

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
ในผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี



อารยา ทิพย์วงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
ในผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

อรภา ทศพรวิเศษ

นางสาวอารยา ทิพย์วงศ์

ผู้วิจัย

สมิทธิพร ชัยวัฒน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมิทธิพร ชัยวัฒน์, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อรภา ทศพรวิเศษ

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สมิทธิพร ชัยวัฒน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนางสัตว์เชื้อ, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สมิทธิพร ชัยวัฒน์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรภา ทศพรวิเศษ

รองศาสตราจารย์สุปรียา ต้นสกุล, ค.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
ในผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2553

.....*นางสาว อารยา ทิพย์วงศ์*.....

นางสาวอารยา ทิพย์วงศ์

ผู้วิจัย

.....*รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทรมณี*.....

รองศาสตราจารย์สุรีย์ จันทรมณี, ศ.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....*ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์*.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื้อ*.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื้อ, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....*ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ*.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....*รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ*.....

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....*รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล*.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ จันทรมโกลี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. นิรัตน์ อิมามี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางค์ชัยเชื้อ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์และขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษาและพฤกษศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และคุณศิริโสภา เหลืองไพบุลย์ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างและชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณ คุณนุชเนตร บุญมั่น และคุณราตรี ผลสาดี ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ให้กำเนิด ที่ให้สติปัญญาให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจเสมอมา รวมทั้งพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ทุกท่านที่ให้กำลังใจมาโดยตลอดจนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

อารยา ทิพย์วงศ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี
HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE FOR THE
ELDERLY, KANCHANABURI PROVINCE

อารยา ทิพย์วงศ์ 4936395 PHPH/M

วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D., นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.,
ขวัญใจ อำนาศัตย์เชื้อ, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60-75 ปีที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาจำนวน 34 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ตาม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน เพื่อสร้างเสริมความรู้การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม สาธิตตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และวิธีการออกกำลังกาย การฝึกทักษะการเลือกอาหารและการออกกำลังกาย หลังกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ครั้ง มีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน และการนัดพบกลุ่มเพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เดือนละ 1 ครั้ง รวมเวลาที่ศึกษา 16 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกสุขภาพ ภูมิอดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งการทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่จัดให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้เป็นอย่างดี จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ / พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ / การบริโภคอาหาร/การออกกำลังกาย

HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE FOR THE ELDERLY, KANCHANABURI PROVINCE

ARAYA TIPWONG 4936395 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D., NIRAT IMAMEE, Ph.D., KWANJAI MANATSATSUE, Ph.D.

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research aiming to assess the effect of a health promotion program for food consumption and exercise for the elderly in Kanchanaburi Province, Thailand. The sample was 34 elderly persons, aged 60-75 years, who were members of the Elderly Club at Paholpolpayuhasaena Hospital. The participants were selected according to the criteria set. The participants received learning experience in accordance with a health promotion program for food consumption and exercise. Four learning lessons were organized, one month apart for each lesson, with the aim to enhance the participants' knowledge and perception about food consumption and exercise. The learning and teaching activities implemented were lecture, group discussion, demonstration of the food choices that were appropriate for the elderly, exercise methods, skill training for selecting foods, and practicing exercise. After completing four learning activities, letters were sent out to remind the participants and a group meeting was set once a month for reflecting on problems, obstacles, and solutions. The program lasted 16 weeks. The research instruments used were interview questionnaire, health recording form, and a health care manual. The data were analyzed by computing percentage, frequency, and standard deviation including the use of paired t-test for testing the research hypotheses.

The results of the study showed that the implementation of a health promotion program for food consumption and exercise for the elderly was effective in supporting the elderly to gain a significantly higher level of knowledge, perceived self-efficacy, perceived outcome expectation of the practice with regard to food consumption and exercise, and correct practices in regard to food consumption and exercise (p -value < 0.005). The research results showed evidence that the health promotion program for food consumption and exercise provided for the elderly can develop correct food consumption and exercise behaviors, thus, this type of program should be used with all elderly people.

**KEY WORDS : ELDERLY / HEALTH PROMOTION BEHAVIORS / FOOD
CONSUMPTION / EXERCISE**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	5
สมมติฐานในการวิจัย	6
ตัวแปรในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามตัวแปรในการวิจัย	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ	20
ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	51
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา	59
สรุปการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
กรอบแนวคิดในการวิจัย	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
รูปแบบการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	71
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	77
บทที่ 4	
ผลการวิจัย	78
ส่วนที่ 1	
ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	79
ส่วนที่ 2	
การวิเคราะห์ระดับคะแนนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	85
ส่วนที่ 3	
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแต่ละ ด้านในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	89
ส่วนที่ 4	
วิเคราะห์น้ำหนัก BMI และความยาวรอบเอว	91
ส่วนที่ 5	
รายงานผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม	93
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	96
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	104
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	123
บรรณานุกรม	144
ภาคผนวก	149
ภาคผนวก ก	150
ภาคผนวก ข	163
ภาคผนวก ค	177
ภาคผนวก ง	185
ภาคผนวก จ	198
ภาคผนวก ฉ	201
ประวัติผู้วิจัย	204

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
2.1	แสดงปริมาณอาหารที่แนะนำต่อวัน	22
2.2	แสดงรายการอาหารตามกลุ่มอาหาร	22
2.3	แสดงค่าดัชนีมวลกาย	25
2.4	ร้อยละของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจก่อนนาที่ในแต่ละอายุ	27
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม	80
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามภาวะสุขภาพ	82
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และความยาวรอบเอว	83
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมกับบุคคลต่างๆ	85
4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและระดับความคาดหวังผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง	86
4.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง	86
4.7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง	87
4.8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	88
4.9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	89
4.10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
4.11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	90
4.12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามการลดหรือเพิ่มของน้ำหนักและความยาวรอบเอวก่อนและหลังการทดลอง	91
4.13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลอง	92
4.14	จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมรายชื่อ ก่อนการทดลอง	141
4.15	จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายชื่อ ก่อนการทดลอง	143
4.16	จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ รายชื่อ ก่อนการทดลอง	145
4.17	จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมรายชื่อ หลังการทดลอง	147
4.18	จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายชื่อ หลังการทดลอง	149
4.19	จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายुरายชื่อ หลังการทดลอง	151

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น	40
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของประชากรไทยอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มที่ชัดเจนว่า ประชากรผู้สูงอายุจะมากขึ้น ทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความสำเร็จของการวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ที่เจริญก้าวหน้าขึ้น รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผนครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวมีผลทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2518 ประชากรโลกทั้งหมดมีจำนวน 4,100 ล้านคน และเพิ่มเป็น 6,070.58 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 7,851.45 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และเมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรโลกที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุนั้น พบว่า ปี พ.ศ. 2518 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 350 ล้านคน และเพิ่มเป็น 607.06 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไปถึง 1,177.72 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 สัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากรรวมจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปีมากขึ้น ผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 79.1 ปี และผู้หญิงมีอายุเฉลี่ย 81.5 ปี และคาดว่าอัตราส่วนพึ่งพิง (old-age dependency ratio) จะเพิ่มขึ้นจาก 11.8 เป็น 22.7 ในอีก 20 ปีข้างหน้า (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2550) จากความเสื่อมของสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกส่วน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเป็นภาระแก่ญาติและผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2549: 8) ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมของประเทศ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากร โดยตรงทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และประชากรวัยแรงงานที่ต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วย (สังคมผู้สูงอายุ, www.stu.ac.th)

จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยง และปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2547: 12) ถึงแม้ผู้สูงอายุไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ไม่ได้หมายความว่า จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไปด้วย ดังการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ (2544) พบว่าจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีช่วงชีวิตที่อยู่ในระยะที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีภาวะทุพพลภาพยังอยู่ในระดับสูง ภาวะนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค เมื่อพิจารณาปัญหาดังกล่าวพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดมาจากความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ แต่ก็ยังมีหลายโรคหรือปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องมาช้านาน โดยส่วนมากผู้สูงอายุจะเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากแล้วจะให้มีความแข็งแรงเหมือนกับวัยหนุ่มสาวไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่คิดที่จะทำอะไรและในที่สุดก็จะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา, 2534: 21) และจากสภาพด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมและบริการมีผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง อีกทั้งสตรีซึ่งมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุก็มีบทบาทด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นจากการทำงานนอกบ้านทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินบทบาทในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุได้ลำบากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สัมฤทธิ์ ศรีธีราชสวัสดิ์และคณะ, 2550: 68) แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในสังคมและในโครงสร้าง และองค์ประกอบของครัวเรือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรทั้งบุตรที่สมรสแล้วและบุตรที่ยังเป็นโสด และยังคงอาศัยอยู่ในบ้านซึ่งอาจเป็นบ้านของผู้สูงอายุเองหรือบ้านของบุตร (Bose, A.B., 1996: 82-95)

ระบบการดูแลระยะยาวในอนาคตจะเน้นการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) ซึ่งหมายถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคงมีส่วนร่วมและมีความสามารถในกิจกรรม ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวสามารถพึ่งตนเองได้ ให้สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่นับวันจะมีอายุยืนยาวขึ้น (สมาคมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2550) การสนับสนุนผู้สูงอายุในสังคมให้เป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุมีหลายขั้นตอนต่อเนื่องกันไป เริ่มตั้งแต่การชะลอความเสื่อม การสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพหลักๆ คือ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ในการช่วยเหลือ

ให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว การทำแบบเดิมๆ คือการให้ความรู้หรือสอน สุขศึกษาแบบต่างๆ อาจยังไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนได้ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2550: 11) ดังสถิติจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2545 พบว่า ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์มีผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 17.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.9 ออกกำลังกายทุกวัน รองลงมา ร้อยละ 15.0 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และใน แต่ละครั้งที่ออกกำลังกายร้อยละ 42.9 จะใช้เวลาออกกำลังกายประมาณ 10-20 นาที ส่วนพฤติกรรม การบริโภคอาหารนั้นจากการสำรวจขนาดและพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มใน ผู้สูงอายุไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2545 พบว่ายังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ ดื่มนม คิดเป็นร้อยละ 33.1 รับประทานผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 40.4 เกือบมากทุกวัน ร้อยละ 26.9 และ พบผู้สูงอายุที่ดื่มสุรา ร้อยละ 4 (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2547: 21- 22) เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะประสบปัญหาทางด้านสุขภาพด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ประกอบกับความต้องการพลังงานของวัยสูงอายุลดลง จึงจำเป็นที่จะต้องเลือกรับประทานอาหาร ที่ มีประโยชน์และได้รับสารอาหารอื่นๆ พร้อมกับพลังงานที่เพียงพอ อาหารเป็นรากฐานสำคัญ สำหรับสุขภาพ ถ้าผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เพียงพอกับปริมาณและคุณภาพจะเกิดปัญหาขาดอาหาร (ภาวะโภชนาการด้อย) ส่วนผู้ที่ได้อาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจะเกิดการอ้วน (ภาวะ โภชนาการเกิน) โรคเรื้อรังต่างๆ จึงมีความสัมพันธ์กับอาหารที่รับประทานเข้าไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะระดับไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเก๊าท์ โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น (ความสำคัญของอาหารกับวัยสูงอายุ, www.agingthai.org) ส่วนการ ออกกำลังกายนั้นนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยให้ระบบไหลเวียนของ เลือดทำงานได้ดี ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้มากขึ้น ป้องกันโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตต่ำ มีภูมิ ด้านทานของร่างกายดีขึ้น และป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคข้อเสื่อม อีกทั้ง ช่วยในการควบคุมน้ำหนัก การทรงตัว และทำให้เคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้นและยังช่วยให้ระบบ ขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น ช่วยลดความเครียด และทำให้การนอนหลับพักผ่อนดีขึ้น (การออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ, www.kucitypic.kasetsart.org) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 57,957 คน แต่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการออกกำลังกายถึง ร้อยละ 91.97 มีเพศชายที่ออกกำลังกาย เพียงร้อยละ 9.7 และเพศหญิงที่ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 6.5 (รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 จังหวัดกาญจนบุรี, www.kanchanaburi.nso.go.th)

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จำนวน 47 คน เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ในด้านการ

บริโภคอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ 1-2 ครั้ง/เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.70 รับประทานครั้งละ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 27.65 ส่วนในการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย หรือขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทาน 1-2 ครั้ง/เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.70 รับประทานครั้งละ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 21.27 และข้อมูลในด้านการออกกำลังกายนั้นพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย และผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 17.02 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว คิดเป็นร้อยละ 55.32 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุบางคนอาจจะปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพ แต่บางคน อาจจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง นอกจากนั้นแม้ในผู้สูงอายุคนเดียวกันอาจปฏิบัติตัวถูกต้องในบางด้าน เช่น ออกกำลังกายถูกต้องแต่ด้านการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง เป็นต้น เป็นความจริงที่ว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่ปรากฏอยู่นั้นเป็นผลเนื่องมาจากความเคยชินจากการปฏิบัติช่วงวัยเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545: 107) ดังการศึกษาของธิดา กิจจาชาญชัยกุล (2541) พบว่าความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย และพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับ การควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของกฤษณา สกุลรัง (2544) และนริมาลย์ นิละไพจิตร (2544) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารอีกด้วย นอกจากนี้ผลการวิจัยของนิภา เชื้อทอง (2544) ยังพบว่าโปรแกรมสุขศึกษา ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมีประสิทธิภาพทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งให้ตนมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นยิ่งที่จะมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพราะจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสามารถ

ดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคมและเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อันเป็นแนวทางที่จะส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุต่อไป

ปัญหาในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่จัดให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังนี้
 - 1.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
 - 1.2 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
 - 1.3 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม
 - 1.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

สมมติฐานในการวิจัย

1. หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีวก่อนการทดลอง
2. หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดีวก่อนการทดลอง
3. หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง
4. หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การเป็นตัวแบบแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ แนวคิด วิธีการคิดแก้ปัญหา และมีจดหมายกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุหลังการเข้ากลุ่มจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
 - 2.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
 - 2.2 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
 - 2.3 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม
 - 2.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งผลของการออกกำลังกายและการบริโภคนั้น ศึกษา

เฉพาะผลของการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่มีต่อสุขภาพร่างกาย ประเมินจากแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง

นิยามตัวแปรในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยจัดกิจกรรมขึ้นทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การแนะนำการฝึกเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ แนวคิด วิธีการคิดแก้ปัญหา และกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยใช้จดหมายกระตุ้นเตือนส่งถึงผู้สูงอายุโดยตรงภายหลังการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง 2 สัปดาห์จนสิ้นสุดโปรแกรม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี และเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี สติสัมปชัญญะดี และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หมายถึง การรู้ ความเข้าใจ หรือการบอกหรืออธิบายเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และรับประทานอาหารเช้าครบหลัก 5 หมู่ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความถี่ ความหนักเบา ระยะเวลาและชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยวัดได้จากการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าจะเกิดผลดีขึ้นอย่างไรหลังจากได้ปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งวัดได้จากการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน ได้รับอาหารหลักครบ 5 หมู่ และลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มี แป้ง กะทิ และไขมันสูง รวมถึงอาหารหรือขนมที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด ประเมินจากแบบสอบถาม แบบสำรวจและแบบบันทึกพฤติกรรม

