติศลาชีวะ. (2542). การดูแลตนเองในวัยสูงอายุ. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสาธารณสุข, 10(1), 1-12.
- เกษม และกุลยา คันติศลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : อนุการพิมพ์.
- กองสุขศึกษา, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2541). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพมหานคร : ชุมชุม สหกรณ์แห่งประเทศไทย.
- กองส่งเสริมสุขภาพ. (2534). คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานชมรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2538). ประมวลประเด็นการวิจัยและบรรณานุกรมเอกสารการวิจัย เรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สุกวนิชการพิมพ์.
- งานทะเบียนราษฎร, เทศบาลนครนครศรีธรรมราช. (2540). สถิติประชากรในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช : เอกสารอัดตำนาน.
- จินดา บุญช่วยเกื้อ. (2541). ใน สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (บรรณาธิการ), สุขภาพเพื่อชีวิต. (หน้า 61-93). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

จินตนา สงค์ประเสริฐ. (2538). ผู้สูงอายุ. พะเยา : มูลนิธิศูนย์ฝึกอบรมเกษตรกรกรรมและอาชีพ.

จำเรียง กรุมะสุวรรณ. (2532). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ประชากรผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

จำเรียง กรุมะสุวรรณ และ ปราณี จาคีเกตุ. (2536). ความจำเสื่อมและภาวะสับสน. ในจรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (หน้า 359-362). กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม.

เฉลิมศรี สุขสมบูรณ์. (2539). พฤติกรรมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทฤษฎีการศึกษาศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

ชนมน สุขชีวิน. (2540). การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทสงขลา. สงขลา. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ชมรมผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. (2541). ทะเบียนผู้สูงอายุ. อุดตานา.

ชมรมผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2542). ทะเบียนผู้สูงอายุ. อุดตานา.

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2532). สรีระวิทยาผู้สูงอายุเพื่อให้อายุยืน. กรุงเทพมหานคร : สุขวานิชการพิมพ์.

ดวงเดือน พันธุโยธี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

คุณฤดี เมธังกูโร. (ม.ป.ป.). สมาธิและการฝึกจิต : การทำสมาธิในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภาจัดพิมพ์.

ทัศนีย์ รัชยา. (2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน. ตรีหมั่น อ.แม่ริม จ. เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ธาราทิพย์ โล่ห์พานิช. (2541). ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุดรดิศต์ จังหวัดอุดรดิศต์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ธีรนนท์ ถึงท์เฉลิม. (2537). ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นพวรรณ จงวัฒนา เกื้อ วงศ์บุญสิน และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล. (2541). แบบแผนการเจ็บป่วย และนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ. (2538). การอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเคล. (2539). รายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา บุญมาเลิศ. (2542). การให้ความหมายสุขภาพการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

นิตา ชูโต. (2525). คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช. (2532). พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอายุยืน. กรุงเทพมหานคร : สามดีการพิมพ์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2533). สุขภาพผู้สูงอายุ. คลินิก, 6(6), 432-436.

บรรลุ ศิริพานิช. (2537). 20 ปัญหาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์ โคมไฟ.

บรรลุ ศิริพานิช. (2539). ชมรมผู้สูงอายุการศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร : วิทยุอาณ.

บุษยมาศ สิริประมา (2539). สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่ : สมพรการพิมพ์.

ประนอม โอทยานนท์ และ จิราพร เกิดพิชวัฒนา. (2537). การศึกษาความต้องการการพยาบาลผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนและประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.

ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรวัชรรัตน์, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และ มาตี กาญจนกิจสกุล. (2543). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. วารสารประชากรและสังคม, 8(2), 1-16.

ปาริรัตน์ พรทวีกันหา. (2541). แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เปรมฤดี ศรีราม. (2539). ศึกษาความว้าเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

พวงเพ็ญ เทือกสวัสดิ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พิชญากรณ์ มูลศิลป์. (2537). ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ. วารสารพยาบาล, 43 (2), 119-131.

พุทธทาสภิกขุ. (2542). พุทธศาสนาคืออะไร. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ธรรมสภา.

พุดตินันท์ เหลืองไพบุรณ. (2530). การจัดบริการสวัสดิการสังคมในผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ขัมภลิจิต และ ทศนีย์ นະແສ. (2532). วิจัยทางการพยาบาล : หลักและกระบวนการ. สงขลา : วิลลาเยเพรส.

เพื่อนใจ รัตนากร. (2539). กิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพยง พรหมโอบและ วันดี โภคกุล. (1995). ผลการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงฆ์. วารสารกรมการแพทย์, 20(12), 417-421.

รสสุคนธ์ แสงมณี. (2537). การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.

ลดาวัลย์ รามเมฆ. (2533). งานบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยาสาร พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด, 15 (4), 25-29.

