

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตและสมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบท ประชากรกลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง 2 แห่ง คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และสถานีอนามัยตำบลบางกุ้ง จำนวน 100 คน เขตชนบท 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเคียนซาและโรงพยาบาลท่าชนะ จำนวน 100 คน รวมจำนวน 200 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 โดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และแบบบันทึกการวัดสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยการวัดสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่จากวิทยาศาสตร์การกีฬาสุราษฎร์ธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW version 11.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเมือง และในเขตชนบท
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเมือง และในเขตชนบท
 - 3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านสมรรถภาพทางกายระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และเขตชนบทโดยรวม
 - 3.2 เปรียบเทียบระดับสมรรถภาพทางกายระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบท ตามเกณฑ์ของการวัดสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 200 คน เป็นเพศหญิง 154 คน เพศชาย 46 คน มีอายุต่ำสุด 60 ปี และสูงสุด 87 ปี มีอายุเฉลี่ย 70.29 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 65 - 74 ปี สถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างในเมืองมีอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในชนบทร้อยละ 37 และร้อยละ 46

ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และศาสนา.

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
เพศ			1.01 ^{ns}
ชาย	26	20	
หญิง	74	80	
อายุ $\bar{X} = 70.29$ $SD = 5.36$.99 ^{ns}
60 - 64 ปี	17	12	
65 - 69 ปี	29	35	
70 - 74 ปี	40	27	
75 - 79 ปี	10	19	
80 - 87 ปี	4	7	
สถานภาพสมรส			1.29 ^{ns}
โสด	6	3	
คู่	51	53	
หม้าย	38	40	
หย่า	2	2	
แยก	3	2	
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย			5.67*
อยู่คนเดียว	11	8	
อยู่กับบุตรหลาน	58	61	
อยู่กับคู่สมรส	37	46	
อยู่กับพ่อ/แม่/พี่น้อง	3	6	
ศาสนาพุทธ	100	100	

* $p < .05$ ns = non significant

กลุ่มตัวอย่างเขตเมือง มีสัดส่วนของผู้จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 1,000 บาท มีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในชนบท ด้านการประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ร้อยละ 68.52 - 82.69 สามารถประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.54 - 77.88 มีรายได้ที่เพียงพอ และร้อยละ 45 - 50 มีรายได้มาจากการประกอบอาชีพ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งของรายได้.

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
การศึกษา			25.44**
ไม่ได้รับการศึกษา	13	5	
ประถมศึกษา	58	89	
มัธยมศึกษา	18	4	
อนุปริญญาขึ้นไป	11	2	
อาชีพ @			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31.49	17.31	
ข้าราชการบำนาญ	12.97	4.81	
เกษตรกรรม	32.42	65.38	
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	14.82	8.65	
รับจ้าง	8.30	3.85	
รายได้ต่อเดือน (\bar{X} = 5197 Rang 100 – 50,000)			9.39**
น้อยกว่า 1,000 บาท	12	29	
1001 - 5000 บาท	61	50	
5,001 - 10,000 บาท	15	14	
มากกว่า 10,001 บาท	12	7	

ns = non significant ** p < .01

@ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ความเพียงพอของรายได้			3.64 ^{ns}
พอใช้จ่าย	52	50	
ไม่พอใช้จ่าย	29	39	
เหลือใช้มีพอไว้เก็บ	19	11	
แหล่งของรายได้ @			
จากอาชีพ	45	50	
จากบุตรหลาน	43	46	
จากบำนาญ	12	3	
จากเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ	0	1	

ns = non significant * p < .05 @ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74) มีโรคปวดหลังมากที่สุด (ร้อยละ 48) รองลงมา (ร้อยละ 46) เป็นโรคความดันโลหิต (ตาราง ข1 ภาคผนวก ข) ด้านสุขภาพและการใช้บริการทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ร้อยละ 73 - 75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62 - 77 ระบุว่ามีสุขภาพดีถึงดีมาก ร้อยละ 17 - 20 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 27 - 30 ไม่เคยใช้บริการทางการแพทย์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม โรคประจำตัว ระดับสุขภาพ การนอนพักในโรงพยาบาล ภายใน 1 ปี และการใช้บริการทางการแพทย์ภายใน 6 เดือน.

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
โรคประจำตัว #			4.94 ^{ns}
ไม่มี	27	25	
มี	73	75	

เพิ่มเติมตาราง ข1 ภาคผนวก ข ns = non significant

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง (n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับสุขภาพ			3.94 ^{ns}
แข็งแรงมาก	20	16	
ดี	55	46	
ค่อนข้างอ่อนแอ	22	33	
อ่อนแอ	3	5	
นอนพักโรงพยาบาล			1.50 ^{ns}
ภายใน 1 ปี			
จำนวน 0 ครั้ง	83	80	
จำนวน 1-6 ครั้ง	16	20	
จำนวน 7-12 ครั้ง	1	0	
ใช้บริการทางการแพทย์ภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา			.22 ^{ns}
จำนวน 0 ครั้ง	30	27	
จำนวน 1 - 5 ครั้ง	53	55	
จำนวน 6 - 10 ครั้ง	17	18	

ns = non significant

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบทอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ ร้อยละ 29 - 36 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนานกว่า 6 ปี และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในเมืองและในชนบทไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 82 - 84 เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุจำนวน 7 - 12 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาเป็นสมาชิก และจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรม.