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ความสม่ำเสมอ ความถูกต้องของท่าทางการออกกำลังกาย ระยะเวลาการออกกำลังกาย ประเมินจากแบบสอบถาม แบบสำรวจและแบบบันทึกพฤติกรรม



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

3.1 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

3.2 แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

3.3 แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยทั่วไป

ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรม (WHO, Expert Committee, 1989: 7-8 อ้างในรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545: 7)

บรรลุ ศิริพานิช (2551) ให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้อายุเป็นหลักในการแยกจากบุคคลอายุอื่นๆ โดยถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไป

ประสพ รัตนากร (2536) ให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

พัฒนาการของวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งบางคนอาจจะดูยังไม่แก่ และยังสามารถปฏิบัติงานต่างๆ ได้ดีเช่นเดียวกับวัยกลางคน บางคนเป็นผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่ได้จนกระทั่งอายุ 75 หรือ 80 ปี หลังจากนั้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะค่อยๆ ลดลง โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก กระทรวงสาธารณสุข (2541: 7-23) ได้แบ่งวัยสูงอายุออกเป็น 2 ช่วงคือ

1. วัยสูงอายุระยะแรก (Young old) คือผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี (หรือ 80 ปี) เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมในกิจการต่างๆ ได้
2. วัยสูงอายุระยะหลัง (Old old) คือผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากจนขาดความคล่องแคล่วว่องไวในการเดิน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน ลดลง ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ

ยูริคและคนอื่นๆ (Yurick, et al. 1980: 31) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Aging) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี เป็นวัยที่ยังไม่ชรามาก ทำงานได้ ถ้าสุขภาพกายและจิตดี
2. ผู้สูงอายุวัยท้าย (Old old) คือผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราที่แท้จริง

โอไบรอัน (O' Brien, 1975: 123) กล่าวว่ากลุ่มผู้สูงอายุแต่ละช่วงอายุนั้นมีอิทธิพลต่อวิธีการปรับตัว เจตคติ และปรัชญาในการดำรงชีวิต จึงแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 ช่วงคือ

1. ผู้สูงอายุช่วงแรก (Young old) คือผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี
2. ผู้สูงอายุช่วงหลัง (Old old) คือผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องค้นพบว่าจะจัดประเภทผู้สูงอายุออกเป็น 2 ช่วงอายุคือ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-74 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 75 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจึงได้นำมากำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ อายุ 60-75 ปี ทั้งนี้เพราะเป็นวัยที่ยังทำงานได้ ถ้ามีสุขภาพกายและจิตดี และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้โดยไม่เป็นปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 7-23)

1.1 ระบบห่อหุ้มร่างกาย ระบบห่อหุ้มร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ผิวหนัง ต่อมเหงื่อ ผม และเล็บ ซึ่งนอกจากเกิดจากความชราแล้วการเปลี่ยนแปลงยัง

ได้รับอิทธิพล จากกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม อาหารและสุขภาพต่างๆ ไปมาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีดังต่อไปนี้ คือ

- ผิวหนัง ลักษณะผิวหนังของผู้สูงอายุ แตกต่างกันไปตาม ตำแหน่งของร่างกาย เช่น บริเวณหน้า จะมีรอยตีนกาบริเวณหางตา บริเวณคอมีรอยย่นมาก เพราะมี ไขมันใต้ผิวหนังน้อย ผิวหนังมักซีด ไม่มีน้ำมันวลเหมือนวัยหนุ่มสาว เนื่องจากหลอดเลือดฝอย บริเวณหน้าลดลง บางคนหน้าเป็นฝ้ามากขึ้น บริเวณแขนขา หลังมือ มีไขมันใต้ผิวหนังน้อย เช่นเดียวกันทำให้มองเห็นเป็นรอยย่นชัดเจน ผิวหนังมักบางมองเห็นหลอดเลือดใต้ผิวหนังได้ชัด และบางแห่งอาจมีพรายน้ำ (senile purpura) เพราะหลอดเลือดฝอยเปราะแตกง่าย บางแห่งมีจุด เหมือนจิ้งแมลงวัน (senile lantigo) มากขึ้น บางแห่งมีรอยด่างและสีไม่สม่ำเสมอ เรียกว่า ตกกระ (actinic keratosis) ส่วนบริเวณลำตัว โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและสะโพกจะมีไขมันใต้ผิวหนัง มาก ทำให้มีลักษณะพุงพลุ้ย ผิวหนังตามตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายเหล่านี้ เมื่อเป็นแผลแล้วจะหาย ช้ามาก เพราะเซลล์แบ่งตัวได้ช้า

- ต่อมเหงื่อ จะขับเหงื่อได้น้อยลง ขนาดของต่อมเหงื่อเล็ก ลงและจำนวนเหลือน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว จึงระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ ร้อนมากเมื่ออากาศร้อนจนอาจเป็นลมจากความร้อนได้ง่าย สาเหตุของการระบายความร้อนไม่ดี มี ส่วนหนึ่งเกิดจากประสาทอัตโนมัติที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นไม่ดี ทำ ให้การขยายของหลอดเลือดฝอยและการขับเหงื่อของต่อมเหงื่อเป็นไปค่อนข้างช้า และทนต่อความ หนาวเย็นไม่ค่อยได้ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังบริเวณแขนขาลดลง

- ผม จะเปลี่ยนเป็นสีขาวแห้ง และร่วงง่าย เนื่องจาก เนื้อเยื่อผิวหนังศีรษะเหี่ยวลง การไหลเวียนของโลหิตลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บ จะยาวช้ากว่าปกติ มีลักษณะแข็งและเปราะง่าย

1.2 ระบบไหลเวียน การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนมีผลทำให้ ระบบอื่นๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนและอาหารลดลง อันเป็นต้นเหตุของการเสื่อมของอวัยวะ อื่นๆ ตามมา การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่

- หัวใจของผู้สูงอายุมักมีรูปร่างและขนาดไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากบางรายที่มีขนาดเล็กลง ภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีสารไขมันเรืองแสงซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก การเสื่อมของเซลล์และกำลังถูกกำจัดให้สลายจึงมักอยู่ใกล้กับไลโซโซม (lysosome) สารนี้ถือเป็น สารแห่งความชรา (aging pigment) เรียกว่า ไลโปฟุสซิน (lypofuscin) เยื่อหัวใจหนาขึ้นและมี ไขมันแทรกซึมอยู่ในกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจมักหนาและแข็งเป็นผลจากการมีพังผืด (fibrosis)เกิดขึ้น ทำให้การนำกระแสประสาทไม่ดี การทำงานของหัวใจลดลง

- หลอดเลือดจะเสียความยืดหยุ่น ทำให้มองเห็นหลอดเลือดได้ชัดเจนตรงบริเวณศีรษะ คอ แขน ขา การที่ผนังหลอดเลือดแข็งและเสียความยืดหยุ่นนี้ทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ ค่าความดันเลือดสูงขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนดังกล่าวแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยง่าย เมื่อออกกำลังกาย บางรายอาจมีอาการหน้ามืดเป็นลม เพราะการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจไม่ดีและการทำงานซดเซยเมื่อเกิดภาวะเครียดไม่ดีพอ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดิม เกิดความกลัววิตกกังวล ถ้าไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้

1.3 ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเช่นเดียวกับระบบไหลเวียนซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- อวัยวะช่วยหายใจ ทรวงอกมีรูปร่างคล้ายถังเบียร์ คือ มีความหนาจากหน้าไปหลังเพิ่มขึ้น กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังมีการเคลื่อนไหวขณะหายใจเข้าหายใจออกลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอ่อนแอลง การหายใจส่วนใหญ่ต้องใช้กระบังลมช่วย กล่องเสียงเสื่อม ทำให้มีเสียงแหบห้าวและแห้ง

- ปอด มีแนวโน้มที่จะมีขนาดโตขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อปอดไม่ดี เชื้อหุ้มปอดแห้งทึบ และมีการคั่งของน้ำในช่องเชื้อหุ้มปอดได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย เช่น หลังผ่าตัดหรือเมื่อร่างกายมีความต้านทานลดลงจากเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบหายใจได้ง่าย

1.4 ระบบกล้ามเนื้อ จากการศึกษพบว่าปริมาณกล้ามเนื้อ (lean body mass) ลดลงจาก 59 กก. เมื่ออายุ 25 ปี เหลือเพียง 47 กก. เมื่ออายุ 65-70 ปี ขณะเดียวกันไขมันจะเพิ่มจาก 14 กก. เมื่ออายุ 25 ปี เป็น 26 กก.เมื่ออายุ 70 ปี ตัวเลขนี้อาจแตกต่างกันบ้างในการศึกษาแต่ละครั้งแต่ได้ข้อสรุปที่เหมือนกัน คือ ปริมาณกล้ามเนื้อลดลงและปริมาณไขมันเพิ่มขึ้น การเพิ่มของไขมันเกิดจากร่างกายดึงไปใช้น้อยลง ทำให้มองเห็นผู้สูงอายุมีลักษณะกล้ามเนื้อหย่อนยาน ซึ่งเห็นได้ชัดบริเวณแขนและมีลักษณะลงพุง

การทำงานประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อเสื่อมลง การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุมักเดินก้าวสั้นๆ ท่าทางเดินไม่ค่อยมั่นคง มีไหล่ห่อเนื่องจากกล้ามเนื้อต้นแขนเล็กลง และปุ่มกระดูกAcromion process เสื่อมลง

1.5 ระบบกระดูก กระดูกจะบางลงเพราะมีการเกาะของแคลเซียมลดลง เนื่องจากการใช้แรงงานในชีวิตประจำวันลดลง กระดูกจึงรับแรงที่มากกว่าทำน้อยตามไปด้วย ซึ่งแรงที่มากกว่าต่อกระดูกนี้จะสามารถกระตุ้นการสร้างกระดูกให้หนาขึ้นได้ สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากการขาด โปรตีนและเกลือแร่ ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามิน หรือขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งช่วยในการดูดซึมแคลเซียมและมีการจับของแคลเซียมในเนื้อกระดูก จึงมักพบภาวะกระดูกพรุนในเพศหญิงหลังหมดประจำเดือนมากกว่าผู้สูงอายุชาย การเกิดกระดูกพรุน ทำให้ผู้สูงอายุมักประสบภาวะกระดูกเปราะและหักง่าย

ข้อกระดูกต่างๆ ก็เสื่อมลงเช่นกัน เยื่อหุ้มข้อ เยื่อหุ้มกระดูก จะเสื่อมสภาพไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าไม่มีการใช้งานจะยิ่งเสื่อมมาก ข้อใดที่ยังใช้งานจะเสื่อมน้อยกว่า ตามปกติกระดูกผิวข้อจะไม่มีเลือดหรือเส้นประสาทมาเลี้ยง การสึกกร่อนระยะแรกจึงยังไม่มีอาการปวด ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นกระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลง จนถึงเนื้อกระดูกที่รองรับอยู่ทำให้รู้สึกปวดและไม่สามารถรับน้ำหนักได้เหมือนปกติ

การมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทำให้ผู้สูงอายุต้องจำกัดกิจกรรมลง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว หรือรู้สึกลำบากใจถ้าต้องอยู่ในภาวะเร่งรีบ การเดินทางออกจากบ้านอาจจะน้อยครั้งลง เพราะกลัวว่าจะไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับบ้านมากขึ้น และถ้าการอยู่กับบ้านเป็นการจำกัดให้ผู้สูงอายุใช้แรงงานในชีวิตประจำวันน้อยลงแล้ว จะยิ่งทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกและข้อมากขึ้น

1.6 ระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงของสมองมักจะเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่เฉพาะเจาะจง จะพบว่าสมองของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลง เซลล์ประสาทลดลงจากวัยหนุ่มสาวประมาณ 6.7% ทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี มีน้ำหนักสมองเพียง 1150 กรัม ในขณะที่คนหนุ่มสาวอายุ 25 ปี มีน้ำหนักสมอง 1400 กรัม

การนำกระแสประสาทจะช้าลงเนื่องจากการทำลายของปลอกประสาท พบว่า ปลอกประสาทบางส่วนหายไปเป็นช่วงๆ บางส่วนมีการงอกใหม่ซึ่งอาจเหลือร่องรอยไว้ทำให้ขัดขวางการนำกระแสประสาท ซึ่งมีผลให้การนำกระแสประสาทรับรู้ลึกเข้าสู่สมองช้าลง ผู้สูงอายุจึงตอบสนองต่อการกระตุ้นและปฏิกิริยาสะท้อนกลับช้าลงกว่าเดิม ซึ่งพบว่าการนำการรับรู้ในระบบประสาทลดลง 15% เส้นประสาทที่มาสั่งงานของกล้ามเนื้อก็เสื่อมลงเช่นกัน ผู้สูงอายุ จึงมักทำอะไรได้ช้ากว่าปกติ ความแม่นยำจะเสียไปมาก เนื่องจากการทำงานของสมองและอวัยวะต่างๆ ไม่ประสานกันเท่าที่ควร ร่วมกับความอ่อนแอของกล้ามเนื้อและการเสื่อมของกระดูก และข้อทำให้ผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุจากการหกล้มได้ง่าย

1.7 ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ (Special Senses) ระบบประสาทสัมผัส

พิเศษประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ซึ่งเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้คือ

- ตา การเสื่อมของตาทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาความปลอดภัย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสุขสบายอื่นๆ อย่างมาก การเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นตั้งแต่หนัง ตาบนซึ่งปกติจะบาง ไม่มีไขมันใต้ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นจึงเกิดหนังตาหย่อนได้ง่าย หนังตาล่างจะ บวม (senile elastosis or puffy lids) เนื่องจากไขมันที่อยู่ใต้ลูกตาดันออกมาเพราะผนังกันไม่แข็งแรง

ผู้สูงอายุมักสายตายาว การปรับสายตาจากมองใกล้เป็น มองไกล หรือมองไกลเป็นมองใกล้ได้ไม่ดี เมื่อมองวัตถุที่เคลื่อนไหวเร็วๆ จะรู้สึกเวียนศีรษะ เพราะ การทรงตัวในผู้สูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งต้องอาศัยการมองเห็น เลนส์ตามักขุ่นทำให้ทึบแสงมากขึ้น และมีสีเหลืองเพิ่มขึ้น เมื่อแสงผ่านเลนส์ตาลักษณะนี้จะถูกกรองเก็บแสงสีน้ำเงินและสีม่วงไว้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นวัตถุที่มีสีม่วงและสีน้ำเงินไม่ชัดและไม่สามารแยกความแตกต่างของสี 2 สีนี้ ได้อย่างชัดเจน แต่ผู้สูงอายุจะมองเห็นวัตถุสีแดงและสีเหลือง ได้ชัดเจนดีมาก เนื่องจากเลนส์ตาที่ กลายเป็นสีเหลืองต้องใช้แสงสว่างมากขึ้น เพื่อการมองที่ชัดเจนและการมองเห็นเกี่ยวกับความลึก ลดลง เนื่องจาก การตอบสนองของจอตาต่อแสงที่ไปกระตุ้นถูกขัดขวาง จึงทำให้ความสามารถใน การเพ่งมอง (light accumulation) ลดลง และถ้าเลนส์ตาขุ่นมากจนมีลักษณะทึบแสงเรียกว่า เป็นต้อ กระจก