เลอศิลป์ อักษรศรี. (2542). ไข่แก้ว. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่ : เบลโล่การพิมพ์จำกัด .

วนิดา อินทราชา. (2538). ผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2534). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ : สถาบันชีวิต วิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้สถานะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วันดี ธารมาศ, สมพิศ สมจิต, และ รัชฎี จันทร์เพชร. (2538). การศึกษาพฤติกรรม สุขภาพ ของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้าจันทบุรี. สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข, จันทบุรี.

วิทยาลัยพยาบาลสงขลา. (2533). เอกสารแนะนำวิทยาลัยพยาบาลสงขลา. สงขลา : วิทยาลัยพยาบาล.

วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2536). ความพึงพอใจและความคิดเห็นของ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, อุบลราชธานี.

ศรีจิตรา บุนนาค. (2530). การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ : ผลกระทบต่อของสุขภาพ ค่อบทบาทของผู้สูงอายุไทยในการพัฒนาสังคม. แพทย์สภาสาร, 16(7), 351-359.

ศรีวรรณ ตันศิริ และคณะ. (2535). ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความ ซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในอาสนะเวศน์ : จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 6(1), 32 - 39.

ศลิพัฒน์ ยอดเพชร. (2534). แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : กรุงเทพมหานคร.

ศิริพร ชัมภลิจิต. (2535). แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. สงขลา : อติลาชัยเพรส.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดู และการดูแลผู้สูงอายุของหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิไส ศรีสะอาด. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2540). รายงานพิเศษ : สัมผัสผู้ดูแลรายปีดัชนีคนไทยอายุยืน. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์และเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). รวบรวมบทความวิจัยและวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน พ.ศ. 2530-2540. กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2534). การวิจัยทางสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสุขภาพศึกษา, 14(55), 1-9.

สาวิตรี ถิ่นชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์คุณวุฒิบัณฑิต สาขาพัฒนาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, กรุงเทพมหานคร.

สุดา วิไลเลิศ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). สถานะประชากรผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศุมนัส วงศ์กัญชร. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรื. (2541). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. (2540). สถิติข้อมูลด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. อัคราณา.

โสภิตา เมธาวิ. (2535). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุเมืองพล จ.ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

Agucro, T.H., at al. (1998). Dementia is the major cause of function dependence in the elderly: 3 – year follow-up data from a population based study. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1452–1456.

Alexy, B.B. (1991). Factors associated with participation or nonparticipation in a workplace wellness center. *Journal of Research in Nursing and Health*, 44(1), 53-60.

Barrow, G.M., & Smith, P.A. (1979). *Aging ageism and society*. St. Paul : West Publishing.

Birren, J.E., & Sloane, R.B. (1980). *Handbook mental health and aging*. Englewood : Prentice – Hall.

Boland, C.S. (1998). Paris nursing: Address the significance of social support and spirituality for sustained health promotion behavior in the elderly. *Journal of Holistic Nursing*, 16(3), 355-368.

Bond, D., & Ringsven, M.K. (1991). *Gerontology and leadership skills for nurses*. Philadelphia : Delma.

Bonddervik, M., & Scogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20 (3), 325-345.

Brady, B., & Nies, M.A. (1999). Health promoting lifestyles and exercise : A comparison of African above and below poverty level. *Journal of Holistic Nursing*, 17(2), 197-207.

Carison, J.E., et al. (1999). Disability in older adults : Physical activity as prevention. [CD-ROM]. *Behavior Medicine*, 24(4), 157-168. Abstract from : Med-line : 0896-4289.

Cherry, K.E., & Lecompte, D.C. (1999). Age individual differences influence prospective memory. [CD-ROM]. *Psychology Aging*, 14(1), 60-76. Abstract from : Med-Line : 0882-7974.

Cochran, A. (1998). Response to urinary incontinence by older persons living in the community. [CD-ROM]. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 25(6), 296 – 303. Abstract from : Med-Line : 1071-5754.

Coleman, E.L., et al. (1997). Recruiting African-American older adults for a community-base health promotion intervention: which strategies are effective?. *American Journal of Previous Medicine*, 13(6), 51-56.

Conn, V.S. (1998). Older woman 's beliefs about physical activity. *Public Health Nursing*, 15(5), 370-378.

Cormack, D.F.S. (1985). Activity: In D.F.S. Cormack (Eds.), *Geriatric nursing: A conceptual approach*. (pp.160-171). London : Blackwell Scientific.

Davidoff, L.L. (1987). *Introduction to psychology*. (3rd ed.). Philadelphia : McGraw Hill Book Company.

Dunn, A.L., Anderson, R.E., & Jakicic, J.M. (1998). Lifestye physical activity intervention: History short and long term effects and recommendation. [CD-ROM]. *American Journal of Previous Medicine*, 15(4), 398-412. Abstract from : Med-Line : 0749-3793.