ข้อมูลส่วนบุคคล	เขตเมือง(n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระยะเวลาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			9.23*
จำนวน ครั้งปี - 5 ปี	71	64	
จำนวน 6 - 10 ปี	23	36	
จำนวน 10 ปีขึ้นไป	6	0	
จำนวนการร่วมกิจกรรมชมรมฯ			.14 ^{ns}
จำนวน 1 - 6 ครั้งต่อปี	18	16	
จำนวน 7 - 12 ครั้งต่อปี	82	84	

* p < .05 ns = non significant

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตเมืองและในเขตชนบท

แบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 135.96, SD = 7.89) ส่วนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 132.89, SD = 8.19) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพมีระดับคะแนนดีมากกว่าของทั้ง 2 กลุ่ม คือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติค่าที (t - test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพรายด้าน ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ส่วนแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านการจัดการกับความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) ดังแสดงในตารางที่ 5

เมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพเป็นรายข้อ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมีความรู้สึกที่ชีวิตดีขึ้นคิดถึงอนาคตของตนเองมีความรู้สึกว่ามีประโยชน์ต่อสังคม รู้สึกพึงพอใจต่อความเป็นอยู่มีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบท

ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเขตชนบทดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลังมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตเมือง แต่กลุ่มตัวอย่างเขตเมืองสนใจข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบท

ด้านการออกกำลังกายเป็นรายข้อ พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองออกกำลังกายครั้งละ 20 - 30 นาที ทำกิจกรรมออกกำลังกายกับผู้อื่น และออกกำลังกายเมื่อพร้อม มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบท

ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลเป็นรายข้อ สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องราว ของบุตรหลาน และร่วมทำกิจกรรมของชุมชนมีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบท

ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียดรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงใน ตาราง ข 2 ภาคผนวก ข

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่าง พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพรายด้านของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

แบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ	เขตเมือง (n = 100)				เขตชนบท (n = 100)				t
	พิสัย	\bar{X}	SD	ระดับ	พิสัย	\bar{X}	SD	ระดับ	
แบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	116 - 151	135.96	7.89	ดี	117 - 154	132.89	8.19	ปานกลาง	2.70**
แบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพรายด้าน									
1. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต	21 - 33	28.6	2.81	ดี	21 - 33	27.6	2.63	ดี	2.51*
2. ด้านการผิตชอบด้านสุขภาพ	20 - 30	25.6	2.43	ปานกลาง	20 - 32	24.9	2.32	ปานกลาง	1.96*
3. ด้านการออกกำลังกาย	10 - 18	16.20	1.78	ดีมาก	10 - 18	15.60	1.76	ดีมาก	2.38*
4. ด้านโภชนาการ	26 - 16	21.73	2.04	ดี	16 - 25	21.43	1.90	ดี	1.07 ^{ns}
5. ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล	18 - 27	23.67	2.18	ดีมาก	12 - 27	22.78	2.54	ดีมาก	2.66**
6. ด้านการจัดกรกับความคิด	24 - 15	20.16	2.15	ดี	15 - 25	20.51	2.08	ดี	-1.17 ^{ns}

^{ns} p > .05 * p < .05 ** p < .01

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเมืองและในเขตชนบท

ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างตามระดับเกณฑ์การวัดสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2546 ดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบท

กลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมีสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อและด้านความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทดสอบด้วยวิธีนั่งอตัวของกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมีน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงใน ภาพ 1 ภาพ 2 และภาพ 3 ส่วนสมรรถภาพทางกายด้านขนาดของร่างกาย พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

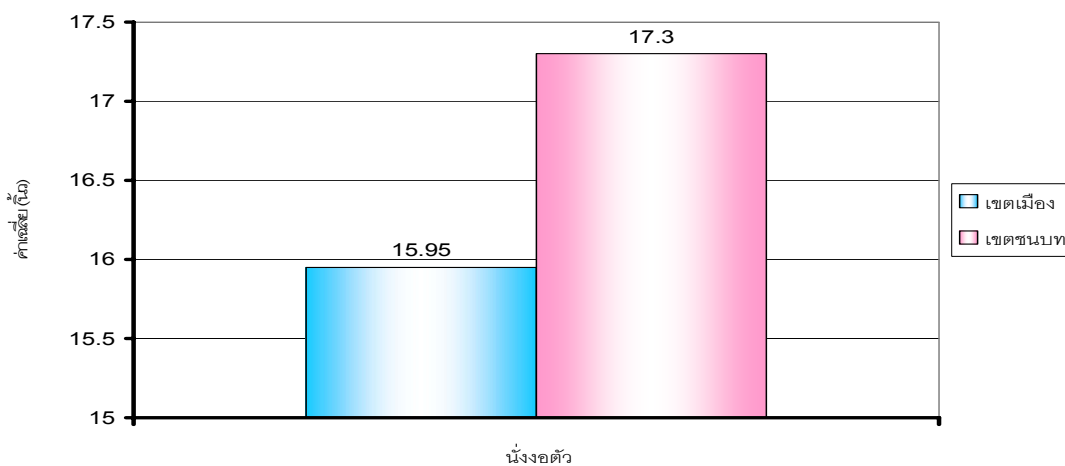
สมรรถภาพทางกาย	เขตเมือง (n = 100)		เขตชนบท (n = 100)		t - value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
สมรรถภาพทางกายรายด้าน					
1. ขนาดของร่างกาย					
1.1 ดัชนีความหนาร่างกาย	24.22	4.38	23.47	3.99	1.26 ^{ns}
1.2 สัดส่วนรอบเอวและรอบสะโพก	.83	.07	.85	.08	-1.58 ^{ns}
2. ความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ					
2.1 แตะมือด้านหลังขวาอยู่บน	-5.16	8.70	-5.43	10.22	.20 ^{ns}
แตะมือด้านหลังซ้ายอยู่บน	-11.56	9.12	-10.63	9.82	-.69 ^{ns}
2.2 นั่งงอตัว	15.95	5.38	17.30	3.94	-2.02*
3. ความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ					
3.1 ลูกนั่งเก้าอี้ 30 วินาที	13.95	3.21	10.00	2.60	9.55**
3.2 นั่งยกน้ำหนัก 30 วินาที	17.16	4.00	15.07	3.04	4.15**