- หู การเปลี่ยนแปลงของหูชั้นนอก มีขี้หูมากขึ้น หูชั้น กลางมีการเปลี่ยนแปลงของแก้วหู คือ มักจะแข็งและฝ่อ ส่วนหูชั้นในและหลังโกลีเลีย มีการตาย ของเซลล์ชั้นตรงบริเวณกันหอย ซึ่งมักเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงร่วมกับมีของเหลวอยู่ในกัน หอยมากขึ้น ทำให้ผนังบวมกดดันเซลล์ขนจนในที่สุดเซลล์ขนตาย ก่อนตายอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก เหมือนมีเสียงในหู เวียนศีรษะแบบบ้านหมุน การได้ยินลดลงซึ่งจะสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่ สูงมากกว่าเสียงที่มีความถี่ต่ำ การสูญเสียการได้ยินทำให้ผู้สูงอายุถูกตัดขาดจากสิ่งแวดล้อม เมื่อ อยากรู้ได้ยินเสียงอาจต้องขอร้องให้ผู้พูดพูดเสียงดัง ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการพูดตวาดก็ได้ หรือลูกหลานอาจ แสดงอาการหงุดหงิด ถ้าผู้สูงอายุฟังไม่รู้เรื่อง

- ลิ้น จำนวนปุ่มรับรส ที่ยังทำงานได้ลดลงจากเดิมถึง 80% คือเหลือเพียงประมาณ 1/3 เท่านั้น ทำให้การรับรสได้ไม่ดี โดยเฉพาะรสหวาน ซึ่งมีปุ่มรับรส อยู่บริเวณปลายลิ้นจะสูญเสียก่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่หวานจัดขึ้น จึงจะรู้สึก ว่า หวานขึ้นใจ ต่อมาจะสูญเสียการรับรสเค็มก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุชอบอาหารที่มีรสเค็มจัดขึ้นเช่นกัน

จากการที่ปุ่มรับรสเหลือน้อยลงประกอบกับการมีน้ำลายในปากน้อยลงและจมูกรับกลิ่นได้ลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารได้ง่าย

- จมูก ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากจำนวนใยประสาทรับกลิ่นมีจำนวนน้อยลง ความสามารถในการรับกลิ่นลดลงนี้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่คนเดียวเพราะอาจไม่ระวังไวต่อกลิ่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจจะรับประทานอาหารที่บูด โดยไม่ทราบ เพราะทั้งจมูกดมกลิ่นและลิ้นรับรสเสียไปก็ได้

- ผิวหนัง ความรู้สึกจากการสัมผัสที่ผิวหนังลดลง อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย เพราะความรู้สึกต่อแรงกดและความเจ็บปวดลดลง

1.8 ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่

- ฟัน มักจะหักเหลือน้อยซี่ลง ที่เหลืออยู่มักจะโยกคลอนไม่แข็งแรงพอที่จะขบเคี้ยวอาหารแข็ง บางคนต้องใส่ฟันปลอม ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารที่มีลักษณะเหนียว และอาหารที่มีก้างหรือกระดูก

- หลอดอาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง จะรู้สึกอาหารติดคอถ้ารับประทานเร็ว หลอดอาหารมักขยายใหญ่ออก หูรูดของหลอดอาหารคลายตัวน้ำย่อยในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้หลอดอาหารอักเสบได้ง่าย และผู้ป่วยจะรู้สึกแสบหน้าอก

- กระเพาะอาหารบีบตัวน้อยลง ขับน้ำย่อยคือ กรดเกลือได้น้อยลงกว่าหนุ่มสาวถึง 35% ทำให้อย่อยโปรตีนได้น้อยลง และยังทำให้การดูดซึมเหล็ก แคลเซียม และวิตามินบี 12 ลดลง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของกรดต่าง ปริมาณการไหลเวียนเลือดและการเจริญเติบโตของแบคทีเรียบางชนิดด้วย การที่กระเพาะอาหารบีบตัวได้ช้าลงทำให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะนานขึ้น

- ลำไส้ ตลอดความยาวของลำไส้มีการฝ่อของเยื่อบุเป็นหย่อมๆ ประกอบกับน้ำย่อยจากกระเพาะลดลง เซลล์ที่ทำหน้าที่ดูดซึมน้ำน้อยลง และเลือดมาเลี้ยงลำไส้ใหญ่ช้าลง ร่วมกับการขับเมือกของลำไส้ใหญ่มีน้อยลง กากอาหารที่ผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่จะดูดซึมน้ำกลับไปมาก จึงทำให้อุจจาระแห้งมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงท้องผูกได้ง่าย

1.9 ระบบทางเดินปัสสาวะ มีการเปลี่ยนแปลงคือ

- ไต ขนาดของไตเล็กลง เพราะมีการสูญเสียเซลล์ประมาณ 0.6% ต่อปี ซึ่งมีผลทำให้การทำงานลดลงถึง 40-60% เมื่ออายุ 75 ปี เลือดไหลผ่านไตลดลงถึง 53% ทำให้ประสิทธิภาพการกรองลดลง ค่าอัตราการกรอง (Glomerulo Filtration Rate) ของคนอายุ

90 ปี ลดลงจากคนอายุ 20 ปีถึง 50% การดูซึมน้ำหนักกลับของไตลดลงทำให้ปัสสาวะของผู้สูงอายุเข้มข้นน้อยลง

- กระเพาะปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะร่วมกับภาวะหย่อนยานของกระบังลม ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะหลังถ่ายปัสสาวะ ประกอบกับกระเพาะปัสสาวะจุน้ำปัสสาวะได้น้อยลงจาก 500 ซีซี เหลือเพียง 250 ซีซี. จึงทำให้กระเพาะปัสสาวะเต็มง่าย ทำให้ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน ซึ่งเป็นเวลาที่มีเลือดไหลผ่านไตมาก หูดกระเพาะปัสสาวะหย่อนยาน โดยเฉพาะในหญิงสูงอายุที่ผ่านการคลอดบุตรหลายคน ร่วมกับการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้อวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอ่อนแอ เกิดปัสสาวะเล็ดขณะไอหรือจาม (Stress incontinence of urine) ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ของตน

- การขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ชายที่อายุเกิน 50 ปี มักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้อุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีปัสสาวะค้างค้างในกระเพาะมาก ปัสสาวะออกช้าและสายปัสสาวะไม่พุ่งซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทรมานมากและกังวลเมื่อต้องเดินทางไกล

1.10 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อต่างๆ จะเริ่มเสื่อมลงได้แก่

- ต่อมใต้สมองส่วนหน้า
- ต่อมไทรอยด์
- ต่อมพาราไทรอยด์
- ต่อมหมวกไต
- ตับอ่อน
- ต่อมเพศชาย
- ต่อมเพศหญิง

1.11 ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์นั้นเป็นผลจากระดับฮอร์โมนเพศลดลงคือ เอสโตรเจนในเพศหญิง และเทสโทสเตอโรนในเพศชาย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญได้แก่

2.1 บุคลิกภาพ จากการศึกษาของแมคคอยและคณะ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพเกิดขึ้นแม้มีอายุมากขึ้น ลักษณะบุคลิกภาพจะยังคงเป็นไปเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมาและจะยังมีลักษณะที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น คนที่เคยพูดมากก็จะยังคงเป็นคนพูดมากอยู่เหมือนเดิมหรืออาจจะคุยมากขึ้น ส่วนผู้ที่เงียบเฉยก็จะยังคงเงียบเฉยเช่นเดิม ทรานแทที่ร่างกายยังมีความแข็งแรง

ผู้สูงอายุยังคงเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม และลงเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมา ลักษณะดังกล่าวจะเป็นอยู่ต่อไปอย่างราบรื่นตามสภาพของร่างกายและสถานการณ์ ในชีวิตที่ประสบ แต่เมื่อไรก็ตามที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายู่ร่วมกับผู้ที่อ่อนวัยกว่าค่อนข้างลำบาก หรือผู้ที่อ่อนวัยกว่ารู้สึกหนักใจที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ บุคลิกภาพที่มีลักษณะแฝงก็จะปรากฏออกมาชัดเจนขึ้น จนบุคคลทั่วไปเข้าใจว่าบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ คือเป็นผู้ที่มีความยึดมั่น อนุรักษ์นิยม เอาแต่ใจตนเองเป็นใหญ่และความคิดเห็นไม่ค่อยลงรอยกับผู้อื่น ลักษณะการใช้อำนาจและพยายามบังคับผู้อื่นก็พบได้บ่อยขึ้น

สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่พบเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ เป็นลักษณะที่แฝงอยู่ในบุคคลนั้นๆ มาก่อน แต่ไม่มีโอกาสแสดงออกหรือแสดงออกมาโดยใช้กลไกทางจิตใจ ซึ่งนิเวศน์ กล่าวว่าลักษณะดังกล่าวพบได้ในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย คือ ผู้สูงอายุหญิงมักจะแสดงออกถึงความก้าวร้าว และเอาแต่ใจตนเองมากขึ้น เพื่อให้ผู้อื่นยอมรับในความมีคุณค่าของตน ส่วนผู้สูงอายุชาย มักจะแสดงออกโดยการยอมรับทำตามข้อชี้แนะของผู้อื่น ต้องการพึ่งพาผู้อื่น และต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น พฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นเพราะชายสูงอายุสามารถทำใจกว้างยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองว่าไม่ได้อยู่ในบทบาทของหัวหน้างานและไม่ต้องแข่งขันในโลกของการทำงานอีกต่อไปก็ได้ และนิเวศน์ ได้แบ่งบุคลิกภาพของผู้สูงอายุออกเป็น 4 แบบ คือ

2.1.1 แบบผสมผสาน (integrated personality) เป็นลักษณะ

ผู้สูงอายุที่พบได้ทั่วไป ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถอยู่ในสังคมได้ดี สติปัญญายังคงอยู่ เป็นคนมีความยึดหยุ่น สนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ มีอารมณ์ดี สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียและอยู่กับโลกของความจริง มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต บุคลิกภาพในกลุ่มนี้ ยังแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อยคือ

- แบบจัดกิจกรรม (organizers) คือผู้ที่มีกิจกรรมที่หลากหลาย เมื่อสูญเสียบทบาทอย่างหนึ่งไปหรือขาดกิจกรรมอย่างหนึ่งไป จะหากิจกรรมใหม่มาทำจนมีกิจกรรมเท่ากับก่อนเกษียณ

- แบบเลือกกิจกรรม (focused) เป็นผู้สูงอายุที่เลือกทำกิจกรรมบางอย่างที่อยากทำเท่านั้น และจะอุทิศร่างกายและแรงใจทั้งหมดกับกิจกรรมที่เลือกและเห็นว่าสำคัญ มากกว่าจะนำไปร่วมกิจกรรมหลายๆ กิจกรรม

- แบบปล่อยวาง (disengaged) เป็นคนที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูง สนใจสิ่งแวดล้อมและโลกภายนอก แต่สมัครเป็นผู้ดูมากกว่าสนใจเข้าไปปฏิบัติเอง เป็นผู้ปล่อยวางบทบาทและภาวะหน้าที่ต่างๆ โดยไม่รู้สึกว้าเหว่แต่อย่างใด เป็นคนชอบสงบและมีความพึงพอใจในชีวิต

2.1.2 แบบปกป้องตนเอง (defensed personality) เป็น

บุคลิกภาพของผู้ที่มองตนเองว่าทำงานประสบผลสำเร็จมาโดยตลอด เป็นคนที่ผลักดันตนเองให้ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลาและต้องการจะเป็นเช่นนั้นอยู่เรื่อยๆ ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการจะปกป้องตนเองโดยต่อสู้กับความวิตกกังวล บุคลิกภาพแบบปกป้องตนเองนี้ ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

- แบบยึดมั่นถือมั่น (holding) คือบุคคลที่ยังพยายามคุมอำนาจของผู้อื่นไว้โดยมีปรัชญาว่า “ฉันจะทำงานจนกว่าชีวิตจะหาไม่” ดังนั้นตราบเท่าที่ผู้สูงอายุยังทำให้ตนเองยุ่งกับงานได้ ท่านก็จะยังคงควบคุมความวิตกกังวลไว้ได้และรู้สึกว่าคุณเองยังมีค่า

- แบบสังคัมแคบ (constricted) คือ ผู้ที่หมกหมุ่นอยู่กับเรื่องของการสูญเสียและข้อจำกัดของตนจะไม่เปิดรับประสบการณ์ใหม่ มีสัมพันธ์ภาพกับสังคมน้อย อย่างไรก็ตามก็เป็นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังคงเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิต อาจเป็นเพราะรู้สึกว่า ไม่มีอะไรแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุกับไม่สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีสุขภาพจิตดี

2.1.3 บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (passive dependent personality) เป็น

ผู้สูงอายุที่ไม่อาจอยู่ได้อย่างอิสระหรือตามลำพัง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

- แบบพึ่งพาสังคัม (succorance seeking) เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก จะแสวงหาความช่วยเหลือ และแรงสนับสนุนจากคนอื่น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะยังคงอยู่ในสังคัม ตราบเท่าที่ยังมีผู้อื่นให้พึ่งพาหนึ่งหรือสองคน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมและพึงพอใจในชีวิตปานกลาง

- แบบทิ้งสังคัม (apathetic) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสังคัมน้อยมากและรู้สึกว่าชีวิตดำเนินไปด้วยความยากลำบาก มักเกิดจากมีความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมามาก่อนข้างต่ำ

2.1.4 บุคลิกภาพแบบขาดการผสมผสาน (disintegrated or disorganized personality) เป็น

กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับวัยสูงอายุได้ ทำให้มีอาการทางจิตและประสาท ซึ่งพบได้น้อย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังไม่จำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์

2.2 ลักษณะอารมณ์ ลักษณะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุจะเป็นไปในรูปใด

ขึ้นอยู่กับพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา ถ้าในวัยที่ผ่านมาผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในภาระงานพัฒนาการจะทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะอารมณ์ที่เหมาะสม โดยสามารถมองย้อนไปถึงอดีตแล้วประจักษ์ในชีวิตของตนว่ามีค่าและน่าพอใจ มีผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เป็นสุขสมหวัง และพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ปัจจุบัน แต่ถ้าปฏิบัติภาระงานพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาไม่สำเร็จ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองผิดพลาด รู้สึกบาป ทำให้เป็นคนใจน้อยและกระเทบกระเทือนใจได้ง่าย ไม่

ไว้วางใจใคร รู้สึกหม่อมานาจ แยกตนออกจากสังคม ประกอบกับสมรรถภาพ ทางกายที่เสื่อมถอย การพลัดพรากจากกันของเพื่อนวัยเดียวกัน การตายจากของคู่ครอง การเปลี่ยนแปลงบทบาทและ เศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ว้าเหว่ สิ้นหวัง ความรู้สึกดังกล่าวจะยิ่งรุนแรงขึ้น ถ้า ผู้สูงอายุต้องสูญเสียการยอมรับนับถือตนเอง (self-esteem) อันเนื่องมาจากขาดความเป็นอิสระใน การช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน การพึ่งพาผู้อื่นเป็นบ่อนทำลายการ ยอมรับนับถือตนเอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ให้คุณค่าของการพึ่งตนเอง ผู้สูงอายุมักจะขาดแรงจูงใจ ในการทำสิ่งต่างๆ มักจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะต้องเสี่ยง จะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มักจะสนใจสิ่ง ที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อตน และมักจะคิดว่าผู้อื่น ไม่ให้ความสนใจหรือไม่ให้เกียรติ

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ บทบาทในสังคม สถานภาพของผู้สูงอายุในสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคม คือ