Eliopoulos, C. (1987). *Gerontological nursing*. (2nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

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

Ferguson, K., et al. (1989). Attitudes, knowledge, and beliefs as predictors of exercise intent and behavior in schoolchildren. *Journal of School Health*, 59(3), 112-115.

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

Frank-Stromberg, M., et al. (1990). Determinant of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science and Medicine*, 31(10), 1159-1168.



Gillis, A.J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: An integrative review. *Journal of Advance Nursing*, 18, (3). 345 -353.

Glanz,K., Lewis,F.M., & Rimer,B.K. (1990). **Health behavior and health education.** London : Jossey-Bass.

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

Haponik, E.F. (1994). Sleep problem. In W.R Hazzard, E.L Bierman, J.P Blass, E. Hinger & J.B Halted (Eds.). **Principle of geriatric medicine and gerontology.** (pp1213-1227). Philadelphia : McGraw-Hill Book Company.

Heidrich, S.M. (1998). Health Promotion in Oldage. *Annual Review of Nursing Research*,16 , 173-195.

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

Hillerras, P.K., Jorm, A.F., Herlitz, A. & Winblad, B. (1999). Activity patterns in very old people: A survey of cognitively intact subjects ages 90 years or older. [CD-ROM]. *Age Aging*, 28(2) : 147-52. Abstract from : Med-Line : 0002-0729.

Hogstel, M.O., & Kasha, M. (1989). Staying health after 85. *Geriatric Nursing*, 10 (1), 216-218.

Holm, C.J., Frank,D.L., & Curtin,J. (1999). Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*, 22(2) ,149-156.

Howell, T. (1998). Emotional and behavior problem. In E.H. Duthie & P.R Katz (Eds), **Practice of Geriatrics** (pp. 296). New York: W.B. Saunders Company.

Janz, N.K., & Becker, N.C . (1984). Health belief model: A decate later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Kasl, S.L., & Cobb,S. (1966). Health behavior: Illness behavior. *Archives Environment Health*, 12(Feb), 246-261.

Krause, N., Dayton, B.I. & liang, J. (1999). Religious social support, and health among Japanese. *Journal of Health and Social Behavior*, 40 (4) . 405-421.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping.** New York : Springer.

Lemom, B.W., Bengtson, V.L., & Peterson, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-move to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523.

Leveill, S.G., et al. (1998). Prevention disability and managing chronic illness in frail older adults: A randomized trial of a community – base partnership with primary care. [CD-ROM]. *Journal of American Geriatrics Society*, 46(10), 1191-1198. Abstract from: Med-Line : 0002-8614.

Linn, M.W. & Linn, B.S. (1987). Self – evaluation of life function of scale. *Journal of Gerontology*, 39(5), 603 –612.

Loveing, G.L. & Pascucci, M. (1997). Ingredient of an old healthy life. *Journal of Holistic Nursing*, 15 (2), June. 199-213.

Mattesan, M.A., Mc Connell, E.S. & Linton, A.D. (1997). *Gerontological Nursing*. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

McWalter, M. (1990). *Understanding psychology*. New York : Mc.Graw Hill Company.

Miller, C.A. (1995). *Nursing care of older adults: Theory and practice*. (2nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company .

Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concept of practice*. St. Louis : Mosby.

Pender, N.J. (1987, 1996). *Health promotion in nursing practice*. (3rd ed). St. Louis : C.V. mosby.

Pender, N.J., et al. (1990). Predicting health promotion lifestyles in the work place. *Nursing Research*, 39(6), 326-332.

Polit, D.F. (1996). *Data analysis and statistics for nursing research*. Philadelphia : Appleton & Lange.

Quinn, V.N. (1985). *Applying psychology*. New York : McGraw Hill Book Company.

Rabbitt, P. (1998). Aging of Memory. (5th ed.). In T. Raymon & F. Howard (Eds), *Geriatric medicine and gerontology* (pp124-149) . Philadelphia : Churchill Livingstone .

Rhodes, R.E., et al. (1999). Factor associated with exercise adherence among elderly adults: An individual perspective. [CD-ROM]. *Sports Medicine*, 28(6) 397-411. Abstract from: Med-Line : 0112-1642.

Riccio & Howe, L.A. (1991). Health value , health locus control and cure to action as predictors of adolescent safety belt use. *Journal of Adolescent Health*, 12, 256-262.

Riffle, K.L., Yoho, J. & Sams, J. (1989). Health promoting behaviors: Perceived social support, and self – report health of appalachian elderly. *Public Health Nursing*, 6(4), 204-211.

Rosenstock, I.M. (1990). The health belief model explaining health behavior though expectancies. (39-36). In K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds), *Health behavior and health education*. New York : Jossey-Bass.