ns = non significant * $p < .05$ ** $p < .01$

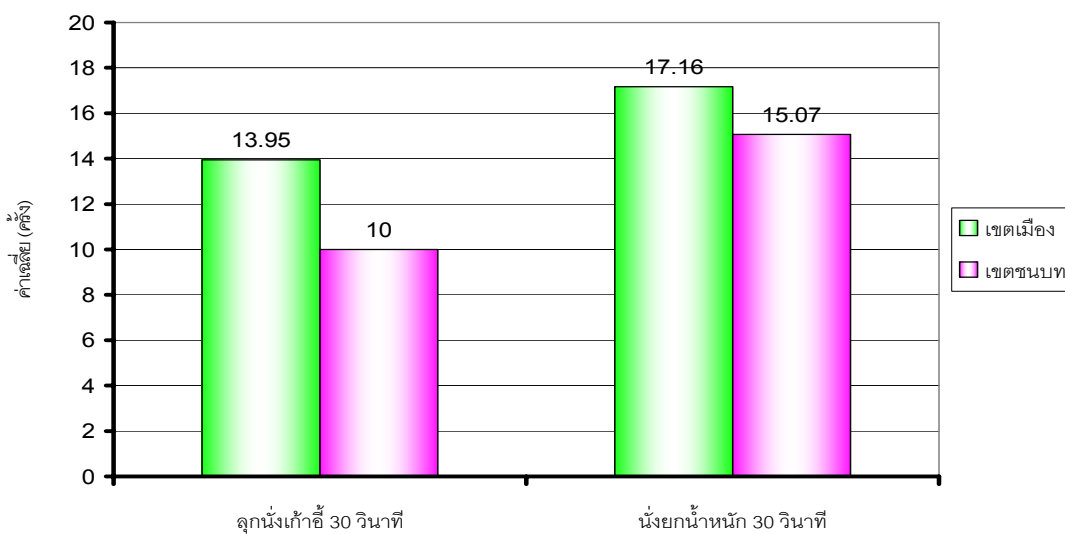
ตาราง 6 (ต่อ)

สมรรถภาพทางกาย	เขตเมือง (n = 100)		เขตชนบท (n = 100)		t - value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
สมรรถภาพทางกายรายด้าน					
4. ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด					
4.1 ยืนยกขาขึ้นลงอยู่กับที่ 2 นาที	74.33	18.85	63.98	21.05	3.66**

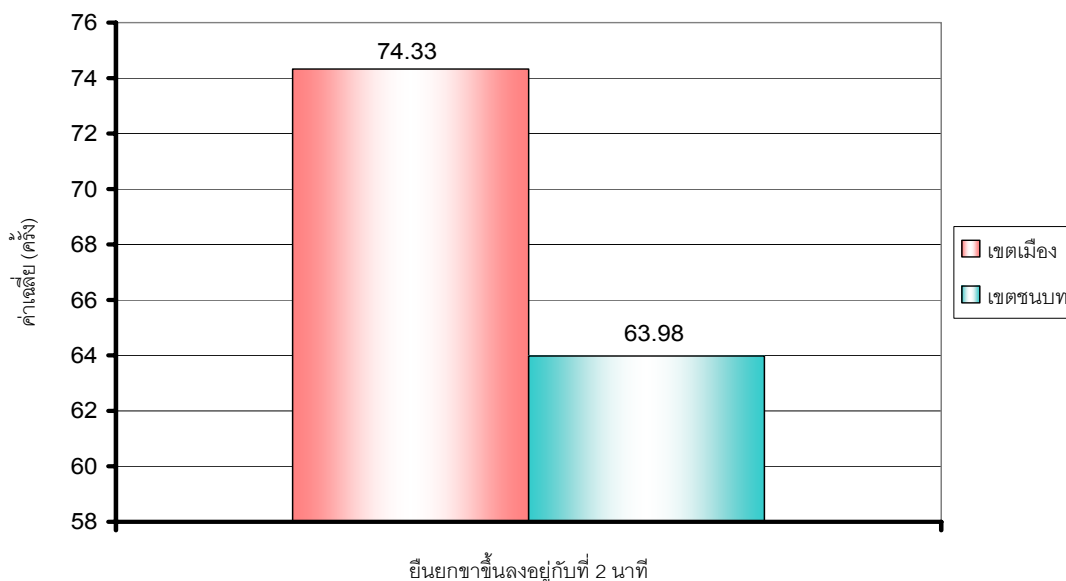
**p < .01



ภาพ 1 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายทดสอบด้วยนั่งงอตัว



ภาพ 2 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายทดสอบด้วยลุกนั่งเก้าอี้ 30 วินาทีและนั่งยกน้ำหนัก 30 วินาที



ภาพ 3 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายทดสอบด้วยยีนยกขาขึ้นลงอยู่กับที่ 2 นาที

นอกจากนั้นเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยแยกกลุ่มเพศหญิงและเพศชาย (ตาราง ข 3 ภาคผนวก ข) ซึ่งอาจมีผลต่อสมรรถภาพทางกาย พบว่า เพศหญิงและเพศชายจากกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง มีสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ และด้านความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือดมากกว่าเขตชนบท ด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทดสอบด้วยวิธีนั่งงอตัวของเพศชายจากกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมีน้อยกว่าเพศชายจากกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท

3.2 การเปรียบเทียบระดับสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบทตามเกณฑ์การวัดสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

3.2.1 ระดับขนาดของร่างกาย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทไม่แตกต่างกัน โดยเปรียบเทียบดัชนีความหนาแน่นร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบทมีดัชนีความหนาแน่นร่างกายอยู่ระดับพอเหมาะ คือ ร้อยละ 55 และร้อยละ 60 ตามลำดับ (ตาราง 7)

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านขนาดของร่างกาย ทดสอบด้วยดัชนีความหนาแน่นร่างกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตชนบท.

ด้านขนาดของร่างกาย ดัชนีความหนาแน่นร่างกาย	เขตเมือง (n = 100)	เขตชนบท (n = 100)	χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับ			2.77 ^{ns}
ผอมบาง	8	11	
พอเหมาะ	55	60	
ตัวหนา	25	23	
อ้วน	12	6	

ns = non significant

3.2.2 ขนาดของร่างกาย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทไม่แตกต่างกัน โดยเปรียบเทียบตามเกณฑ์สัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกของกลุ่มตัวอย่างเขตเมืองและเขตชนบท อยู่ในระดับพอเหมาะ คือ ร้อยละ 60 และร้อยละ 67 ตามลำดับ (ตาราง 8)

ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านขนาดของร่างกาย ทดสอบด้วยสัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

ด้านขนาดของร่างกาย สัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก	เขตเมือง (n = 100)	เขตชนบท (n = 100)	χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับ			2.40 ^{ns}
เอวเล็ก	34	29	
พอเหมาะ	60	67	
เอวใหญ่	5	2	
ลงพุง	1	2	

ns = non significant

3.2.3 ระดับความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทไม่แตกต่างกัน โดยเปรียบเทียบตามเกณฑ์ระยะเวลาแตะมือด้านหลังขวาอยู่บน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 43 และร้อยละ 45 ตามลำดับ (ตาราง 9)

ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ทดสอบโดยแตะมือด้านหลังขวาอยู่บน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

ด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ แตะมือด้านหลังขวาอยู่บน	เขตเมือง(n = 100)	เขตชนบท(n = 100)	χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับ			.98 ^{ns}
ดีมาก	7	7	
ดี	28	26	
ปานกลาง	43	45	
ต่ำ	15	12	
ต่ำมาก	7	10	

ns = non significant

3.2.4 ระดับความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง และเขตชนบทไม่แตกต่างกัน โดยเปรียบเทียบตามเกณฑ์ระยะเวลาแตะมือด้านหลังมือซ้ายอยู่บน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 43 และร้อยละ 45 ตามลำดับ (ตาราง 10)

ตาราง 10

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทดสอบโดยแตะมือด้านหลังซ้ายอยู่บน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

ด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ แตะมือด้านหลังซ้ายอยู่บน	เขตเมือง (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ		
ระดับ			.86 ^{ns}
ดีมาก	16	14	
ดี	14	18	
ปานกลาง	45	46	
ต่ำ	13	12	
ต่ำมาก	12	10	

ns = non significant

3.2.5 ระดับความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยเปรียบเทียบตามเกณฑ์ระยะการนั่งงอตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างเขตเมืองมีความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อร่างกายระดับต่างๆ ไม่แตกต่างกันจากกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท (ตาราง 11)

ตาราง 11

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทดสอบโดยนั่งงอตัว ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

ความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ นั่งงอตัว	เขตเมือง(n = 100)		χ^2
	ร้อยละ		
ระดับ			7.37 ^{ns}
ดีมาก	19	26	
ดี	22	24	
ปานกลาง	42	44	
ต่ำ	10	2	
ต่ำมาก	7	4	

ns = no significant

3.2.6 ระดับความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ ระหว่าง กลุ่มตัวอย่างเมืองและเขตชนบท แตกต่างกัน ตามเกณฑ์จำนวนครั้งของลูกนั่งเก้าอี้ 30 วินาที พบว่า กลุ่มตัวอย่างเมืองมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำมากมีน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในชนบท คือ ร้อยละ 24 และร้อยละ 70 ตามลำดับ (ตาราง 12)

ตาราง 12

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ ทดสอบโดยลูกนั่งเก้าอี้ 30 วินาที ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

ด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ ลูกนั่งเก้าอี้ 30 วินาที	เขตเมือง (n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับ			53.67**
ดีมาก	2	0	
ดี	3	0	
ปานกลาง	45	8	
ต่ำ	26	22	
ต่ำมาก	24	70	

** p < .01

3.2.6 ระดับความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างเมืองและเขตชนบท แตกต่างกัน ตามเกณฑ์นั่งยกน้ำหนัก 30 วินาที พบว่า กลุ่มตัวอย่างเมืองมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก มีน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในชนบท คือ ร้อยละ 29 และร้อยละ 54 ตามลำดับ (ตาราง 13)

ตาราง 13

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ ทดสอบโดยนั่งยกน้ำหนัก 30 วินาที ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

ด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ นั่งยกน้ำหนัก 30 วินาที	เขตเมือง (n = 100) เขตชนบท (n = 100)		χ^2
	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับ			14.81**
ดีมาก	6	1	
ดี	12	8	
ปานกลาง	53	37	
ต่ำ	17	30	
ต่ำมาก	12	24	

** p < .01

3.2.7 ระดับความอดทนของระบบหายใจและการไหลเวียนเลือด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างเมืองและเขตชนบทแตกต่างกัน ตามเกณฑ์จำนวนครั้งยืนยกขาขึ้นลงอยู่กับที่ 2 นาที พบว่า กลุ่มตัวอย่างเขตเมือง มีความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือดในระดับต่ำมาก มีน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างเขตชนบท คือ ร้อยละ 23 และร้อยละ 50 ตามลำดับ (ตาราง 14)

ตาราง 14

เปรียบเทียบความแตกต่าง จำนวน ร้อยละของระดับสมรรถภาพทางกายด้านความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด ทดสอบโดยยืนยกขาขึ้นลงอยู่กับที่ 2 นาที ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท.

ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด	เขตเมือง (n=100)	เขตชนบท (n=100)	χ^2
ยืนยกขาขึ้นลงอยู่กับที่ 2 นาที	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับ			20.37**
ดีมาก	8	9	
ดี	16	6	
ปานกลาง	37	19	
ต่ำ	16	16	
ต่ำมาก	23	50	

** p < .01

โดยสรุปจากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมืองมีรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และระดับการศึกษาสูงกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท แต่ในชนบทสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลานมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมือง

ด้านสุขภาพ พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมืองมีสุขภาพแข็งแรงดีถึงดีมาก มีมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท นอกจากนั้นการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางการแพทย์น้อยกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมืองมีระยะเวลาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุยาวนานกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท แต่จำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในเมืองน้อยกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท

ด้านแบบแผนชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพสรุปได้ว่า ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมืองมีมากกว่าในชนบท สำหรับด้านโภชนาการ และการจัดการกับความเครียดไม่แตกต่างกัน

ด้านสมรรถภาพทางกายสรุปได้ว่า ด้านความอดทนของระบบหายใจ และไหลเวียนเลือด ด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมืองดีกว่าในชนบท ส่วนความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และด้านขนาดของร่างกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งในเมือง และชนบทไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพและสมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบทในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน มีประเด็นสำคัญที่อภิปราย ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 60 - 79 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนภาลัย (2547) ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าเพศหญิงเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมากกว่าเพศชายเนื่องจากโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ปราโมทย์ และปัทมา, 2547) และอาจเนื่องจากเพศชายไม่นิยมเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตามการศึกษาของสาวิตรี (2536) อธิบายเรื่องนี้ว่าเพศชายมีกลุ่มชมรม สมาคมของตนเองอยู่แล้ว จึงสนใจสิ่งที่ใกล้ตัวที่คุ้นเคยมากกว่า และไม่สนใจในการแสวงหากลุ่มเพื่อนใหม่