2.3.1 บทบาทในสังคม ผู้ที่รับอาชีพรับราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือลูกจ้างบริษัทต่างๆ ย่อมต้องมีการเกษียณอายุตามระเบียบของสถานที่ ปฏิบัติงานนั้นๆ การเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียบทบาทที่เคยเป็นอยู่ในสังคม

2.3.2 ความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้สูงอายุมิวงสังคมที่จำกัด ลง เพราะไม่ได้ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านจึงมีความสัมพันธ์กับบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวจะแน่นแฟ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพที่เคยสร้างไว้กับ ลูกหลานในสมัยที่ลูกหลานยังอยู่ในวัยเด็ก ถ้าสร้างสัมพันธ์ภาพไว้ดี ปัญหาจะไม่มากนัก นอกจาก บุคคลในครอบครัวแล้วผู้สูงอายุมักจะสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นนอกครอบครัว ซึ่งได้แก่เพื่อน สนิทส่วนตัวตั้งแต่สมัยหนุ่มสาว หรือเพื่อนที่รู้จักกันเพราะมีความสนใจคล้ายๆ กัน หรือบุคคลใน ครอบครัวยุคใหม่ได้แก่ ลูกหลาน สามีภรรยาที่ได้ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมวัยของผู้สูงอายุมีความสำคัญ เทียบได้กับระยะวัยรุ่น คนร่วมวัยเข้าใจปัญหาของกันและกัน เห็นอกเห็นใจกันมากกว่า รู้สึกเป็น กันเองและซัดเซื้อกันมากกว่า การมีเพื่อนทำให้รู้สึกว่ามิกลุ่มของตน ไม่ว่าเหว่ โดดเดี่ยวหรือไร้ ความหมาย

2.3.3 สถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุถือเป็นชนกลุ่มน้อย ของสังคมที่ได้รับการปฏิบัติจากสังคมแตกต่างไปจากบุคคลอื่น สังคมที่มองว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพ สูง มักจะเป็นสังคมแบบดั้งเดิม สังคมที่ทำให้การเคารพนับถือจากบุตรหลานภายในครอบครัวเป็น อย่างดี มีสถานภาพในครอบครัวค่อนข้างสูง

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

การบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ (ความสำคัญของอาหารกับวัยสูงอายุ, www.agingthai.org)

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดลงจากวัยหนุ่มสาวแต่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและสร้างความต้านทานโรค อาหารมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ผู้ที่มีภาวะทางโภชนาการดีมีสุขภาพแข็งแรง มีการดำเนินชีวิตที่ดี ไม่เครียดจนเกินไป การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ภายในร่างกายจะเป็นไปอย่างช้าๆ ทำให้ไม่ค่อยแก่ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี เจ็บป่วยถี่มึนสุรา มีน้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป ร่างกายจะเสื่อมโทรมเร็วทำให้แก่เร็ว การกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการจึงเป็นเรื่องสำคัญ นับตั้งแต่เกิดจนเข้าสู่วัยชราอาหารหลัก 5 หมู่ เป็นอาหารหลักสำหรับคนไทยแต่ความต้องการของแต่ละวัยนั้นแตกต่างกัน ทั้งด้านปริมาณและลักษณะของอาหาร ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ ดังนี้

อาหารหมู่ 1

อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ นม ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งอาหารในหมู่นี้จะให้สารอาหารที่เรียกว่า “โปรตีน” ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอเพื่อช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ในวันหนึ่งผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อาหารในหมู่นี้ ที่ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานได้แก่

- เนื้อปลา ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ควรเลือกย่างหรือต้มให้หมด หากผู้สูงอายุต้องการกินเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อยเพื่อสะดวกต่อการเคี้ยว ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ควรเลือกย่างหรือต้มให้หมด หากผู้สูงอายุต้องการกินเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อยเพื่อสะดวกต่อการเคี้ยว

- ไข่ ผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรเลือกกินเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น

- นม ผู้สูงอายุควรดื่มนมประมาณวันละ 1 แก้ว นมเป็นอาหารให้สารอาหารโปรตีน และแคลเซียมสูง สำหรับผู้สูงอายุที่ดื่มนมแล้วท้องเสียอาจเปลี่ยนเป็นนมถั่วเหลืองแทน

อาหารหมู่ที่ 2

เป็นอาหารจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารหมู่นี้ให้สารอาหารที่เรียกว่า “คาร์โบไฮเดรต” ซึ่งให้พลังงานต่อร่างกาย หากรับประทานมากเกินไปจะสะสมเป็นไขมัน

การรับประทานอาหารในหมู่ที่ 2 ควรรับประทานในรูปของธัญพืช เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวสาลี ข้าวโพดหรืออาหารแป็ง เช่น ขนมปัง บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยวอาหารเหล่านี้จะมีกาใยอาหาร ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรกินในปริมาณที่พอเหมาะ เช่น ข้าวเมื่อละ 1 จาน (ปริมาณ 2 ทัพพี) หากผู้สูงอายุต้องการกินข้าวกล้องก็ควรหุงให้นิ่ม ข้าวกล้องนอกจากจะให้พลังงานแล้ว ยังช่วยป้องกันโรคเหน็บชาได้อีกด้วย

อาหารหมู่ที่ 3

ผักต่างๆ ได้แก่ ผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักคะน้าผักกวางตุ้ง ฯลฯ ผักประเภทผล เช่น แตงกวา มะระ ฟักทอง แครอท ฯลฯ เป็นอาหารที่อุดมด้วยสารอาหารประเภท “วิตามินและเกลือแร่” ผู้สูงอายุสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดแต่ควรรับประทานหลายๆ ชนิดสลับกัน ควรรับประทานผักหนึ่งหรือต้มสุกไม่ควรกินผักดิบเพราะย่อยยากทำให้ท้องอืดได้ ปัจจุบันพบว่า ผักพื้นบ้านของไทยหลายชนิดมีคุณสมบัติเป็นพืชสมุนไพร

อาหารหมู่ที่ 4

ผลไม้ต่าง ๆ ผู้สูงอายุเลือกรับประทานได้ทุกชนิดและควรรับประทานทุกวันอาหารในหมู่นี้จะให้สารอาหารในสารอาหารที่เรียกว่า “วิตามิน” มีประโยชน์ต่อร่างกายให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติและควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่มเคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอ กล้วยสุก ส้มเขียวหวาน เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและผู้ที่ย้ำหนักมาก ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า

อาหารหมู่ที่ 5

ไขมันจากสัตว์และพืช อาหารหมู่นี้ให้พลังงานแก่ร่างกายหากกินมากจะทำให้อ้วนและไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้ ผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมัน ข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน ซึ่งมีกรดไลโนเลอิก เป็นกรดไขมัน ที่จำเป็นต่อร่างกายสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือด เท่ากับเป็นการช่วยลดภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคหัวใจขาดเลือด

ปริมาณอาหารที่แนะนำในแต่ละวันสำหรับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2.1 แสดงปริมาณอาหารที่แนะนำต่อวัน

กลุ่มอาหาร	หน่วย	พลังงาน (กิโลแคลลอรี่) 1,600
กลุ่มข้าว – แป้ง	ทัพพี	8
ผัก	ทัพพี	6
ผลไม้	ส่วน	4
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	6
นม	แก้ว	1
น้ำมัน น้ำตาลและเกลือ	ช้อนชา	กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น

ตามตารางข้างต้น หน่วยตวงวัดที่ใช้เป็นหน่วยที่ใช้ในครัวเรือน เช่น ทัพพี ช้อนกินข้าว และแก้ว ยกเว้นผลไม้ แนะนำเป็นส่วน

รับประทานอาหารให้หลากหลายในแต่ละกลุ่มอาหาร

ผู้สูงอายुरับประทานอาหารสลับสับเปลี่ยนชนิดของอาหารในกลุ่มเดียวกันได้ แต่ไม่สามารถรับประทานอาหารสลับสับเปลี่ยนทดแทนอาหารต่างกลุ่มได้ เนื่องจากพลังงานและปริมาณสารอาหารไม่เท่ากัน

ตารางที่ 2.2 แสดงรายการอาหารตามกลุ่มอาหาร

กลุ่มอาหาร	รายการอาหาร
ข้าว – แป้ง	- ข้าวสุก 1 ทัพพี (60 กรัม) = ข้าวเหนียว ½ ทัพพี (35 กรัม) = ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี (60 กรัม) = ขนมจีน 1 จีบ (60 กรัม) = ขนมปัง 1 แผ่น (30 กรัม)
ผัก	- (1 ทัพพี = 40 กรัม) ฟักทอง 1 ทัพพี = ผักคะน้าสุก 1 ทัพพี = ผักบุ้งจีนสุก 1 ทัพพี = แดงกวาดิบ 2 ผลกลาง
ผลไม้	- 1 ส่วน = เงาะ 4 ผล = ฝรั่ง ½ ผลกลาง = ก๋วยน้ำว้า 1 ผล = ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ = มะม่วงดิบ ½ ผล = สับปะรดหรือมะละกอสุกหรือแตงโม 6-8 ชิ้นพอคำ = ลองกองหรือลำไยหรือองุ่น 6-8 ผล
เนื้อสัตว์	- ปลาทู 1 ช้อนกินข้าว(1/2 ตัวขนาดกลาง) = เนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าว = ไช้ไก่ ½ ฟอง = เต้าหู้ขาวแข็ง ¼ ช้อน = ถั่วเมล็ดแห้งสุก 2 ช้อนกินข้าว
นม	- นมสด 1 แก้ว = โยเกิร์ต 1 ถ้วย = นมพร่องมันเนย 1 แก้ว

หมายเหตุ ถ้าไม่ดื่มนมให้กินปลากระป๋อง 2 ชิ้น หรือปลาเล็กปลาน้อย 2 ช้อนกินข้าวหรือเต้าหู้แข็ง 1 แผ่น

รายการอาหารที่สามารถเลือกรับประทานสับเปลี่ยนกันได้

จากตัวอย่างรายการอาหารดังกล่าว ผู้สูงอายุอาจเลือกรับประทานอย่างใดอย่างหนึ่ง สับเปลี่ยนกันได้ เช่น

1. ประเภทข้าวก๋วยเตี๋ยว เช่น

- ข้าวต้มหมู - ไข่ - ปลา 1 ถ้วย อาจเปลี่ยนเป็น โจ๊กหมู - ไข่ 1 ถ้วย หรือ มักกะโรนีต้มใส่หมู - ไข่ - ก๋วยเตี๋ยวลดหวาน 1 จาน อาจเปลี่ยนเป็น ขนมจีนน้ำยา 1 จาน หรือ ขนมจีนน้ำพริก 1 จาน - ข้าวผัดหมู 1 จาน อาจเปลี่ยนเป็นข้าวผัดกะเพราหมู - ไข่ หรือข้าวมันไก่ หรือข้าวขาหมู 1 จาน

2. ประเภทแกง เช่น

- แกงจืดเต้าหู้ขาว 1 ถ้วย อาจเปลี่ยนเป็นแกงจืดตำลึงหมูสับ 1 ถ้วย หรือ แกงจืดผักกาดขาว 1 ถ้วย หรือแกงส้มผัสด่างๆ 1 ถ้วย หรือต้มยำ ปลา - ไข่ 1 ถ้วย - แกงเผ็ดหมู - ไข่ 1 ถ้วย อาจเปลี่ยนเป็นแกงปลาราย 1 ถ้วย หรือแกงจืดเห็ด 1 ถ้วย

3. ประเภทของหวาน เช่น

- ถั่วเขียวต้มน้ำตาล 1 ถ้วย อาจเปลี่ยนเป็น ลูกตาลเชื่อมหรือมันต้มน้ำตาล 1 ถ้วย - ก๋วยบวชชี 1 ถ้วย อาจเปลี่ยนเป็น แกงบวชฟักทอง หรือแกงบวชเผือก-มัน 1 ถ้วย

4. ประเภทผลไม้ เช่น

ส้มเขียวหวาน 1 ผล อาจเปลี่ยนเป็นองุ่น 10 ผล หรือมะละกอสุก 6 ชิ้น (ขนาดคำ) หรือสับปะรด 6 ชิ้น (ขนาดคำ) หรือแตงโม 8 ชิ้น (ขนาดคำ) หรือแอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก หรือกล้วยน้ำว้า 2 ลูก

5. ประเภทเครื่องดื่ม เช่น

- นมถั่วเหลือง 1 แก้ว (ใส่น้ำตาล 2 ช้อนชา) ปริมาณ 240 ซีซี อาจเปลี่ยนเป็นนมสดพ่องมันเนย หรือโอวัลติน 1 แก้ว - น้ำผลไม้ต่างๆ เช่น น้ำมะตูม 1 แก้ว อาจเปลี่ยนเป็นน้ำลำไย น้ำขิง หรือน้ำกระเจี๊ยบ 1 แก้ว (ปริมาณ 240 ซีซี)

การประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง

ผู้สูงอายุสามารถประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ว่าได้รับอาหารมากหรือน้อยไปหรือไม่ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548: 5-7) มีวิธีประเมินดังนี้

1. การประเมินด้วยสายตา วิธีนี้ใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวน้อย ผอมมากหรือผู้สูงอายุที่อ้วนมาก สามารถดูด้วยสายตา เริ่มจากใช้หลักง่ายๆ โดยการยืนตัวตรง มองปลายเท้า ของตัวเอง โดยไม่มองตัวหรือก้ม ถ้ามองไม่เห็นปลายนิ้วเท้า แสดงว่าอ้วน หรือดูเงาตนเองในกระจกว่ามีไขมันตามส่วนต่างๆของร่างกายมากกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่

ลักษณะของความอ้วน มี 3 ลักษณะ

- อ้วนแบบผลแอปเปิ้ล มีไขมันสะสมบริเวณส่วนบนของร่างกาย บริเวณท้องกลางลำตัว
- อ้วนแบบลูกแพร์ มีไขมันสะสมบริเวณส่วนล่างของร่างกาย ขาหนีบ สะโพก และตามแขนขา
- อ้วนแบบผลส้ม อ้วน กลมทั้งตัว

2. การใช้สัดส่วนของรอบเอวหารด้วยรอบสะโพก โดยการวัดเส้นรอบเอวและเส้นรอบสะโพก แล้วนำไปคำนวณหาอัตราส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก (Waist Hip Ratio:WHR) ซึ่งมีสูตร = $\frac{\text{รอบเอว}}{\text{รอบสะโพก}}$

ผู้ชาย ค่า WHR } ถ้าค่า WHR เกินที่กำหนดแสดงว่าอ้วน
 ไม่ควรเกิน 1.0 }
 ผู้หญิง ค่า WHR ไม่ควรเกิน 0.8

3. การหาค่าดัชนีมวลกาย โดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม วัดส่วนสูงเป็นเมตร แล้วนำไปคำนวณโดยใช้สูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร)}^2}$$

ค่าดัชนีมวลกาย

น้อยกว่า 18.5 กก./ม ²	➡	ผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 – 24.9 กก./ม ²	➡	น้ำหนักตัวปกติ
25.0 – 29.9 กก./ม ²	➡	น้ำหนักเกิน
ตั้งแต่ 30 กก./ม ²	➡	โรคอ้วน

ตารางที่ 2.3 แสดงค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)