Sartain, A.O., et al. (1973). *Psychology: Understanding human behavior*. Tokyo : Mc.Graw Hill Kosakusha.

Sarwari, A.R., Freman, L., Langenberg, P. & Magaziner, J. (1998). Prospective study on the relational health status of elderly woman. *American Journal of Epidemiology*, 147(4): 370-378. Abstract from: Med-Line : 0002-9262.

Schoenfelder, D.P. (1997). A Fall prevention educational program for community dwelling seniors. *Public Health Nursing*, 14(6), 383 – 393.

Schone, B.S., & Weinick, R. M. (1998). Health related behaviors and benefits of marriage for elderly persons. *Gerontologist*, 17(6), 4-6.

Smith, J. A. (1983). *The idia of health*. Philadelphia : Teacher College.

Snider, E.L. (1980). Awareness and use of health services by the elderly. *Medical Care*, 18(2), 1177-1182.

Spitzer, W.O. (1987). State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 465-471.

Stewart, A.L., et al. (1998). Evaluation of CHAMP, a physical activity promotion program for older adults. *Annual Behavior Medicine*, 19(4), 353 – 361.

Stewart, A.L., & Ware, J.E. (1992). *Measuring function and well-being*. Philadelphia : Duck University Press.

Susan, M.H. (1998). Older woman's lives thoughtime. *Advances in Nursing Science*, 20(3), 65 –75.

Taylor, M.C. (1982). *Essentials psychiatric nursing*. St. Louis : The V.C. mosby.

Torres, H.A., et al. (1998). Dementia is the Major Cause of functional dependence in the elderly: 3-Year follow-up data from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1452-1456.

Unger, J.B., Johnson, C.A. & Marks, G. (1997). Functional decline in the elderly: Evidence for direct and stress-buffering protective effects interactions and physical activity. [CD-ROM]. *Annual Behavior Medical*, 19(2), 152-60. Abstract from : Med-Line : 0883-6612.

Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. [CD-ROM]. *Social Science Medicine*, 50(5), 619-629. Abstract from : Med-Line : 0277-9536.

Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1987). Health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.

Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1988). Health Promoting lifestyles of older adult : Comparisons with young and middle – aged adults, correlates and pattern. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 76-90.

Wong, M.L., Wee, S., Pin, C.H., Gan, G.L. & Ye, H.C. (1999). Sociodemographic and lifestyle factors associated with constipation in an elderly Asian community. [CD-ROM]. *American Journal of Gastroenterology*, 94(5), 1283-1291. Abstract from : Med-Line : 0002-9270.

World Health Organization. (1988). *Health promotion for working population*, 765, Switzerland : World Health Organization .

World Health Organization. (1995). *Epidemiology and prevention of cardiovascular disease in elderly people*, Switzerland : World Health Organization.

Yasuda, N., et al. (1997). Relation of social network characteristics to 5-Year mortality among young-old versus old-old white women in an urban community. *American Journal of Epidemiology*, 145(6), 516-523.

Yrick, A.C. (1987). *The age person and the nursing process*. Philadelphia :  
Appleton & Lang.

Zauszniewski, J.A. (1996). Self-help and help-seeking behavior patterns in elder.  
*Journal of Holistic Nursing*, 14 (3), 223-236.

## ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก.

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. น.พ. บรรลุ ศิริพานิช ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ
2. ผศ. พ.ญ. รัตนา ลีลาวัดมณา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร. วิภาวี คงอินทร์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. อาจารย์ ทัศรียา ไชยลังกา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. นางศิริวิไล พุทธพันธ์ ประธานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข.

ใบพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้าวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิโดยการแนะนำตัวและชี้แจง ก่อนการคัดเลือก  
เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“ สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาว นิชกานต์ ชันขาว เป็นนักศึกษาปริญญาโทคณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมและ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช  
นครศรีธรรมราช เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป  
จึงขออนุญาตสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 90 นาที ท่านมีสิทธิ์ตอบรับหรือ  
ปฏิเสธการสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้ และในระหว่างการสัมภาษณ์หากท่านไม่พอใจ หรือไม่ต้องการที่จะ  
สัมภาษณ์ต่อจนครบ ท่านสามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ โดยจะไม่มีผลใดๆและคำตอบของ  
ท่านดิฉันถือว่าเป็นความลับ โดยจะแสดงให้เห็นผู้อื่นทราบเป็นผลรวมต่อการวิจัยเท่านั้น

ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

ผู้สูงอายุ.....

.....