ด้านการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา เขตเมืองร้อยละ 58 และเขตชนบทร้อยละ 89 สอดคล้องกับการศึกษาของนภาลัย (2547) พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา เนื่องจากระบบการศึกษาไทยสมัยก่อนมีการศึกษาภาคบังคับถึงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และมีการกระจายไม่ทั่วถึงทุกท้องที่ จากการศึกษาค้นคว้าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีระดับการศึกษาสูงกว่าเขตชนบท ส่วนการนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทย ส่วนใหญ่มีเชื้อสายไทยพุทธ (บรรลู่, 2542)

การประกอบอาชีพที่มากที่สุดของเขตชนบท คือ อาชีพเกษตรกรรม ส่วนในเมืองมีอาชีพค้าขาย ข้าราชการบำนาญ และรับจ้างมากกว่าเขตชนบท เป็นผลมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคม (สุทธิชัย, 2544) ส่งผลให้รายได้ของผู้สูงอายุในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ส่วนใหญ่มี

รายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ซึ่งพอใช้จ่ายและเหลือไว้เก็บมากกว่าเขตชนบท โดยแหล่งของรายได้ของผู้สูงอายุเขตชนบทมาจากการประกอบอาชีพ และจากการช่วยเหลือบุตรหลานมากกว่าผู้สูงอายุเขตเมือง

ผู้สูงอายุในเมืองอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และอยู่กับคู่สมรสน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท สนับสนุนการศึกษาของจันทร์เพ็ญ (2543) และเยาวรัตน์ (2542) พบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 71 อาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลาน และจากการศึกษาของบรรล (2542) พบว่าผู้สูงอายุเขตเมือง มีจำนวนการเป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่มากกว่าในเขตชนบท จากผลการศึกษาของฉัตรสุมน (2547) และวรรณ (2543) พบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุไทยในชนบทเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุอยู่กับสมาชิกในครอบครัว 2 - 3 คน โดยผู้ที่อยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุเป็นผู้รับมรดกจากผู้สูงอายุ และดูแลผู้สูงอายุยามชราภาพ

ด้านภาวะสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีสุขภาพที่แข็งแรงร้อยละ 62 - 75 แต่จากการศึกษาของสุวิณี และคณะ (2546) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมีภาวะเจ็บป่วยไม่แตกต่างจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมือง เนื่องจากความเสื่อมทางด้านร่างกายของวัยสูงอายุ ประกอบกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่า การได้รับบริการทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิด ความรู้สึกที่ดีต่อการได้รับบริการทางด้านสุขภาพ (นภาลักษณ์, 2547) ทำให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการทางสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 71.5

ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีระยะเวลาเป็นสมาชิกที่ยาวนานกว่าเขตชนบท เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุในเมืองเริ่มมีการจัดตั้งก่อน ต่อมาจึงขยายสู่ชนบท (บรรล, 2542; บุญศรี, 2545) ซึ่งสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุต่อปี จำนวน 7 - 12 ครั้งต่อปี มีร้อยละ 83

2. แบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบท

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบทซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสก๊อต และแจ๊ค (Scott & Jack, 2000) พบว่าแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุเขตเมืองดีกว่าผู้สูงอายุเขตชนบท สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความสามารถด้านการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้มากกว่าสมาชิกชมรม

ผู้สูงอายุเขตชนบท ซึ่งการแสดงออกในการร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุจะต้องได้รับการกระตุ้นจากทีมสุขภาพ (นิชกานต์, 2543; นภาลัย, 2547)โดยทั่วไปชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีกิจกรรมมากกว่า และบ่อยครั้งกว่าชมรมผู้สูงอายุในชนบท นอกจากนี้ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท ทำให้มีโอกาสมากกว่าในการเรียนรู้แบบแผนชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ (ปาลีรัตน์, 2541; รสสุคนธ์, 2537; Pender & Pender, 1987)

แบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองแตกต่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจากเขตชนบท คือ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล โดยอภิปรายผลแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต

ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับดี แต่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความรู้สึกว่าชีวิตเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คิดถึงอนาคตของตนเอง ชีวิตยังมีค่ามีประโยชน์ต่อสังคม และรู้สึกพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน มากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท อธิบายได้ว่า ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตเป็นความสำเร็จในชีวิตแห่งตน เป็นความพึงพอใจ และการรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต (Maslow, 1959 cited by Ebersole & Hess, 1998) จะมองโลกในแง่ดีมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ มีเป้าหมายในชีวิต และให้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (Althoff et al., 1996; Pender & Pender, 1987; Walker et al., 1987) ที่เป็นผลมาจากกระบวนการคิด อารมณ์ ความปรารถนาคุณค่า และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ, 2545) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ความเข้าใจแนวทางในการพิจารณาเรื่องราวต่างๆ ได้ดี มีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาก่อให้เกิดความมั่นใจซึ่งเชื่อในความสามารถและการกระทำของตนเอง (Ebersole & Hess, 1998) จากการศึกษาพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีฐานะทางเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้มากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ (2539) เพียงใจ (2542) และสมพร (2542) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ความเพียงพอต่อการใช้จ่าย และได้รับความเอาใจใส่ต่อลูกหลาน ตลอดจนโอกาสของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการรดน้ำผู้สูงอายุ

กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมการถ่ายทอดภูมิปัญญาและความรู้ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม เกิดความภาคภูมิใจ และมีอิสระต่อการทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตของผู้สูงอายุ (พัสมณท์, 2545) ทำให้ผู้สูงอายุเขตเมืองมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท

ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ

ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ เป็นการแสดงถึงความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ด้วยการสนใจ และศึกษาค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ และสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย (Pender & Pender, 1987; Walker et al., 1987) จากการศึกษา พบว่า ความรับผิดชอบด้านสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบทอยู่ในระดับปานกลาง แต่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง มีการดื่มเครื่องดื่มที่มูกำลังน้อยกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองสนใจฟังหรืออ่านข่าวสารด้านสุขภาพ การอ่านหนังสือ การติดตามข่าวสาร ดูโทรทัศน์ และการพูดคุยกับเพื่อน กับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการตรวจร่างกายประจำปีมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท สิ่งเหล่านี้เป็นการเพิ่มทักษะ และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการรับผิดชอบด้านสุขภาพ (Pender & Pender, 1987; Pender et al., 2002) ซึ่งจากการศึกษาของทิพย์สุคนธ์ (2543) น้ำทิพย์ (2544) รสสุคนธ์ (2537) และสมบัติ และคณะ (2543) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสาร ประสพการณ์จากการเสริมทักษะ และการเรียนรู้จากผู้อื่นในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ นำมาพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง มีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ และมีรายได้มากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จากการศึกษาของ เพียงใจ (2542) วรณีย์ และคณะ (2545) พบว่า ความรับผิดชอบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับสภาพที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย ด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ที่จะสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและสนองความจำเป็นพื้นฐานชีวิตได้ดี ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพที่ดีกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท ซึ่งข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ และเวลาในการดูแลด้านสุขภาพ จาก

ความจำเป็นกับการเลี้ยงชีพ จึงแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้านสุขภาพ ดังนั้น ความรับผิดชอบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จะแสดงถึงความสามารถในการพึ่งตนเอง และเกิดความรู้สึกพึงพอใจด้วยการป้องกันการเกิดโรค (Walker et al., 1987) โดยการพัฒนา และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท โดยเขตเมือง และเขตชนบทมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองออกกำลังกายด้วยการเดิน วิ่ง ออกกายบริหาร ครั้งละ 20 - 30 นาที ร่วมทำกิจกรรมหรือร่วมออกกำลังกายกับผู้อื่น และออกกำลังกายเมื่อว่างพร้อมเป็นประจำมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ ขนิษฐา, สุนุดตรา และเนตรนภา (2545) และปาลีรัตน์ (2541) พบว่า แบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเขตเมือง มากกว่าเขตชนบท เนื่องจากผู้สูงอายุเขตเมืองมีเวลารว่างมากกว่าผู้สูงอายุเขตชนบท ซึ่งสมาชิกผู้สูงอายุในชนบทยังใช้เวลาในแต่ละวันกับการประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่บ้าง และรับรู้ว่าการออกแรงในการประกอบอาชีพ คือ การออกกำลังกาย จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบชัดเจนเหมือนผู้สูงอายุในเขตเมือง การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเพียงพอของรายได้ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท การมีรายได้และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี อาจทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาร่วมกิจกรรมได้เต็มที่ นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่มีแหล่งประโยชน์ด้านความสะดวกด้านสถานที่ การช่วยเหลือสนับสนุนด้านบุคลากร จะเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายมากกว่าชมรมผู้สูงอายุในชนบท ที่ขาดแหล่งประโยชน์ และมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ (2547) พบว่าสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายจะทำให้สามารถเลือกประเภทการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับแบบแผนชีวิตของตนเอง ตลอดจนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะก่อให้เกิดการตัดสินใจการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ นอกจากนั้นการรณรงค์การออกกำลังกายผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะออกกำลังกาย (วิจิตร, 2546) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองสนใจฟังหรืออ่านข่าวสารด้านสุขภาพ มากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่ผลักดันให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท

ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล

การสนับสนุนระหว่างบุคคล เป็นพันธะผูกพันของบุคคลที่มีความรู้สึก ความรับผิดชอบ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และความผาสุกต่อด้านต่างๆ เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Anderson, 2003; Pender & Pender, 1987) ซึ่งการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทหน้าที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชมรมผู้สูงอายุเกิดการสร้างเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุด้วยกัน จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนระหว่างบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และเขตชนบทอยู่ในระดับดีมาก และแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง มีส่วนร่วมทำกิจกรรมของชุมชน เช่น งานเทศกาลต่างๆ มากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท เนื่องจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า มีอาชีพ มีฐานะทางสังคมในอดีตที่ดีกว่า และยังมีบทบาทในครอบครัว สังคมที่ชัดเจนกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จึงได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวและสังคมทำให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความรู้สึกเชื่อมั่น และความพึงพอใจในชีวิต จากการสนับสนุนระหว่างบุคคลมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2544; รุ่งทิพย์, 2542; วรรณิ และคณะ 2545; Armer & Radina, 2002) สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Pender & Pender, 1987; Pender et al., 2002) นอกจากนี้ จากผลการศึกษาพบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีระยะเวลาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากกว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท การร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เกิดความผูกพัน และได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการสนับสนุนระหว่างบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท (พัสมนต์, 2545)

3. สมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบท

สมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองแตกต่างจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท คือ ด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ทดสอบด้วยการนั่งงอตัว ด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ และด้านความอดทนของระบบทางเดินหายใจและไหลเวียนเลือด อภิปรายผลแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ

ความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ และกล้ามเนื้อได้อย่างอิสระโดยปราศจากการบาดเจ็บ (Althoff et al, 1996; Anderson, 2003; Feland, Myrer & Merrill, 2001; Greenberg et al., 1998) เป็นการคงไว้ซึ่งช่วงของการเคลื่อนไหวของข้อต่อ และกล้ามเนื้อในร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทดสอบด้วยการแตะมือด้านหลังขวาอยู่บนและการแตะมือด้านหลังซ้ายอยู่บนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตเมือง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าความอ่อนตัวของหัวไหล่ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นของเอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นยึดข้อต่อต่างๆ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ที่เป็นผลจากเนื้อเยื่อคอลลาเจนมีการไขว้ (cross - link) มากขึ้น โครงสร้างเนื้อเยื่อที่ยืดหยุ่นเปลี่ยนไป และส่วนประกอบที่เป็นน้ำในเนื้อเยื่อลดลง (วิภาวรรณ, 2547ข; Buckwalter, Woo & Goldberg, 1993)