ความสูง (ซ.ม.)	ปกติ (18.5-25 กก / ม ²)	น้ำหนักตัวเกิน (26 – 29 กก/ ม ²)	อ้วน (30-40 กก / ม ²)
140	36 -49	51 - 57	59 – 78
142	37 - 50	52 - 60	61 – 81
144	38 - 52	54 - 60	62 – 83
146	39 -53	55 - 62	64 – 85
148	41 - 55	57 - 54	66 – 88
150	42 - 56	59 - 65	68 – 90
152	43 - 58	60 - 67	69 – 92
154	44 - 59	62 - 69	71 – 95
156	45 - 60	63 - 71	73 – 97
158	46 – 62	65 – 72	75 – 100
160	47 – 64	67 – 74	77 – 102
162	49 – 66	68 – 76	79 – 105
164	50 – 67	70 – 78	80 – 108
166	51 – 69	72 – 80	83 – 110
168	52 – 71	73 – 82	85 – 113
170	53 - 72	75 – 84	87 - 116

ขนาดของรอบเอวโดยวัดที่ระดับสะดือ

เพศ	เริ่มอ้วน	อ้วนมาก
ชาย	≥94 ซม.(37นิ้ว)	≥102 ซม.(40นิ้ว)
หญิง	≥80 ซม.(32นิ้ว)	≥84 ซม.(35นิ้ว)

ถ้าพบว่าน้ำหนักตัวน้อย ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตัวดังนี้

- รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น เช่น เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อปลา นม ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ผัก ผลไม้
- ออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร

- พักผ่อนให้เพียงพอ
- ทำจิตใจให้เบิกบานไม่เครียด

ถ้าพบว่าน้ำหนักตัวมาก ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตัวดังนี้

- รับประทานอาหารให้หลากหลายครบ 5 หมู่ ทั้ง 3 มื้อ แต่ลดปริมาณ
- ลดอาหารประเภทไขมัน แป้ง น้ำตาล อาหารรสหวานและเครื่องดื่มที่ปรุงแต่งรส

หวาน

- กินผัก ผลไม้รสไม่หวานจัดให้มากขึ้น
- ไม่กินจุบจิบ
- ออกกำลังกายและให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวใช้พลังงาน
- มีความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะลดน้ำหนัก

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากการทำกิจวัตรประจำวัน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศและวัย มุ่งเน้นให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2547:11-15)

1. องค์ประกอบของการมีสุขภาพที่แข็งแรง

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง สามารถวัดได้จากสมรรถภาพทางกาย ซึ่งบรรลุ ศิริพานิช (2551) ได้แบ่งองค์ประกอบที่สำคัญเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ความทนทานของหัวใจและปอด หมายถึง ความสามารถของหัวใจ หลอดเลือดและปอดที่จะนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงความสามารถของกล้ามเนื้อในการดึงออกซิเจน เพื่อใช้ในการเผาผลาญพลังงานด้วย การออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้มากขึ้น มีผลทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด สามารถช่วยป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ความดันเลือดสูง โรคอ้วน ความเครียด ความจำดีขึ้น ช่วยชะลอความชราทำให้ดูอ่อนกว่าวัย เป็นต้น

ลักษณะการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด ต้องเป็นการออกกำลังกายที่ค่อนข้างเป็นแบบแผน ด้วยความแรงที่เหมาะสม สะสมให้ได้ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ทำทุกวันหรือเกือบทุกวัน ประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ความแข็งแรงสำหรับการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความทนทานและเพิ่มสมรรถภาพของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด สามารถวัดด้วยการเต้นของ

หัวใจขณะออกกำลังกาย คนที่อายุมากและอายุน้อยจะแตกต่างกันไป อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกายคือ ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ หรืออาจพิจารณาจากความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละบุคคล โดยอยู่ในระดับเริ่มรู้สึกเหนื่อยหรือค่อนข้างเหนื่อย แต่ยังไม่เหนื่อยเกินไปได้รู้เรื่อง รูปแบบการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิก คือมีการเคลื่อนไหวช้าๆ เป็นจังหวะ มีความต่อเนื่อง เป็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่ๆ ที่แขนและขา เช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว เดินขึ้นบันได ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน การฝึกชก หรือ โทเก็ท เป็นต้น

ตารางที่ 2.4 แสดงร้อยละของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจต่อนาทีในแต่ละอายุ (ปี)

อายุ	อัตราการเต้นสูงสุดต่อนาที	ร้อยละ 65 ต่อนาที	ร้อยละ 70 ต่อนาที	ร้อยละ 75 ต่อนาที	ร้อยละ 80 ต่อนาที
20	200	130	140	150	160
30	190	123	133	142	152
40	180	117	126	135	144
50	170	110	119	127	136
55	165	107	116	124	132
60	160	104	112	120	128
65	155	101	109	116	124
70	150	98	105	112	120

2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึง แรงสูงสุดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวหรือเกร็งของกล้ามเนื้อที่จำเป็นในการออกแรงดึง ดัน ยก แบกหามสิ่งของ

3. ความทนทานของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความสามารถที่จะหดตัวซ้ำๆ กันของกล้ามเนื้อในระยะเวลาานช่วงหนึ่ง

การทำกิจวัตรประจำวันจะต้องใช้ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ถ้ามีความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อไม่เพียงพอจะเกิดการเสียหาย ทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน จะยังมีการแตกหักของกระดูกง่ายเมื่อล้ม

ลักษณะการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเกี่ยวพันและมวลกระดูก นอกจากนี้ยังช่วยลดไขมันในร่างกายและไขมันในเลือด ลดความดันเลือด ควบคุมเบาหวาน

การเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 2 ลักษณะตามลักษณะของน้ำหนักที่ใช้ คือ

- การใช้น้ำหนักหรือแรงต้านทานของตนเอง การฝึกออกกำลังกายที่สร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อด้วยการใช้น้ำหนักหรือแรงต้านทานของตนเอง สามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษใดๆ ไม่ต้องมีสถานที่ออกกำลังกายโดยเฉพาะการฝึกออกกำลังกายชนิดนี้มีประโยชน์มากสำหรับผู้ไม่มีเวลาเฉพาะในการออกกำลังกาย ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ เช่น ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ข้อ หรือหลัง การผ่าตัดข้อ การออกกำลังกายชนิดนี้ได้แก่ การดึงข้อ งอตัว ลูกนั่ง หรือเกร็งกล้ามเนื้อมัดต่างๆ โดยเกร็งกล้ามเนื้อเต็มที่และคงไว้เป็นเวลา 6-10 นาที จึงผ่อนแรง ควรทำวันละ 5 ครั้ง ไม่จำเป็นต้องต่อเนื่อง ถ้าทำต่อเนื่องต้องมีระยะพักระหว่างการเกร็งครั้งที่หนึ่งถึงครั้งต่อไปไม่ต่ำกว่า 1 นาที การออกกำลังกายชนิดนี้ไม่ควรเบ่งลมหายใจขณะออกแรง คือ ไม่สูดหายใจเข้าเต็มที่แล้วกั้นไว้ ปล่อยให้หายใจออกตามปกติ เพราะการเบ่งลมหายใจจะทำให้แรงดันเลือดเพิ่มขึ้น และอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเกิดอันตรายได้ในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องโดยไม่รู้ตัว เช่น โรคหัวใจ โรคถุงลม เป็นต้น

- การใช้น้ำหนักภายนอก การฝึกออกกำลังกายที่สร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อด้วยการใช้น้ำหนักภายนอก เช่น ดัมเบลล์หรือเครื่องยกน้ำหนักชนิดต่างๆ สิ่งที่สำคัญคือ ความหนักของการออกแรงต้องมากพอและจำนวนครั้งที่เหมาะสม ในการฝึกควรทำ 5-10 ครั้งโดยไม่ฝืน ถ้าต้องการความแข็งแรงมากขึ้นต้องเพิ่มน้ำหนักมากขึ้นจำนวนครั้งน้อยลง ถ้าต้องการความทนทานต้องใช้น้ำหนักเบาจำนวนครั้งมากขึ้น หากไม่สามารถออกแรงยกได้สูงสุด อาจเริ่มต้นด้วยการยกน้ำหนักเบาจนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น การยกน้ำหนักเพื่อสุขภาพควรใช้น้ำหนักปานกลางก็เพียงพอ การออกกำลังกายชนิดนี้จะทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นขณะออกแรงยกหรือเกร็ง อย่ากลั้นหายใจ ปล่อยให้หายใจปกติ ในการเหยียดกล้ามเนื้อและปล่อยน้ำหนักลง อาจทำให้กล้ามเนื้อเกิดเจ็บได้ จึงควรระมัดระวังในขั้นตอนต่าง ๆ

4. ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง ช่วงกว้างการเคลื่อนไหวของข้อต่อ หรือกลุ่มข้อต่อที่มีผลต่อความอ่อนตัว คือ กระดูก กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อ ความยาวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นแลเนื้อเยื่อรอบข้อต่อ การฝึกความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อมีหลายรูปแบบ ที่ทำได้ง่ายๆ คือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้องค่อยๆ

ทำอย่างช้าๆ จนถึงจุดที่รู้สึกตึง แต่ไม่เจ็บปวด ค้างไว้ทำนั้นประมาณ 10-30 วินาที ถ้ามีการเกร็งกล้ามเนื้อให้ค้างในทำนั้น 3-6 วินาที ในระหว่างการยืดเหยียดให้หายใจเข้าออกตามปกติ ไม่กลั้นหายใจ การมีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้การเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างคล่องแคล่ว

5. สัดส่วนของร่างกาย หมายถึง สัดส่วนระหว่างไขมันและสัดส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน (กระดูก กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ) ในคนผอมจะมีสัดส่วนของร่างกายต่ำ คนอ้วนจะมีสัดส่วนของร่างกายสูง การออกกำลังกายเพื่อความทนทานและสมรรถภาพของหัวใจและปอด ความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานจากไขมัน ส่งผลให้สัดส่วนของร่างกายดีขึ้น

2. ขั้นตอนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง มีอายุยืนยาวและชะลอความชราได้ การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2547: 21-23) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายหรืออุ่นเครื่อง

เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายจริง เหมือนกับก่อนที่รถยนต์จะออกวิ่งควรมีการอุ่นเครื่องก่อนนั้นใด ก่อนออกกำลังกายก็ต้องมีการอุ่นร่างกายก่อน เช่น ถ้าเราจะออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ก็ไม่ควรที่จะลงวิ่งทันทีเมื่อไปถึงสนาม แต่ควรจะอบอุ่นร่างกายให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นก่อนช้าๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายสะบัดแขน สะบัดขา แกว่งแขน วิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่ช้าๆ ชั่วระยะเวลาหนึ่งก่อนแล้วจึงออกวิ่ง ตัวอย่างที่ดีที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ ก่อนที่นักมวย จะชกกันบนเวที นักมวยจะมีการไหว้ครู การไหว้ครูเป็นการอุ่นร่างกายอย่างหนึ่ง จะเห็นว่าขบวนการไหว้ครูจะมีทั้งการยืดหดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ก่อนที่จะต่อสู้กันอย่างรุนแรง

ในผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ถ้าไม่มีการอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย อาจทำให้หัวใจล้มเหลว ถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น การอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะต้องกระทำก่อน

ผลดีของการอบอุ่นร่างกายต่อสมรรถภาพร่างกาย มีดังนี้

- เพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อสามารถหดตัว

ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

- ทำให้การประสานงานระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ

หรือระหว่างกลุ่มกล้ามเนื้อด้วยกันเป็นไปอย่างถูกต้องและราบรื่น

- ปรับการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดให้เข้าใกล้ระยะ
คงที่ เป็นการช่นระยะการปรับตัวในระหว่างการออกกำลังกาย

การอบอุ่นร่างกายควรเพิ่มความหนักและความถี่ของการ
เคลื่อนไหวทีละน้อย โดยทั่วไปแล้วใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที การอบอุ่นร่างกายควรประกอบด้วย
3 กิจกรรม คือ

1. การยืดเหยียด (stretching exercise) เป็นการเตรียมความ
พร้อมของเอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อ โดยการยืดเหยียดให้มีความยาวและนุ่มกว้างกว่าปกติ
สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อส่วนหลัง คอ ไหล่

2. การบริหารมือเปล่า (calisthenics) เป็นการบริหารกาย
เพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะทั่วร่างกายได้เคลื่อนไหว โดยทำภายหลังการอบอุ่นร่างกายแบบยืด
เหยียดแล้วใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3. การออกกำลังกายเฉพาะกิจกรรม (specific activity)
เป็นช่วงสุดท้ายของการอบอุ่นร่างกายก่อนลงแข่งขัน โดยเตรียมให้กล้ามเนื้อพร้อมในการทำงาน
หนักเป็นการฝึกระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเฉพาะกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายจริง

การจะทำให้การออกกำลังกายได้ผลสมบูรณ์ เป็น
ประโยชน์แก่ร่างกายจะต้องเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเผาไหม้อาหารในร่างกาย โดยใช้ออกซิเจนใน
อากาศด้วยการหายใจเข้าไป เพื่อทำให้เกิดพลังงานจนถึงระดับหนึ่ง การที่จะออกกำลังกายได้ถึง
ระดับนี้ เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ออกกำลังกายจะต้องเข้าใจให้ถูกต้อง

การออกกำลังกายไม่ว่าจะโดยวิธีใด ก็จะทำให้การทำให้
กล้ามเนื้อและข้อต่างๆ ของร่างกายหดและยืดเกิดการเคลื่อนไหวได้ กรรมวิธีเช่นนี้ ร่างกายจะต้องใช้
พลังงานทำให้กล้ามเนื้อสามารถยืดหดอยู่ได้ พลังงานดังกล่าวได้มาจากการเผาไหม้อาหารที่กินเข้า
ไป และจะถูกนำไปยังตำแหน่งที่จะใช้แรงงานโดยใช้ออกซิเจนในเลือด ซึ่งเม็ดเลือดแดงนำมาจาก
การหายใจที่ปอด ในการเผาไหม้จะเกิดของเสีย คือ คาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเม็ดเลือดแดงจะเป็นผู้
นำออกไป หัวใจทำงานมากขึ้น เต้นเร็วและแรงขึ้น ปอดทำงานมากขึ้นเกิดการหายใจเร็วและถี่ขึ้น
การออกกำลังกายที่มีผลทำให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้นเช่นนี้ เรียกว่าการออกกำลังกายแบบแอ
โรบิก (Aerobic exercise)

การเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นนี้ควรเพิ่มมากขึ้นเพียงใดจึงจะ
เกิดประโยชน์แก่ร่างกายขึ้นอยู่กับอายุของคนนั้นด้วย โดยมีวิธีคิดเป็นสูตรของ American College of
Sports Medicine คือ เอาอายุของคนนั้นๆ ลบออกจาก 220 ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นความสามารถของ

หัวใจที่เต้นสูงสุดของคนนั้น ใน 1 นาที ร้อยละ 65-80 ของการที่หัวใจเต้นได้สูงสุดเป็นอัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมของคนนั้น

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายผ่อนคลายหรือการเบาเครื่อง

เป็นช่วงเวลาที่ระบบต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะระบบ

ไหลเวียนกำลังปรับตัวคืนสู่สภาวะปกติ การเบาเครื่องมีความจำเป็น เพราะขณะออกกำลังกายจะมีการเพิ่มการสูบฉีดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อมาก ถ้าหยุดออกกำลังกายทันทีจะมีเลือดที่ค้างอยู่ที่กล้ามเนื้อมาก ทำให้เลือดกลับสู่หัวใจลดลง เลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลงด้วย โดยเฉพาะสมอง ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ ในผู้ที่มีปัญหาเป็นโรคหัวใจขาดเลือด อาจเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจวายได้ การเบาเครื่องควรจะค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายลงทีละน้อยแทนการหยุด การออกกำลังกายโดยทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่ค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ การเบาเครื่องยังช่วยให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อและการปรับตัวของร่างกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตัวอย่างของการเบาเครื่องคือ เมื่อออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ถ้าวิ่งจนครบกำหนดแล้วให้ค่อยๆ ลดความเร็วลง เป็นการวิ่งช้าๆ เดินเร็ว เดินช้าๆ และหยุดพัก ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที อย่างน้อยที่สุด 5 นาที