## ภาคผนวก ค.

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง : การเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ  
ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

คำชี้แจงแบบสอบถาม แบบสอบถามฉบับนี้ ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อย่างน้อย 6 เดือน นับจากวันที่สัมภาษณ์ และมีความยินยอมในการทำวิจัย คำตอบที่ได้มาจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม และคำตอบที่ได้มาจากท่านจะเป็นความลับ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และหาแนวทางในการปรับปรุงในการจัดบริการและส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุต่อไป

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.2 การเข้าร่วมกิจกรรม และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่4. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่5.คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ข้อคำถามแต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของบุคคล ให้ผู้ตอบถามทำเครื่องหมาย

(✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความตรงกับข้อมูลที่ผู้สูงอายุตอบ

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล.....  1 2 3

สถานที่อยู่.....

วันที่ยกเลิก.....

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง  4

2. อายุ.....  5-6

3. สถานภาพสมรส  7

( ) 1. โสด ( ) 3. หม้าย-หย่า-แยก

( ) 2. คู่

4. เชื้อชาติ  8

( ) 1. ไทย ( ) 3. อื่นๆ

( ) 2. จีน

5. ศาสนา  9

( ) 1. พุทธ ( ) 3. คริสต์

( ) 2. อิสลาม ( ) 4. อื่นๆ

6. ระดับการศึกษา  10

( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 3. มัธยมศึกษาขึ้นไป

( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 4. อนุปริญญาขึ้นไป

( ) 5. ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

7. อาชีพในปัจจุบัน  11

( ) 1. เกษตรกรรม 4. รับจ้าง

( ) 2. ค้าขาย 5. งานบ้าน

( ) 3. ราชการบำนาญ

8. รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 12
- ( ) 1. น้อยกว่า 1000 บาท ( ) 3. 2,001 – 5,000 บาท  
( ) 2. 1001 – 2000 บาท ( ) 4. มากกว่า 5,000 บาท
9. มีแหล่งรายได้จาก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) 13-14
- ( ) 1. การประกอบอาชีพ  
( ) 2. บำนาญ  
( ) 3. บุตร  
( ) 4. อื่นๆ.....
10. จากข้อ 8 มีความเพียงพอในการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันหรือไม่ 15
- ( ) 1. ไม่พอใช้ ( ) 3. เหลือใช้  
( ) 2. พอใช้
11. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร 16
- ( ) 1. อยู่คนเดียว ( ) 4.สามี / ภรรยา และบุตร  
( ) 2. บุตรหลาน ( ) 5. อื่นๆ.....  
( ) 3. สามี/ภรรยา
12. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ หรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคเก๊าท์) 17
- ( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มีระบุ.....
13. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อใครบ้าง เพราะเหตุใด 18  
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) 1.ตนเอง เพราะ.....  
( ) 2.ครอบครัว เพราะ.....  
( ) 3.เพื่อนบ้าน เพราะ.....  
( ) 4. ไม่มีผลกระทบ

## 1.2 การเข้าร่วมกิจกรรมและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

การเข้าร่วมกิจกรรม14. ใครเป็นผู้แนะนำให้ท่านสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ..... 19

- ( ) 1 สมาชิกครอบครัว/ญาติ  
 ( ) 2.เพื่อน  
 ( ) 3. เจ้าหน้าที่ชมรม/ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ  
 ( ) 4. อื่นๆ เช่นสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ไปสเตอร์ เป็นต้น

15. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมาแล้วกี่.....ปี.....เดือน 2016. ท่านเดินทางมาชมรมโดย -21-22

- ( ) 1. เดินทางมาโดยตนเอง ( ) 1.1 รถยนต์ส่วนตัว  
 ( ) 1.2 รถโดยสารประจำทาง  
 ( ) 1.3 เดินมาเอง  
 ( ) 2 สมาชิกครอบครัวมาส่ง ( ) 2.1 รถยนต์ส่วนตัว  
 ( ) 2.2 รถโดยสารประจำทาง  
 ( ) 2.3 เดินมาส่ง

17. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาชมรมผู้สูงอายุ 23

- ( ) 1. น้อยกว่า 15 นาที ( ) 3. มากกว่า ครึ่งชั่วโมง  
 ( ) 2. 15 - 30 นาที ( ) 4. มากกว่า หนึ่งชั่วโมง

18. ในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อครั้งโดยประมาณ 24-25

ค่าเดินทาง.....บาท

ค่าอาหาร .....บาท

อื่นๆ.....

รวมค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งโดยประมาณ.....บาท

### จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม

19. ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช มีการจัดกิจกรรมเดือนละ 2 ครั้งรวม 12 ครั้ง ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ.....ครั้ง

20. ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างไร

ลักษณะกิจกรรม	ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรม			
	ทุกครั้งหรือเป็นส่วนใหญ่	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยเข้าร่วม	สำหรับผู้วิจัย
20.1 กิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระและทำสมาธิ				( ) 27
20.2 กิจกรรมออกกำลังกาย โทเท็ก				( ) 28
20.3 กิจกรรมให้ความรู้ทางด้านวิชาการ				( ) 29
20.4 ท่านเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ (เล่นเกมส์ ร้องเพลง)				( ) 30