นอกจากนั้นร่างกายที่อ่อนของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้สมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวลดลง (Miller & Allen, 1995) จากจำนวนไขมันบริเวณรอบข้อต่อ และไขมันในกล้ามเนื้อ เพิ่มแรงต้านในการเคลื่อนไหว โดยก้อนไขมันที่ใหญ่ขึ้นจะขัดขวางการเคลื่อนไหวของข้อ (Hoeger & Hoeger, 1997) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีร่างกายอ่อน และลงพุงมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุในเมือง และในชนบทมีสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวที่ไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวในด้านชีวิตประจำวันด้วยการทำงาน ออกแรงประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68 มากกว่าผู้สูงอายุเขตเมือง ซึ่งมีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบที่สม่ำเสมอ จากงานวิจัยเชิงทดลองของ ดันน์ และคณะ (Dunn et al., 1999) พบว่าแบบแผนชีวิตที่ทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว ทุกวันอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ใช้กิจกรรมที่ออกกำลังกายในระดับปานกลาง ทำให้เกิดสมรรถภาพทางกายทุกด้านภายในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งมีผลเท่ากับเป็นการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่เพิ่มความอ่อนตัวของผู้สูงอายุ เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเล่นโยคะ โทเก็ท มวยจีน รำไม้พลอง กายบริหาร เป็นต้น (วิภาวี, 2547) เป็นสิ่งที่คงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 กลุ่ม ที่จะช่วยป้องกันการสูญเสียความยืดหยุ่นของวัยผู้สูงอายุ (Hoeger & Hoeger, 1997; Miller & Allen, 1995) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเขตเมือง และเขตชนบทเป็นโรคข้อเสื่อม และปวดหลังร้อยละ 41 และร้อยละ 47 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าข้อต่อ และเอ็นที่มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่าง และข้อเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะทำให้ลดช่วงของการเคลื่อนไหวของข้อนั้นๆ ซึ่งจะส่งผลต่อ

ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และเอ็นของหัวไหล่รวมถึงบริเวณหน้าอกและต้นขา (Hoeger & Hoeger, 1997)

ส่วนความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อด้านการนั่งงอตัวพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตเมืองงอตัวได้น้อยกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท เนื่องจากความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาด้านหลัง หลังส่วนล่าง และไหล่ที่มากกว่า (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546) การคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวันในกิจกรรมการเคลื่อนไหวจะสร้างความสมดุลของความอ่อนตัว (Schroeder, NAU, Osness & Potteiger, 1998) จากแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวจากการทำงานประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง ซึ่งการประกอบอาชีพเกษตรกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท ได้แก่ การทำสวนยาง การทำสวนผลไม้ ทำนา เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในออกแรงทำงาน การเอื้อมมือหยิบของ ประกอบกับมีแบบแผนชีวิตนั่งบนพื้นราบในการทำงานในชีวิตประจำวันมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเมือง ทำให้ช่วงของการเคลื่อนไหวของข้อ และกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก ข้อสะโพก กระดูกสันหลังส่วนล่าง และกล้ามเนื้อต้นขา มีการยืดขยาย สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อดังกล่าว สามารถงอตัวได้มากขึ้น (บรรลู่, 2542; พรนิตย์, 2547; Greenberg et al, 1998) สนับสนุนการศึกษาของ ณัฐวรรณ (2544) ศึกษาผลของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้อุปกรณ์เปรียบเทียบกับไม่ใช้อุปกรณ์ต่อความอ่อนตัวในผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้อุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวมากกว่ากลุ่มไม่ใช้อุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นปัจจัยของความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ และข้อเกิดจากกิจกรรมของการเคลื่อนไหวของข้อ โครงสร้างของข้อต่อ จำนวนไขมันบริเวณรอบข้อต่อ และในกล้ามเนื้อ (Hoeger & Hoeger, 1997) นอกจากนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 75 ของคนอเมริกา มีความผิดปกติของหลังส่วนล่าง และกระดูกเชิงกราน เนื่องจากการเคลื่อนไหวด้วยท่าที่ไม่ถูกต้องมีผลต่อระดับความอ่อนตัวอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรคงด้วยความสามารถของการเคลื่อนไหวของข้อ ด้วยการมีแบบแผนชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวระดับกระแสป้องกันการสูญเสียความอ่อนตัวตลอดวัยผู้สูงอายุ (วิภาวรรณ, 2547; Hoeger & Hoeger, 1997) และการออกกำลังกายที่ยืดเหยียดกล้ามเนื้อค้างไว้ 10 - 30 วินาที ทำซ้ำ 5 ครั้ง สำหรับกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ในช่วงหลังการออกกำลังกายกล้ามเนื้อมีความอ่อนนุ่มมากกว่าปกติสามารถยืดเหยียดได้มากขึ้น (Insell & Rolth, 1996)

ด้านความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ

ความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อในการทำให้เกิดแรงดึงต้านแรงต้านทาน โดยกล้ามเนื้อสามารถประกอบกิจกรรมได้ติดต่อกันนานๆ โดยไม่หยุดยั้ง และสามารถรักษาคุณภาพของกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างสม่ำเสมอหรือดีกว่าเดิม (วรวิทย์, 2547ข; Greenberg et al., 1998; Powers & Dodd, 1997) ความสามารถนี้ขึ้นกับความยาว ขนาดพื้นที่ภาคตัดขวาง และชนิดของใยกล้ามเนื้อที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเป็นผลจากการเพิ่มความหนักของงานในการฝึก (Althoff et al., 1996; Anderson, 2003; Rhodes, et al., 2000; Tritschler, 2000c) จากการทดสอบความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อส่วนล่างของร่างกาย พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง และเขตชนบทมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปานกลาง แต่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อส่วนล่างมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท และการทดสอบความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อส่วนบนอยู่ในระดับปานกลาง แต่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบทอยู่ในระดับต่ำมาก และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อส่วนบนมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท อธิบายได้ว่า วัยผู้สูงอายุมีความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 30 ในช่วงอายุ 50 - 70 ปี ความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อจะสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถของอวัยวะภายในร่างกาย จากสาเหตุของขนาดใยกล้ามเนื้อที่มีขนาดเล็ก และน้อยลง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกล้ามเนื้อ ความยาวของใยกล้ามเนื้อ และความพร่องในกลไกการกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กำลังของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 3 - 4 ต่อปี เป็นผลต่อการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้อัตราการหดตัวช้าลง ส่งผลให้กำลังของกล้ามเนื้อลดลง (วิภาวรรณ, 2547ข) จากข้อมูลแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีการออกกำลังกายครั้งละ 20 - 30 นาที เป็นประจำมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท แสดงถึงการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบจะเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อภายใน 8 - 12 สัปดาห์ (Morrow et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ ถาวรินทร์ (2544) พบว่าผลของการฝึกออกกำลังกายที่ระดับความเข้มข้นร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดเป็นระยะเวลา 20 นาที ใช้ระยะเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ทำให้เกิดการพัฒนาความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อแขนมากขึ้น ซึ่งเสาวภา (2539) ศึกษาการเต้นแอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำเสริมด้วยน้ำหนักของผู้สูงอายุใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ๆ ละ 3 วัน ๆ ละ 60 นาที พบว่า ความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อแขน ขา มากกว่าก่อนการฝึกเต้นแอโรบิค และการเต้นแอโรบิคแบบผสมผสานเป็นช่วงๆ มีผลให้กล้ามเนื้อแขน ขา และกล้ามเนื้อหน้าท้องมีความแข็งแรงทนทานเพิ่มมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 10 (สุภาพ, 2545) นอกจากนั้นจาก