การออกกำลังกายที่ดีจะต้องคำนึงถึง

- ความถี่ในการออกกำลังกาย
- ความหนักเบาในการออกกำลังกาย
- ระยะเวลาของการออกกำลังกาย
- ชนิดของการออกกำลังกาย

3. หลักการออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ

บรรลู่ สิริพานิช (2551) ได้ให้หลักการปฏิบัติในการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ดังนี้

1. ความถี่ในการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกายสำหรับผู้ไม่เคย ออกกำลังกายมาก่อน ควรปฏิบัติอย่างน้อย 1-2 วัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน

2. ความหนักเบาในการออกกำลังกาย หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ซึ่งขึ้นกับประเภทและวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายเพื่อให้เกิดผลกระทบบ้างมากขึ้นต้องเพิ่มความหนักโดยการยกน้ำหนักมากขึ้น บ่อยขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความทนทานของกล้ามเนื้อ ต้องเพิ่มจำนวนครั้งให้มากขึ้น ในการเพิ่มผลกระทบบ้างของผู้สูงอายุต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่หักโหม เพราะกล้ามเนื้ออาจฉีก

ขาดได้ การยกน้ำหนักแต่ละครั้งห้ามเบ่งหรือกลั้นหายใจ ต้องหายใจตามปกติ เพราะการกลั้นหายใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีเส้นเลือดที่สมองเปราะบางอาจแตกเกิดอัมพาตได้ สำหรับผู้สูงอายุการออกกำลังกายเพื่อความทนทานของระบบไหลเวียนเลือดเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับเลือดอย่างเพียงพอ สำหรับผู้สูงอายุแนะนำให้ใช้ท่าที่ใช้ร่างกายตนเองเป็นหลัก เพราะสามารถควบคุมได้ สำหรับการใช้น้ำหนักภายนอกหรืออุปกรณ์สำหรับยกน้ำหนัก น้ำหนักที่เหมาะสมคือ น้ำหนักประมาณครึ่งหนึ่งของน้ำหนักที่ท่านสามารถยกท่านั้นได้ เพียง 1 ครั้ง โดยน้ำหนักที่แนะนำคือ ใช้ขวดน้ำอัดลมชนิด 1-2 ลิตร ใส่น้ำให้เต็มแล้วใส่ในตะกร้าที่มีที่จับแข็งแรงและใหญ่พอควร แล้วทำท่ายกกลัมน้ำหนักนั้นๆ เช่น ท่ากางแขน อาจจะต้องเพิ่มน้ำหนักอีกประมาณครึ่งขวดลิตร หากยกไม่ขึ้นเท่ากับเรยกไม่ขึ้นที่น้ำหนักประมาณ 4 กิโลกรัม ก็ให้ใช้น้ำหนักในการยกท่ากางไหล่ประมาณ 2 กิโลกรัม หรือใช้น้ำหนักที่ท่านสามารถยกได้ ประมาณ 8-10 ครั้งก็ได้

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรนานติดต่อกันครั้งละ 20-30 นาที แต่สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อยๆ เท่าที่ทำได้ อาจเป็น 5-10 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกัน 20-30 นาที

การออกกำลังกายมิใช่ยาวิเศษที่จะออกฤทธิ์ทันที แต่จะต้องใช้เวลาพอสมควร โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุหมายถึงความเสื่อมที่ได้สะสมมาหลายปี ในขณะที่เดียวกันจะไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างหนักเพื่อให้เกิดผลทันที เพราะจะมีข้อเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้ ดังนั้น การออกกำลังกายควรค่อยๆ เริ่ม อย่าใจร้อนหรือหักโหม ควรรู้ข้อจำกัดของตนเอง รู้การบริหารที่อาจจะมีผลเสียต่อตนเอง และควรรู้ว่าจะต้องหยุดออกกำลังกายทันทีเวลาใด

4. ชนิดของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีหลายชนิด ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ (2546) ได้แบ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การเดิน จะเป็นวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรือความพิการของเท้าและข้อที่ทำให้ลำบากในการเดิน) ข้อควรปฏิบัติคือ ต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้า ที่เหมาะสม เนื่องจากการเดินเป็นการออกกำลังกายที่เท้าเป็นส่วนใหญ่ จึงควรแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน

- ควรเดินในที่อากาศบริสุทธิ์ และปลอดภัย

- ควรเดินในตอนเช้า

2. การวิ่งช้าๆ (การวิ่งต่างกับการเดินคือ การเดินนั้นเท้าข้างใดข้างหนึ่งแตะพื้นอยู่เสมอ ส่วนการวิ่งจะมีช่วงใดช่วงหนึ่งที่เท้าไม่แตะพื้น) ผู้สูงอายุที่สามารถวิ่งได้ก็ไม่มีข้อห้าม แต่ต้องมีข้อเท้าที่ดี (เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อเท้ามากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้) ใส่รองเท้าที่เหมาะสม และมีข้อปฏิบัติต่างๆ เช่นเดียวกับการเดิน

3. กายบริหารท่าต่างๆ ก็เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

4. การรำมวยจีน หลักการของการรำมวยจีน คือการเคลื่อนไหวช้าๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิเหมาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ต้องมีครูฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

5. โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน ต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะให้ประโยชน์สูง

ชนิดของการออกกำลังกายยังมีอีกมาก รวมถึงกีฬาต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ถ้าผู้สูงอายุได้รู้หลักที่ถูกต้อง และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาพร่างกาย ไม่หักโหม ไม่รุนแรง ไม่แข็งขันก็จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี

5. ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ด้านการแพทย์แล้วการออกกำลังกายถือได้ว่าเป็นยาวิเศษขนานแท้ มีการศึกษามากมายที่พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ภาวะกระดูกพรุนและโรคมะเร็ง น้อยกว่าผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ดังการศึกษาจากสถาบันของนายแพทย์คูเปอร์ที่ถือได้ว่าเป็นผู้ริเริ่มการออกกำลังกายแบบแอโรบิกพบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมากกว่าบุคคลในวัยเดียวกันมีอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 20 หากการออกกำลังกายนั้นทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ เกิดประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นก็จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อีก (บรรลุ ศิริพานิช 2551: 13)

การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ระบบต่างๆ ของร่างกายจะทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2547) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายสรุปได้ดังนี้

1. ช่วยชะลอความชรา ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ดูเป็นหนุ่มเป็นสาว กระฉับกระเฉง ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายและการลดลงของประสิทธิภาพในการทำงานเกิดช้ากว่าที่ควรจะเป็น ช่วยยืดอายุให้ยืนนาน

2. การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีความกระชับกระเฉง ว่องไว เคลื่อนไหวได้ดี โดยไม่พลัดตกหกล้ม

3. ลดน้ำหนักตัว ควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างดีขึ้น

4. ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส

5. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันเลือดสูง

6. ลดความดันเลือด

ผลดีของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีผลชะลอความเสื่อมหรือความพิการให้ผลในการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะเกือบทุกระบบของร่างกายในทางที่ดีขึ้นที่เห็นได้ชัดคือ

1. ระบบเคลื่อนไหว

ระบบการเคลื่อนไหวประกอบด้วย กระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายทำให้มีการเปลี่ยนแปลง คือ

- กระดูกจะมีความหนาและแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะบริเวณ

ที่มีกล้ามเนื้อเกาะ

- ข้อ เอ็นข้อต่อมีความเหนียวและหนา ทำให้ข้อต่อมีความ

แข็งแรงสามารถเคลื่อนไหวไปได้เต็มวง การเคลื่อนไหวอย่างมีประสิทธิภาพ ในข้อที่มีการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงข้อเยื่อข้อจะสร้างน้ำหล่อเลี้ยงในปริมาณพอเหมาะที่ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปโดยคล่องตัว และไม่ทำให้บริเวณหัวกระดูกเกิดการเสียดสีกันจนเกิดอันตราย

- กล้ามเนื้อ เอ็นของกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้นและ

ยืดหยุ่นได้มาก ทำให้สามารถลดแรงที่มากกระทำต่อกล้ามเนื้อโดยทันทีทันใดได้เป็นจำนวนมากเป็นการลดอันตรายที่จะเกิดแก่กล้ามเนื้อ และเอ็นกล้ามเนื้อในตัวกล้ามเนื้อ ถ้าเป็นการออกกำลังกายชนิดต่อต้านกับน้ำหนักมาก (การฝึกกำลังกล้ามเนื้อ) กล้ามเนื้อจะมีขนาดใหญ่ขึ้น มีแรงในการหดตัวมากขึ้น แต่ถ้าเป็นการออกกำลังกายชนิดแรงต้านทานไม่มาก แต่มีการทำซ้ำเป็นเวลานาน (การฝึกความอดทน) ขนาดของกล้ามเนื้ออาจไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะมีการกระจายของหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อมากขึ้น ขณะเดียวกันจะมีการสะสมสารอาหารที่ให้พลังงาน โดยเฉพาะพวกแป้ง สารเร่งปฏิกิริยาในการเผาผลาญสารอาหารจำพวกแป้งและไขมันให้เกิดพลังงานมากขึ้น กล้ามเนื้อจึงสามารถทำงานได้ติดต่อกันเป็นเวลานานขึ้น

2. ระบบการหายใจ

- การออกกำลังกายทำให้ระบบการหายใจดีขึ้น โดยกล้ามเนื้อในการหายใจคือ กล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลมแข็งแรงขึ้น
- ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น มีเลือดหล่อเลี้ยงมากขึ้น และมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนอากาศดีขึ้น
- ในขณะที่พัก อัตราการหายใจจะลดต่ำลง เป็นการประหยัดพลังงานที่ใช้ในการหายใจ
- ปริมาตรอากาศที่สามารถช่วยหายใจเข้าออกได้สูงสุดเพิ่มมากขึ้น

3. ระบบการไหลเวียนเลือด

ระบบการไหลเวียนเลือดประกอบด้วย หัวใจ หลอดเลือด และเลือด การออกกำลังกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ

- หัวใจ ในการออกกำลังกายประเภทที่ใช้ความอดทนเป็นเวลานาน หัวใจจะมีปริมาตรมากขึ้น กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง สามารถสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจได้ครั้งละมากขึ้น มีการกระจายของหลอดเลือดฝอยมากขึ้นในกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจช้าลง เป็นการประหยัดพลังงานของหัวใจ ขณะออกกำลังกายอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มน้อยกว่าเดิมทำให้สามารถเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายได้มากกว่าเดิม ปริมาตรเลือดที่หัวใจสามารถสูบฉีดออกได้สูงสุดเพิ่มขึ้น
- หลอดเลือด มีการกระจายของหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อ และอวัยวะเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายมากขึ้น ความยืดหยุ่นดีขึ้นความดันเลือดลดต่ำลง
- เลือด ปริมาตรเพิ่มขึ้นมีสารสำหรับจับออกซิเจนเพิ่มขึ้น (ฮีโมโกลบิน) สารเคมีบางตัวในเลือดลดต่ำลง เช่น ไนโตรเจน

4. ระบบประสาท

- ระบบประสาทสั่งงานในอำนาจจิต โดยเฉพาะการสั่งงานกล้ามเนื้อจะทำงานได้ดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ ประสานงานกันได้ดี การเคลื่อนไหวเป็นไปโดยถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- ระบบเสริม ประสาทมีอยู่ 2 พวก ทำหน้าที่เหนี่ยวรั้งซึ่งกันและกัน จะทำงานได้สมดุลกันทั้งในขณะที่พักและขณะออกกำลังกาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ที่ควบคุมด้วยระบบประสาทเสริมทำงานได้ดีขึ้น เช่น ระบบการไหลเวียนเลือด การหลั่งเหงื่อ การย่อยอาหาร การขับถ่ายและต่อมที่ให้ฮอร์โมนต่างๆ

- จิตใจ การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อจิตใจช่วยลดความเครียดได้ การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยแก้ไขสภาพที่ผิดปกติทางจิตใจบางอย่างได้ นอกจากนี้ผลของการออกกำลังกายต่อระบบอื่นๆ เช่น ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสมรรถภาพร่างกายดี จึงมีผลทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นด้วย

5. ระบบต่อมไร้ท่อ สร้างฮอร์โมนที่มีผลต่อการเพิ่มน้ำตาลในเลือด ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี

6. ระบบเผาผลาญอาหาร เพิ่มการสร้างและสลายสารอาหารที่ให้พลังงานช่วยลดน้ำหนักได้

6. ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

ในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้แนะนำข้อปฏิบัติในการออกกำลังกายดังนี้

1. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป การออกกำลังกายครั้งแรกควรคำนึง

- ถ้าไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่เคยมีความผิดปกติของร่างกายมาก่อน การเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มต้นด้วยการเดินก่อน แล้วเพิ่มเวลาเดินขึ้นจนถึง 20 นาที ถ้าไม่รู้สึเหนื่อยผิดปกติให้เพิ่มเป็นเดินเร็ว ๆ ถ้าไม่เหนื่อยให้เริ่มวิ่งเหยาะๆ จนถึงวิ่ง

- ถ้ามีโรคประจำตัวอยู่หรือมีความผิดปกติ เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง เคยแน่น หรือเจ็บหน้าอก เป็นลมหน้ามืด เวียนศีรษะ ข้อเสื่อมหรือปัญหาทางกระดูก น้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐาน 10 กิโลกรัม ประวัติครอบครัวมีปัญหาโรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ อย่างไร แค่นั้น

2. การออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง

- สถานที่ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนเกินไป
- เครื่องนุ่งห่ม ควรใส่สบาย ไม่ฟิต /รัดรูป ให้อุ่นพอ โดยเฉพาะในเวลาอากาศหนาวเย็น

- รองเท้าที่ใช้ใส่ออกกำลังกาย ควรให้เหมาะสม ใส่แล้วรู้สึกสบาย

- เวลาจะเป็นเวลาเช้า กลางวัน เย็น หรือก่อนนอนก็ได้ แต่ควรก่อนรับประทานอาหารหรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงขึ้นไป

3. ชนิดของการออกกำลังกาย ควรเป็นแบบแอโรบิก คือมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องเช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ วิ่ง ว่ายน้ำ รำมวยจีน ถีบจักรยานอยู่กับที่ เต้นแอโรบิก เป็นต้น
4. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถและสภาพของร่างกายต้องไม่แข่งขัน เพราะการแข่งขันอาจทำให้ฝืนร่างกายให้หักโหมเกินไปอาจเกิดอันตรายได้
5. ควรเลิกสูบบุหรี่
6. การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดอาหารหวานหรืออาหารที่มีไขมันมาก หลีกเลี่ยงการใช้ยาลดน้ำหนักโดยเด็ดขาด เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
7. ควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงมากหรือทำท่าที่ไม่คุ้นเคย
8. ต้องมีความอดทนและไม่ท้อถอย เพราะการฝึกให้ร่างกายแข็งแรงอยู่ตัวได้ต้องใช้เวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์ขึ้นไป
9. พยายามใช้ประโยชน์จากกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น ทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา และเป็นการเคลื่อนไหวหลายๆ แบบ
10. ทำงานที่ต้องออกแรงให้เป็นกิจวัตรเพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ได้ยืดตัว เช่น ทำสวน เดินเร็วๆ เป็นต้น ควรกำหนดเวลาให้แน่นอนเพื่อไม่ให้ล้า
11. ควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง เนื่องจากการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงภายหลังได้
12. ควรออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ อย่างต่อเนื่อง หรือเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ รำมวยจีน เป็นต้น วันละประมาณ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดเบาๆ ถึงชนิดหนักปานกลาง ทำอย่างต่อเนื่อง

7. ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อาจมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับวัย ถ้าหักโหมมากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายได้ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2547) ได้แนะนำข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก กระโดด หรือวิ่งด้วยความเร็วสูง เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ

2. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงกระแทก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ข้อเข่า เช่น การกระโดด การขึ้นลงบันไดสูงมากๆ บ่อยๆ หรือนั่งยองๆ เนื่องจากมีการเสื่อมของข้อตามวัยอยู่ก่อนแล้ว
3. ไม่ควรบริหารร่างกายที่ต้องใช้ความเร็วสูง ต้องเปลี่ยนทิศทางอย่างฉับพลันหรือเดินทางลาด กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุจะมีการหดตัวช้าลง ทำให้การรักษาสมดุลของร่างกายทำได้ช้า การใช้ความเร็วสูงจะทำให้เกิดการเคล็ดขัดยอกของกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ ได้
4. การประมาณตน สภาพร่างกายและความเหมาะสมกับกีฬาชนิดต่างๆ ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน แม้ในคนคนเดียวก็ตาม ในช่วงเวลาหนึ่งกับอีกช่วงเวลาหนึ่งก็แตกต่างกันได้ ดังนั้นจะต้องเป็นไปตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย
5. ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าวหรือแดดจัด ซึ่งจะทำให้ร่างกายเสียน้ำและเกลือแร่ได้มาก เนื่องจากกระบวนการระบายความร้อนและไตเสื่อมลง ประสิทธิภาพในการระบายความร้อนและการขับถ่ายของเสียลดลง ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงระหว่างออกกำลังกายได้
6. เลือกเวลา ในการออกกำลังกายควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย
7. สภาพของกระเพาะอาหาร ในเวลาอืดไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะทำให้เกิดผลเสีย คือ กระเพาะอาหารซึ่งอยู่ใต้กระบังลม ทำให้การขยายตัวของปอดไม่ดีเท่าที่ควร เพราะกระบังลมไม่อาจหดตัวต่ำลงได้มาก ในขณะเดียวกัน การไหลเวียนเวียนของเลือดส่วนหนึ่งใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหาร
8. การดื่มน้ำ ควรดื่มในปริมาณที่พอเหมาะ
9. ผู้สูงอายุมีสายตาพร่ามัว สมอง ไช้สันหลัง และเส้นประสาทเสื่อมลง สมองสั่งงานช้าลง จึงไม่ควรออกกำลังกายที่มีการแข่งขัน เพราะจะทำให้เกิดอันตรายจากการแข่งขันได้เนื่องจากการหลบหลีกช้าลง เช่น วิ่งชนสิ่งกีดขวาง โดนลูกบอลหรือลูกเทนนิสกระแทก เป็นต้น
10. ไม่ควรสูบบุหรี่ในขณะที่ออกกำลังกาย หรือในระหว่างพักเหนื่อย ถ้าเลิกได้ควรเลิก
11. ไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบาย

12. อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาแพ้เอาชนะ เพราะอาจทำให้เกิดการหักโหม และเป็นอันตรายได้ ควรออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของตนเอง

13. ให้ระวังอุบัติเหตุ

14. ให้ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมออาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง

15. ในขณะที่ออกกำลังกาย ถ้าเกิดอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรหยุดออกกำลังกาย แล้วปรึกษาแพทย์เพื่อของคำแนะนำต่อไป อาการผิดปกติอาจเกิดได้ ดังนี้

- รู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นแรงกว่าปกติ ใจสั่น หัวใจเต้นช้ามาก หรือแม้จะหยุดออกกำลังกายนานแล้วหัวใจยังเต้นแรงอยู่

- มีอาการเจ็บแน่นที่กลางอก ราวไปไหล่ด้านใด ด้านหนึ่ง หรือแน่นลิ้นปี่

- เวียนศีรษะ หายใจไม่เต็มอิ่ม รู้สึกง่วงนอน ควบคุมตนเองไม่ได้

- คลื่นไส้ เหงื่อออก หน้ามือ ตัวเย็น

- มีอาการแขนขา อ่อนแรง แม้จะเพียงชั่วขณะ

- มีอาการตามัว พูดไม่ชัดตะกุกตะกัก หรือชัก

16. ออกกำลังกายเป็น หมู่คณะ หรือ มีเพื่อน ร่วมออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

3.1 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – Efficacy Theory)

Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา เป็นผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งมีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self - Efficacy) นั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน

แบนดูรา (Bandura) เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้น ไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด ความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด (Bandura, 2003 อ้างถึงใน สุปรียา ตันสกุล, 2549: 95) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จ และมีความเป็นอยู่ที่ดี เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ทำลายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม ถึงแม้จะล้มเหลวเขาก็จะมองความผิดพลาดไปที่พยายามไม่เพียงพอหรือขาดความรู้หรือทักษะ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมองงานที่ยากว่าเป็นภาวะคุกคาม จะหลีกเลี่ยงและล้มเลิกการทำงานนั้นๆ เมื่อมีความผิดพลาดก็จะมองว่าตนเองด้อยขาดความสามารถ (สุปรียา ตันสกุล, 2549: 95)

การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆซึ่งจะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 1

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura: 1978 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต:2539

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น แบนดูรา เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัยคือ (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543: 59-60)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง แบนดูรา (Bandura) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำเป็นจะต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขารับรู้ว่ามีความสามารถที่จะทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้ที่สังเกตเห็นมีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าตัวแบบเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยทำให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมี ความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่งแบนดูราได้กล่าวไว้ว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะเข้าร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกการกระตุ้นทางอารมณ์ทางลบ จะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงออกได้ดี แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

แบนดูรา (Bandura, 1997: 84-85) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองของบุคคลอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับมิติ 3 มิติ คือ

1. มิติระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ย่างๆ ถ้า

มอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

2. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอนกล่าวคือ ประการแรก การมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติซึ่งจะสะท้อนให้มองเห็นระดับความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สอง ให้ได้ซักถามถึงแนวทางรูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น

3. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่าง ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

3.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลทางการศึกษาสังคม จิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ดังมีผู้ศึกษาให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Caplan (1974: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

Cobb (1976: 300) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Barrera (1982: 70) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

จากความหมายหรือคำจำกัดความของบุคคลต่างๆ ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2535: 594) กล่าวไว้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้แรงสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

ตามแนวความคิดของไวส์ (Weiss cited in Brandt and Winert, 1987 อ้างถึงในสุภาพร องค์กริยานนท์, 2536: 40-42) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. ความรักใคร่ ผูกพัน และใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) จะเป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2. การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integrate) เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด คำสั่งทักษ์ คำสั่งบุคคลตามโอกาสอันสมควร เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน ถ้าขาดความรู้สึกนั้น จะทำให้บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษาและเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ขาดกำลังใจและรู้สึกสิ้นหวัง

3. ความช่วยเหลือด้านต่างๆ (Asistance) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้วยอารมณ์ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ ซึ่งเฮาส์ (House, 1981 cited by Tiden, 1985: 201) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การเอาใจใส่ ความรักความผูกพัน และเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน

2. การให้การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (Affirmation) รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรง หรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และการให้ข่าวสาร (Information)

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) พฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในรูปวัตถุหรือสิ่งของ เช่น เงิน แรงงาน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น

ระดับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มี 3 ระดับคือ

1. ระดับมหภาค (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยดูจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันทางสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง (Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ผู้ให้การสนับสนุน จะมีเพียงบางส่วนที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

กลุ่มผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวในระดับสูง ได้แก่พ่อแม่ สามีภรรยาญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ

แรงสนับสนุนในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำจาก ครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วย

3.3 แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help Group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help Group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคคล ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับความสนใจและพัฒนาขึ้นมาใช้ในระยะเวลาไม่กี่ปีมานี้ การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในระบบบริการสุขภาพนั้น อาศัยแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญประการหนึ่งที่ว่า มีผลต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ทั้งทางตรงและโดยอ้อม คือผลโดยตรงแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีอารมณ์มั่นคงที่จะต่อสู้กับปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม ผลทางด้านจิตใจนี้จะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นหนทางที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine system) และระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) ทำงานได้ดีขึ้น ผลโดยทางอ้อมแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดได้ลดลง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาของความเครียดที่มีผลต่อร่างกาย ทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ทำงานตามปกติ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และมีความสุข

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือเครือข่ายทางสังคมที่พยาบาลสามารถนำหรือจัดตั้งขึ้น เพื่อใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดได้ตามวิธีการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งก็พบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง และจะให้ประโยชน์ในด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะปัญหาอย่างเดียวกันมารวมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายๆกัน หรือเพื่อเอาชนะความพิการ กลุ่มชนิดนี้จะไม่มีการนัดหมายที่แน่นอนเป็นการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดีจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึก ร่วมให้ข้อมูลข่าวสารและให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับและได้แก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่างๆมาแล้วร่วมอภิปรายให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยึดตามแนวความคิดที่ว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา ความเครียด หรือภาวะวิกฤตมาแล้ว จะเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่นที่มีลักษณะปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่ไม่แตกต่างกันนัก

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ สมาชิกที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่คล้ายคลึงกันจะมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน สมาชิกทุกคนมีบทบาทเป็นผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือและกระบวนการกลุ่ม จะเป็นแบบไม่หยุดนิ่ง และมีปฏิริยาสัมพันธ์กันตลอดเวลาจึงเรียกการมีปฏิริยาสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า ปฏิริยาสัมพันธ์แบบเพื่อน (Peer-Relationship) (จารุภา เลาหพจนารถ, 2544: 43-50)

ความแตกต่างระหว่างกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มจิตบำบัดอื่นๆ

ลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองแตกต่างจากกลุ่มจิตบำบัดหรือกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ คือ

1. เป็นกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน
2. กิจกรรมต่างๆ ทั้งการริเริ่มจัดตั้งและดำเนินงาน กระทำโดยสมาชิกของกลุ่มเองหรือองค์กร บุคลากรของโรงพยาบาลเป็นสื่อกลาง ประสานงาน จัดตั้งกลุ่ม และให้ความช่วยเหลือในระยะเริ่มต้น (สุริย์ จันทโรโมลี, 2549: 91 อ้างถึงใน จารุภา เลาหพจนารถ, 2544: 45)
3. การทำงานของกลุ่มอาศัยหลักที่ว่า สมาชิกผู้ที่เคยมีประสบการณ์หรือปัญหา และได้ผ่านปัญหานั้นมาแล้ว ถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญมีความรู้จากประสบการณ์ตรง จะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกใหม่ ซึ่งบทบาทนี้ไม่สามารถทำได้โดยนักวิชาชีพ สมาชิกครอบครัวและเพื่อน

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีวัตถุประสงค์เฉพาะของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ได้ ดังนี้

1. ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่ก่อความวิตกกังวล เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด

2. ให้กำลังใจกันเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริง กล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกรู้ว่ามีใช้ตนเพียงคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา คนอื่นๆ ก็มีปัญหาเหมือนกัน หรืออาจมากกว่า

3. ช่วยให้สมาชิกปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้

4. สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นโดยมิใช่เป็นเพียงผู้รับฝ่ายเดียว

5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกลั้นหรือระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา กลุ่มลดความอ้วน

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองอาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการรวมกลุ่มเพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาปัญหาระหว่างสมาชิกด้วยกันหรือเกิดจากความต้องการของแพทย์ พยาบาล นักศุขศึกษา เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันให้สมาชิกของกลุ่มได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาก่อน และสามารถเอาชนะปัญหาต่างๆ ได้ เป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบ แต่แบ่งเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ

1. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเป็นทางการ จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหารกลุ่ม มีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการตั้งชื่อกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะที่คนทั่วไปเข้าใจถึงชนิดของกลุ่มได้ ตัวอย่างกลุ่มที่ตั้งในลักษณะนี้ ได้แก่ กลุ่มใช้ยานอนหลับ (Narcotic Anonymous) กลุ่มติดสุรา (Alcoholic Anonymous) เป็นต้น

2. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ จะมีลักษณะและโครงสร้างไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกลุ่มที่มารวมตัวทางสังคม หรือกลุ่มเล็กๆที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บป่วย ขจัดภาวะเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของโรค และผลดีที่จะตามมา ตัวอย่างของกลุ่มที่ตั้งขึ้นไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

ชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Typology of Self-Help Group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กานเนอร์และริชแมน (Gartner and Ressler 1976 อ้างถึงใน สุรีย์ จันทร โมลี, 2543: 93-94) ได้แบ่งลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. เป็นกลุ่มรวมตัวกันเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพ ช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มเพื่อการปรับตัว เช่น หลังรับบริการรักษาโรค หรือหลังร่วมกิจกรรม เช่น United Ostomy Association และ Fraternity of The Wooden Leg

2. กลุ่มรวมตัวจัดตั้งกลุ่มภายใต้แนวความคิด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral modification) เช่น ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเฝ้าระวังน้ำหนักตัวเอง ผู้เลิกสูบบุหรี่เฝ้าระวังพฤติกรรมของตัวเองของกลุ่มไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่

3. การรวมตัวของกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคข้อเข่า การรวมตัวกันเพื่อจัดตั้งสมาคมโรคหัวใจ สมาคมโรคเบาหวาน สมาคมผู้ไร้กล่องเสียง โรคซึ่งจะต้องมีการติดตามรับการรักษาและดูแลสุขภาพตัวเองอย่างต่อเนื่อง

4. การรวมตัวของกลุ่มเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วยเป็นโรค (case finding) การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งเต้านม การส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การวิ่งเพื่อสุขภาพ จัดให้มีสโมสรว่ายน้ำ รวมทั้งการฝึกคลายเครียด การฝึกสมาธิ เป็นต้น

Gartner และ Ressler (Gartner and Ressler 1976 อ้างถึงใน สุรีย์ จันทร โมลี, 2543: 93-94) ได้กล่าวถึง กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง กับทั้ง 4 กลุ่มที่ควรจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในบางโอกาส หรือตลอดกิจกรรม เช่น กลุ่มผู้ปกครอง คู่ครอง บุตร กลุ่มเพื่อน เพื่อจะเป็นกลุ่มช่วยสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เพื่อจะช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้กำลังใจแก่กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง

บทบาทของนักศึกษากลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เนื่องจากนักศึกษามีประสบการณ์ ความชำนาญที่สามารถช่วยให้กลุ่มจัดกิจกรรมให้บรรลุความต้องการของสมาชิกในกลุ่มได้

2. นักศึกษาในฐานะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในช่วงแรกของการตั้งกลุ่ม สามารถช่วยผลักดันให้สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยเริ่มต้นดำเนินงานในสิ่งที่สามารถทำได้ด้วยตัวเองไปก่อน