## ส่วนที่ 2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามนี้ต้องการทราบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 6 เดือนนับจากวันสัมภาษณ์ โดยให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ ต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยให้พิจารณาข้อความใดตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ให้ทำเครื่องหมายถูก( ✓ ) ลงหน้าข้อความแต่ละข้อความ ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบ 3 คำตอบคือ

- มาก = 3 หมายถึงผู้สูงอายุมีความเห็นว่ามีภาวะสุขภาพตรงกับข้อคำถามมาก  
 ปานกลาง = 2 หมายถึงผู้สูงอายุมีความเห็นว่ามีภาวะสุขภาพตรงกับข้อคำถาม  
 ปานกลาง/บางส่วน  
 น้อย = 1 หมายถึงผู้สูงอายุมีความเห็นว่ามีภาวะสุขภาพตรงกับข้อคำถามน้อย

### ตัวอย่าง

ลำดับ ที่	ข้อความ	มาก	ปาน กลาง	น้อย	สำหรับผู้ วิจัย
0.	ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถลุกนั่ง หรือ เดินอย่างรวดเร็ว	✓			

## แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ลำดับที่	ข้อความ	ระดับภาวะสุขภาพ					
		มาก		ปานกลาง		น้อย	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
	<b>การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย</b>						
1	ท่านรู้สึกว่าการมองเห็นไม่ชัดเจนเหมือนเดิม	23	(19.2)	62	(51.7)	35	(29.2)
2	ท่านรู้สึกว่าการได้ยินเสียงต่างๆลดลง	17	(14.2)	43	(35.8)	60	(50.0)
3	ท่านรู้สึกว่าการเคี้ยวและการกลืนอาหารไม่ได้	22	(18.3)	54	(45.0)	44	(36.7)
4	ท่านรู้สึกว่าการรับรู้รสชาติของอาหารไม่ได้	12	(10.0)	47	(39.2)	61	(50.8)
5	ท่านมีอาการจางเวียนหน้ามืดบ่อย	16	(13.3)	31	(25.8)	72	(60.0)
6	ท่านถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้งกว่าเดิม	20	(16.7)	48	(40.0)	52	(43.3)
7	ท่านมีภาวะท้องผูกบ่อย	18	(15.0)	38	(31.7)	64	(53.3)
8	ท่านนอนหลับยาก หรือนอนหลับๆตื่นๆ	21	(17.5)	60	(50.0)	39	(32.5)
9	ท่านมีอาการหลงลืมง่าย	20	(16.7)	59	(49.2)	41	(34.2)
10	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพตัวเองมีสุขภาพอ่อนแอลง	14	(11.7)	68	(51.7)	44	(36.7)
	<b>การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม</b>						
11	ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง ต้องพึ่งพาบุตรหลาน	7	(5.8)	47	(39.2)	66	(55.0)
12	ท่านพบปะญาติสนิท เพื่อน น้อยลง	20	(16.7)	52	(43.3)	48	(40.0)
13	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง	23	(19.2)	42	(35.0)	55	(45.8)
	<b>การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ</b>						
14	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจและเศร้าใจบ่อยๆ	7	(5.8)	39	(32.5)	74	(61.7)
15	ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย	15	(12.5)	49	(40.8)	56	(46.7)

### ส่วนที่3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามนี้ต้องการทราบ ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านบวกหรือผลประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ ให้พิจารณาข้อความโดยตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ให้ทำเครื่องหมายถูก ( ✓ ) ลงหน้าข้อความ ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบ 3 ระดับ คือรับรู้ประโยชน์มาก รับรู้ประโยชน์ปานกลาง รับรู้ประโยชน์น้อย

มาก หมายถึงผู้สูงอายุมีความเห็นว่าได้ประโยชน์ตรงตามข้อคำถามมาก  
 ปานกลาง หมายถึงผู้สูงอายุมีความเห็นว่าได้ประโยชน์ตรงตามข้อคำถามปานกลาง  
 น้อย หมายถึงผู้สูงอายุมีความเห็นว่าได้ประโยชน์ตรงตามข้อคำถามน้อย