การศึกษาของนิติกุล (2541) ศึกษากับผู้สูงอายุด้วยกายบริหารท่าฤๅษีตัดต้น สามารถเพิ่มความแข็งแรง กล้ามเนื้อขา และมือของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่า แบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ และเพิ่มความต้านทานที่มากกว่าปกติโดยปฏิบัติสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อมีการขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น และพัฒนาความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อผู้สูงอายุ (พิชิต, 2547; Greenberg, et al., 1998) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีกล้ามเนื้อแข็งแรงสามารถช่วยพยุงการทำงาน ของข้อต่อ และป้องกันการเกิดข้ออักเสบ ช่วยลดการสูญเสียมวลกระดูก และลดอุบัติเหตุจากการหกล้ม (วิภาวรรณ, 2547ข; วิภาวี, 2547; Anderson, 2003) ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ โรเดส และคณะ (Rhodes et al, 2000) พบว่า การออกกำลังกายโดยเพิ่มความต้านทาน และเน้นความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อมัดใหญ่จำนวน 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 1 ปี สามารถเพิ่มความแข็งแรงอดทน ของกล้ามเนื้อ และเพิ่มมวลกระดูกของผู้สูงอายุเพศหญิงได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้สมาชิกชมรม ผู้สูงอายุเขตเมืองซึ่งมีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ และมีความสม่ำเสมอมีความแข็งแรงอดทน ของกล้ามเนื้อมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท

ด้านความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด

ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือดสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองอยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบทอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีความอดทนของระบบหายใจ และไหลเวียนเลือดมากกว่าสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความถี่ของการออกกำลังกายแบบ แอโรบิคมากกว่าผู้สูงอายุเขตชนบท เนื่องจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นการออกกำลังกาย ที่เป็นรูปแบบ ในจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้เวลา 20 - 30 นาทีต่อครั้ง และมีความหนักของ การออกกำลังกายร้อยละ 70 - 80 จะทำให้ความสามารถของหัวใจ หลอดเลือด และระบบหายใจที่ ขนส่งออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อที่กำลังทำงาน รวมถึงความสามารถของกล้ามเนื้อที่ใช้ออกซิเจน (วุฒิชัย, 2547) ทำให้ปริมาณการสูบฉีดเลือดของหัวใจแต่ละครั้งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ความสามารถที่จะนำออกซิเจนสูงสุดไปเลี้ยงตามเซลล์ต่างๆ และถ่ายเทก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกไป อย่างรวดเร็ว หัวใจที่ผ่านการฝึกมากกว่าจะทำงานน้อยกว่าในขณะที่ได้รับภาระงานเท่ากัน เป็นสิ่ง สำคัญที่ใช้บอกระดับสมรรถภาพของร่างกาย (สุชาติ, 2542; วุฒิชัย, 2547; Anderon, 2003; Greenberg et al., 1998; Miller & Allen, 1995; Powers & Dodd, 1997; Tritschler, 2000b) ผลการศึกษาแบบแผนชีวิต ที่สร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะพันธุ์ (2541) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตเมืองมีการออกกำลังกาย

ที่เหมาะสม เนื่องจาก มีผู้นำออกกำลังกายที่มีความรู้วิธีการออกกำลังกาย มีสถานที่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกาย ส่วนผู้สูงอายุในชนบทมีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกายเป็นโรคข้อ และกระดูก เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมบางอย่าง และการออกกำลังกาย ดังนั้น การรับรู้ ด้านสุขภาพแม้ว่ามีความเจ็บป่วย และมีโรคประจำตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชนบท ด้วยการรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพของตนเองด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามสภาพของร่างกาย (Pender & Pender, 1987) นอกจากนั้นผู้สูงอายุในชนบทมีการเคลื่อนไหวด้วยการออกแรงทำงานเกษตรกรรมมากกว่า ทำให้เหลือเวลาน้อยที่จะออกกำลังกาย ที่เป็นรูปแบบ จากผลการศึกษาของธิดารัตน์ (2547) และการศึกษาของอภิญา (2544) พบว่าการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอของผู้สูงอายุ จากการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร รายได้ของผู้สูงอายุ และการประกอบอาชีพทำให้มีระดับสุขภาพที่แข็งแรง นอกจากนั้นอุปสรรคของการออกกำลังกาย คือ การไม่มีเวลา มีโรคประจำตัว ไม่ชอบ ไม่มีเพื่อน ไม่มีอุปกรณ์ และสถานที่ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เดชา (2538) พบว่าผู้สูงอายุที่ยากจนยังคงละเลยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดสมรรถภาพของความสามารถของระบบหายใจและไหลเวียน โดยความแตกต่างของอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว สิ่งที่เกี่ยวข้องต่อการออกกำลังกายด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม ตลอดจนการรับรู้ข่าวสารด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ ที่ทำให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองมีการออกกำลังกายมากกว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ควรมีข้อคำถาม ประเภทของการออกกำลังกาย และความถี่ของการออกกำลังกาย กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ต้องออกแรงจากการประกอบอาชีพ สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีเท่านั้น