เลข ที่	ข้อความ	ระดับรับรู้ประโยชน์					
		มาก(3)		ปานกลาง(2)		น้อย(1)	
		N	%	N	%	N	%
1.	ท่านได้รู้จักและพูดคุยกับเพื่อนสมาชิกในชมรมเพิ่มขึ้น	77	(64.2)	43	(35.8)	-	-
2.	ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม	97	(80.8)	22	(18.3)	1	(.8)
3.	ท่านสนุกสนานรื่นเริงเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม	83	(69.2)	34	(28.3)	3	(2.5)
4.	ท่านมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นตามบทบาทของตนเองอย่างเต็มที่	46	(38.3)	56	(46.7)	18	(5.0)
5.	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	73	(60.8)	44	(36.7)	3	(2.5)
6.	ท่านออกกำลังกายได้เหมาะสมกับตนเอง	67	(55.8)	50	(41.7)	3	(2.5)
7.	ท่าน ได้ทราบชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับตัวท่าน	75	(62.5)	45	(37.5)	-	-
8.	ท่านรู้สึกสนใจสุขภาพตนเองมากขึ้น	86	(71.1)	34	(28.3)	-	-
9.	ท่านรู้สึกว่ามีร่างกายแข็งแรงขึ้น	59	(49.2)	55	(45.8)	6	(5.0)
10.	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภูมิใจที่ได้นำปัญหาประโยชน์ต่อสังคม	79	(65.8)	40	(33.3)	1	(.8)



#### ส่วนที่ 4. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสอบถามนี้ต้องการทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 6 เดือน สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ในการเลือกข้อความกระทำโดยพิจารณาข้อความใดตรงกับความรู้สึก และการกระทำมากที่สุด ให้ทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องว่าง ซึ่งแต่ละข้อความมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง ไม่เคยเลย และโปรดตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึงผู้สูงอายุมีการกระทำตามข้อความนั้นเป็นประจำ  
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึงผู้สูงอายุมีการกระทำตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง  
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึงผู้สูงอายุไม่เคยกระทำตามข้อความนั้นเลย

#### ตัวอย่าง

ลำดับที่	ข้อความ	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ			
		เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
0.	ทำนุบำรุงหรือ	✓			

## แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ					
	ไม่ประจำ (3)		เป็นประจำ (2)		ไม่เคยเลย (1)	
	N	%	N	%	N	%
<b>การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป</b>						
1. ทำนอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง	91	(75.8)	27	(22.5)	2	(1.7)
2. ทำนแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง หรือบ้วนปากหลังอาหารทุกมือ	95	(79.2)	25	(20.8)	-	-
3. ทำนดูแลเล็บมือ เล็บเท้าอยู่เสมอ	114	(95.0)	6	(5.0)	-	-
4. ทำนดูแลความสะอาดและจัดที่นอน ก่อนเข้านอน-หลังตื่นนอน	106	(88.3)	14	(11.7)	-	-
5. ทำนสวมหมวกหรือทำสมาธิก่อนนอนทุกคืน	92	(76.7)	27	(22.5)	1	(.8)
6. ทำนพักผ่อนในแต่ละวันอย่างเพียงพอ (ทำนอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง หรือ รู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอน)	94	(78.3)	22	(18.3)	4	(3.3)
<b>การปฏิบัติด้านโภชนาการ</b>						
7. ทำนรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	82	(68.3)	35	(29.2)	3	(2.5)
8. ทำนดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว / วัน	87	(72.5)	29	(24.2)	4	(3.3)
9. ทำนรับประทานอาหารจำพวก แป้ง ของหวาน ลดลงจากเดิม	42	(35.0)	71	(59.2)	7	(5.8)
10. ทำนเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่ารสชาติ	63	(52.5)	56	(46.7)	1	(.8)
11. ทำนรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลาและถั่ว เป็นส่วนใหญ่	73	(60.8)	45	(37.5)	2	(1.7)
12. ทำนรับประทานอาหาร เช่น ของทอด หรือไขมันจากสัตว์ หรืออาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ลดลง	42	(35.0)	51	(42.5)	27	(22.5)
13. ทำนรับประทานอาหารผักและผลไม้ทุกวัน	92	(76.7)	28	(23.3)	-	-
<b>การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย</b>						
14. ทำนออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์	88	(73.3)	30	(25.0)	2	(1.7)
15. ทำนออกกำลังกายออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที หรือจนรู้สึกเหนื่อย หรือ เหงื่อออกทุกครั้ง	82	(68.3)	32	(26.7)	6	(5.0)

## แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ					
	เป็นประจำ(3)		เป็นบางครั้ง(2)		ไม่เคยเลย(1)	
	N	%	N	%	N	%
<b>การปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการกับ</b>						
<b>    <u>ความเครียด</u></b>						
16. ท่านมีการติดต่อสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนฝูง หรือ ไปเยี่ยมเยียน บุตรหลาน ญาติพี่น้อง	76	(63.3)	47	(35.0)	2	(1.7)
17. เมื่อรู้สึกกังวลหรือไม่สบายใจ ท่านพูดคุยระบายกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้วางใจ ทำสมาธิ ฟังเพลง อ่านหนังสือ	85	(70.8)	34	(28.3)	1	(.8)
18. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด มสยิต สวดมนต์ ทำบุญตักบาตร	96	(80.0)	22	(18.3)	2	(1.7)
<b>    <u>ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต</u></b>						
19. ท่านพอใจในความเป็นอยู่ปัจจุบัน	97	(80.8)	22	(18.3)	1	(.8)
20. ท่านพอใจที่ต่อการปฏิบัติของบุตรหลานที่มีต่อท่าน	81	(67.5)	37	(30.8)	2	(1.7)
21. ท่านพอใจ ที่สังคมไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ เช่นการจัดสวัสดิการสงเคราะห์ต่างๆ	97	(80.8)	23	(19.2)	-	-
<b>การปฏิบัติด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ</b>						
22. ท่านสนใจข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ	90	(75.0)	29	(24.2)	1	(.8)
23. ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย	95	(79.2)	25	(20.8)	-	-
24. เมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อสงสัย ท่านไปพบแพทย์ แพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	93	(77.5)	24	(20.0)	3	(2.5)
25. ท่านไปรับการตรวจร่างกายประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	48	(40.0)	27	(30.8)	35	(29.2)



ภาคผนวก ง.

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. อายุ	1.000													
2. เพศ	0.278**	1.000												
3. การศึกษา	0.046	-0.118	1.000											
4. รายได้	0.128	0.195*	-0.005	1.000										
5. สถานภาพสมรส	-0.028	-0.249**	-0.108	-0.269**	1.000									
6. ภาวะการมีโรคประจำตัว	0.198*	-0.008	-0.024	-0.04	0.086	1.000								
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.059	-0.154	0.085	0.13	0.118	0.093	1.000							
8. การรับรู้ประโยชน์	-0.034	-0.119	-0.051	0.07	-0.178	-0.069	0.118	1.000						
9. ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรม	0.300**	0.310**	-0.015	-0.053	0.012	0.03	-0.023	-0.153	1.000					
10. กิจกรรมทางศาสนา	-0.006	0.289**	-0.093	0.116	-0.084	-0.211*	0.096	0.293**	-0.221*	1.000				
11. กิจกรรมวิชาการ	0.034	-0.034**	-0.09	0.173	-0.136	-0.233*	0.024	0.210*	-0.215*	0.903**	1.000			
12. กิจกรรมออกกำลังกาย	-0.012	-0.271**	-0.09	0.085	-0.108	-0.233*	0.046	0.202*	-0.173	0.903**	0.891**	1.000		
13. กิจกรรมนันทนาการ	-0.076	-0.306**	0.026	0.015	-0.159	-0.152	0.049	0.317**	-0.309**	0.666**	0.685**	0.723**	1.000	
14. จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม	0.046	0.034	-0.095	-0.073	-0.014	-0.233*	0.073	-0.074	-0.025	0.504**	0.457**	0.484**	0.336**	1.000

\*p<.05 \*\*P<.01 \*\*\*P<.001

ภาคผนวก จ.

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน กับตัวแปรที่ทำนาย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ภาวะการมีโรคประจำตัว	1.000									
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.093	1.000								
3. การรับรู้ประโยชน์	-.069	.118	1.000							
4. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	.136	-.128	.400**	1.000						
5. การดูแลสุขภาพทั่วไป	-.087	-.209*	.016	.459***	1.000					
6. โภชนาการ	.183*	-.139	.151	.768**	.303**	1.000				
7. การออกกำลังกาย	.133	.079	.220*	.468**	-.026	.182*	1.000			
8. การจัดการความเครียด	-.013	.021	.263**	.492**	-.004	.177	.312**	1.000		
9. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต	-.033	-.154	.409**	.612**	.178	.430**	.172	.150	1.000	
10. การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.185*	.022	.433**	.589**	.013	.190*	.242**	.339**	.266**	1.000

\*p< .05 \*\*P<.01 \*\*\*P< .001

## ภาคผนวก ฉ.

## การกำหนดตัวแปรหุ่น

เนื่องจากผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดตัวแปรหุ่นในการวิเคราะห์ ดังนี้

## เพศ

กำหนดให้เพศชาย = 1

กำหนดให้เพศหญิง = 0

## สถานภาพสมรส

กำหนดให้สถานภาพสมรสคู่ = 1

กำหนดให้สถานภาพสมรสอื่นๆ = 0

## การศึกษา

กำหนดให้ไม่ได้รับการศึกษา = 1

กำหนดให้ได้รับการศึกษา = 0

## รายได้

กำหนดให้มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท = 1

กำหนดให้รายได้อื่นๆ = 0

## ภาวะการมีโรคประจำตัว

กำหนดให้มีโรคประจำตัว = 1

กำหนดให้ไม่มีโรคประจำตัว = 0

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล นางสาวณิชกานต์ ชันขาว

วัน เดือน ปีเกิด 2 กรกฎาคม 2504

สถานที่เกิด อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และ ผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2527
ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทาง ผู้สูงอายุ	มหาวิทยาลัยมหิดล	2535
สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2537
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ และงานผู้สูงอายุ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	