3. นักศึกษาทำงานในฐานะเป็นที่ปรึกษา ช่วยให้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้มีการคัดเลือกแต่งตั้งผู้นำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเข้าในกระบวนการทำงานกลุ่ม การแก้ไขปัญหาโดยกลุ่มเทคนิคการดำเนินงาน

4. นักศึกษาในฐานะเป็นผู้จัดการ ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากกลุ่มและจากองค์กรภายนอกในชุมชน

5. นักศึกษาในฐานะเป็นผู้ฝึกอบรม ช่วยสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในการพัฒนาบทบาทเจ้าหน้าที่ ความรับผิดชอบ และมีทักษะในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ นักศึกษายังช่วยกลุ่มในการอธิบายและตอบคำถามมากมายในช่วงแรกของการจัดตั้งกลุ่ม การเตรียมงาน การพิจารณาดำเนินกิจกรรมกลุ่มและการประเมินผลงาน

ขั้นตอนการเตรียมกลุ่ม

กระบวนการดำเนินการรวมกลุ่มจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม โดยทั่วไปอาจมีขั้นตอนต่างๆที่ควรคำนึงถึง และเตรียมความพร้อมของกลุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1 การรวมกลุ่มครั้งแรกมีความสำคัญอย่างมาก ควรจะมีการเตรียมการในเรื่องสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก จึงต้องมีการเตรียมงาน เตรียมการประสานงาน ติดต่อให้สมาชิกมาร่วมประชุม วาระการประชุม การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Peer help relationships) ให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกัน สิ่งที่สมาชิกจะได้จากกลุ่มและให้กลุ่ม แนวคิดในการรวมกลุ่ม

ขั้นที่ 2 ประเด็นที่จะอภิปราย ควรปรึกษาหารือ ทำความตกลงกันในเรื่องจุดมุ่งหมายของกลุ่ม โครงสร้าง นโยบาย การบริหารกลุ่ม การคัดเลือกผู้นำ คณะกรรมการ วิธีการเลือก บทบาทหน้าที่ วิธีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในกลุ่มแบบใดเขียนจดหมาย ส่ง postcard โทรศัพท์ความถี่ในการติดต่อ การลงทะเบียนประวัติสมาชิกกลุ่ม กิจกรรมที่ทำร่วมกันในกลุ่ม งบประมาณ ความช่วยเหลือ การเตรียมผู้นำกลุ่มถ้ายังไม่มีการให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการไปก่อน

ขั้นที่ 3 สรรวจปัญหาของกลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือ แนวทางแก้ไข การตัดสินใจให้แน่นอนในการป้องกัน กำหนดวัน เวลา สถานที่ เมื่อไหร่ อย่างไร วางแผนร่วมกันในเรื่องอะไร คอยสังเกตว่าสมาชิกบางคนอาจไม่ต้องการที่จะติดต่อกับใคร เนื่องจากมีข้อจำกัดส่วนตัว เช่น ปัญหาการช่วยตัวเอง บ้านไกล เดินทางลำบาก ไม่มีเวลาต้องดูแลครอบครัว มีธุรกิจต้องทำ ไม่มีเงินกลัวเสียเงิน เน้นให้สมาชิกได้เข้าใจในการป้องกัน การรวมกลุ่มแต่ละครั้งเป็นเรื่องของความสมัครใจ อาสาสมัคร เป็นความพอใจที่จะมาพบกัน ถ้าพบว่าสมาชิกบางคนยังลังเลที่จะรวมกลุ่ม หรือขาดข้อมูลบางอย่าง ไม่เข้าใจกระบวนการ เปิดให้มีการอภิปรายออกความเห็น หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

สมาชิกไม่ควรจะเสียค่าใช้จ่าย ถ้าเป็นไปได้สร้างบรรยากาศที่ดีในกลุ่ม ความเป็นกันเอง ความไว้วางใจกัน ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ช่วยเหลือกัน

ขั้นที่ 4 ให้สมาชิกได้รับรู้ผลประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม อาจจะเป็นความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ในการแก้ปัญหาดูแลสุขภาพตัวเอง ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ เครื่องมือการบริการ สวัสดิการ สิทธิ ความสบายใจ ความพอใจ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำอย่างไร (acting as peer support) ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล มีแหล่งประโยชน์ที่ได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้าง เช่น การได้รับคำปรึกษา แนวทางการแก้ไขปัญหา กิจกรรมพิเศษต่างๆ การตรวจสอบตัวเอง

ขั้นที่ 5 การติดตามผล การต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิก กลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับในด้านต่างๆ เช่น การแก้ปัญหา ได้รับกำลังใจ การได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มทำอะไรได้ ทำตัวให้เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือกลุ่ม ช่วยเหลือสังคมอะไรบ้าง ได้เพื่อนใหม่ สุขภาพดีขึ้น ให้ค่าตัวเองเพิ่มขึ้น มีความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น ได้พัฒนาความสามารถตัวเองด้านใดบ้าง ได้ช่วยเหลือสังคมเป็นผู้ให้และผู้รับ ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดบ้าง

ขั้นที่ 6 วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานของกลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไข ความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนากลุ่ม การหาสมาชิก

ประโยชน์การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่ม Self-Help Group จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในกลุ่ม คนรอบข้าง ถ้ากลุ่มรวมกันได้ดี มีผลผลิต มีพลังกลุ่ม กลุ่มมีศักยภาพ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านต่างๆ (จารุภา เลหาพจนารถ, 2544: 43-50) ดังนี้

1. เป็นการรวมพลังกลุ่มของผู้มีปัญหาเดียวกันที่มีความทุกข์ ความไม่สบายใจ ไม่มีทางออก การรวมตัวกันทำให้รู้ว่าคนที่มีปัญหาเดียวกันมาก มีเพื่อนซึ่งประสบชะตากรรมเดียวกัน ได้รับความเห็นใจเข้าใจซึ่งกันและกัน ตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่ม การช่วยเหลือและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้คลายความทุกข์ ปรับตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตัวเองดีขึ้น

2. ได้เห็นรูปแบบตัวอย่าง Role model ของสมาชิกในการปฏิบัติตัวที่ดีในการแก้ปัญหาได้แนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้

3. บุคคลมีโอกาสดำเนินการระบายความรู้สึก (Expression) ความเครียด ความอึดอัด ความกลัว ความคับข้องใจ โดยจัดให้กลุ่มมีบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ เปิดเผยเป็นกันเอง

มีการแลกเปลี่ยนความรู้ มีโอกาสสะท้อนความรู้สึก ความคิดของสมาชิก รับฟังปัญหาที่คล้ายกับตัวเอง

4. ขจัดปมด้อยเพียงการนับถือตัวเองมากขึ้น (Self-esteem) สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตัวเอง (Empowerment) สร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง เกิดความภูมิใจตัวเองมากขึ้น รู้สึกตัวเอง มีค่าเมื่อมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ได้ทำประโยชน์ให้แก่สมาชิกกลุ่มและสังคม ไม่ใช่คอยแต่จะรับความช่วยเหลือฝ่ายเดียว

5. สมาชิกยอมรับปัญหาการเจ็บป่วยของตัวเอง ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางเหมาะสมมากขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดีขึ้น มีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพของตัวเอง (potential) ในการดูแลสุขภาพตนเอง

6. สร้างเครือข่ายในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตัวเอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ

7. กลุ่มมีศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร เป็นแหล่งข้อมูล แหล่งรวมจิตใจ แก้ปัญหาาร่วมกัน เป็นศูนย์กลางให้คำปรึกษาของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พิริยา วัฒนารุ่งกานต์ (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 72 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับกิจกรรม เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และทดสอบสมรรถภาพร่างกายก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตน ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว และความจุปอด ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และความจุปอด ที่ดีกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กรกานต์ ป้อมบุญมี (2539: 68-78) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที นาน 12 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายประกอบด้วยคาร์ดิโอและการบริหารร่างกาย แบบวัดสมรรถภาพทางกายที่ดัดแปลงมาจากอวย เกตุสิงห์ ซึ่งทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนที พบว่า สมรรถภาพทางกายแต่ละองค์ประกอบของผู้สูงอายุได้แก่ ดัชนีมวลกายของร่างกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันได้ผิวหนัง 4 ตำแหน่ง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าการบีบของมือ ความอดทนในการออกกำลังกาย ความคล่องแคล่วว่องไว ความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง และความจุปอด มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0005 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะพักและเปอร์เซ็นต์ของอัตรารังสีจักรเพิ่มขึ้นหลังการก้าวขึ้นลงม้านั่งเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0005

ขวัญหทัย บุญชู (2545: ๖) ศึกษาความรู้ ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบ้านเกาะกลาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 65 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และประเมินภาวะโภชนาการโดยหาค่าดัชนีมวลกายซึ่งคำนวณจากน้ำหนักตัวและความยาวแขน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 67.69 ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 60.0 ภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 29.23 ภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 10.77 ความรู้และภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นพรัตน์ เจริญกิจ(2542: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และอำนาจการทำนายการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี จำนวน 160 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบางแพ, โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน, โรงพยาบาลจอมบึง และโรงพยาบาลวัดเพลง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับการศึกษา ระยะเวลาการ

เจ็บป่วย และความคาดหวังในผลลัพธ์ สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 31.8 ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความ สามารถตนเองและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เช่นการจัดให้เห็นตัวแบบ ในผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จและความล้มเหลวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กรณีตัวอย่าง เหล่านี้รวมถึงผู้ป่วยที่สามารถปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ และผู้ป่วยที่แสวงหาความรู้ โดยการศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการนี้จะกระตุ้นให้พวกเขาสามารถปรับตัวเข้ากับความเสี่ยงป่วย และมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

สุขุมล แสนพวง (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอำนาจการทำนายของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผล ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรค เบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี จำนวน 120 คน ที่มารับการตรวจรักษา ที่คลินิก โรคเบาหวานโรงพยาบาลบางแพะ, โรงพยาบาลวัดเพลง, โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชจอมบึง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ใน ระดับค่อนข้างสูง คะแนนเฉลี่ยรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม กรรมการบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และระดับการศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานได้ร้อยละ 38.3 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมี ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรค เบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ ถูกต้อง โดยเน้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความเข้าใจ ถึงประโยชน์ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

อรุณี นาคะพงศ์ (2539:บทคัดย่อ) ศึกษาภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุดินแดง จำนวน 131 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกรายบุคคล แบบบันทึกรายภาวะ ทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารโดยตรง แบบวัดการกระทำ กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (BADL) แบบวัดกิจกรรมที่ใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (IADL) แบบวัดการดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ และแบบวัดภาวะ ซึมเศร้า ตามลำดับ ภาวะโภชนาการประเมิน จากค่าดัชนี ความหนาของร่างกาย เส้นรอบวง กล้ามเนื้อกึ่ง กลางต้นแขน ระดับอัลบูมินในซีรัม ฮีโมโกลบิน และฮีมาโตคริต ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีภาวะทางร่างกายและ การดูแลตนเองด้าน โภชนาการค่อนข้างดี ประมาณหนึ่งในห้ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง แต่เกือบทั้งหมด มีดัชนีทางโภชนาการผิดปกติอย่างน้อย 1 ด้าน ผลการทดสอบ สมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าต่างกัน มี ภาวะทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารโดยตรง ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีภาวะทางร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารโดยตรงปกติมีการดูแล ตนเองด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะทางร่างกายที่ เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารโดยตรงเปลี่ยน ไปอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่สามารถกระทำกิจกรรมการดำเนิน ชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และกลุ่มที่มีการดูแลตนเองด้านโภชนาการต่างกัน มีภาวะโภชนาการโดยรวมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ พานพรหม (2544:บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ โดยนำ PRECEDE FRAMEWORK มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบ Four Stages Stratified Sampling ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบ สอบถามที่สร้างไว้ อนาคต ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 53.8 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 34 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัย ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อทางด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมี/เป็น/เข้าร่วมชมรม ผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในบริการ ส่วนปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติ เพื่อนบ้านและ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์และสาธารณสุข การวิเคราะห์จำแนกพบ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมได้ร้อยละ 36.2 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว

นงนวล พูลเกษร (2544:บทคัดย่อ) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยนำ PRECEDE Framework มาเป็น กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชรแบบหลายขั้นตอน จำนวน 420 คน เป็นชาย 198 คน หญิง 222 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ที-เทส การ

วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการจำแนกหมู่ ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) ของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับพอใช้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 25.8 การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข อายุ และความพึงพอใจ ในบริการสุขภาพ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร ตามลำดับ

นิธิตา สุภาวี (2544:บทศด้อย) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ โดยนำ PRECEDE Model ประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 424 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ for stages stratified random sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsons Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติการจำแนกหมู่คูณ (Multiple Classification Analysis) ผลการวิจัยพบว่า อายุ เพศ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีและการ เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การมีและเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) การวิเคราะห์การจำแนกหมู่คูณ พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรสังคมสามารถทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 8 ตัวแปรที่มีความสามารถ ทำนายมากที่สุดในกลุ่มปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรสังคมคือ เพศและเขตที่อยู่อาศัยปัจจัยนำสามารถทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 3 ปัจจัยเอื้อสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 7 ตัวแปรที่มีความสามารถทำนายมากที่สุดในกลุ่มปัจจัยเอื้อ คือ การมีและเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริมสามารถทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 14 ตัวแปรที่มีความสามารถทำนาย มากที่สุดในกลุ่มปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ สาธารณสุข ตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 18 ตัวแปรที่มีความสามารถ ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือ ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข)

นิภา เชื้อทอง (2544:บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรม สุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอท่าม่วง ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน 86 คน แบ่ง เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 44 คน ใช้เวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ และติดตามผล ต่ออีก 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบ สัมภาษณ์และการประเมิน สมรรถภาพทางกายก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าก่อนการ ทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

นริมาลย์ นิละไพจิตร (2544:บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและการ บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 87 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับกิจกรรม ตามแผนการสอนที่ผู้ วิจัยกำหนด ขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามผลหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่ม ทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนการทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลให้ความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง ระดับไขมัน รวมในเลือดและภาวะสุขภาพของผู้ สูงอายุกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองไม่มีความ แตกต่างจากก่อนการ ทดลอง ส่วนดัชนีมวลกายดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่าง จากกลุ่มเปรียบเทียบ

กฤษณา สกุลรัง (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุข ศึกษาในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภค อาหาร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มาเป็นแนวทาง ในการกำหนดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การใช้ตัวแบบฝึกออกกำลังกาย ฝึกคิดเมนูอาหาร กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดให้วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเป็นกลุ่มทดลอง โรงพยาบาลกลาง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่ม

ทดลองจำนวน 45 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 45 คน ใช้ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การประเมินร่างกาย ได้แก่ ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ น้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยความดันในหลอดเลือดแดง และ ดัชนีมวลกาย ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และพบว่าระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ น้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยความดัน ในหลอดเลือดแดงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าดัชนี มวลกายพบว่า ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ พบว่าความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย และการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

สุดาจันทร์ วัชรกิตติ (2535:บทคัดย่อ) ศึกษาเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีภาวะทุพพลภาพ จำนวน 207 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างที่กำหนดไว้แน่นอน ทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีจำนวนบุคคลในเครือข่ายเฉลี่ย 6 คน ชนิดความสัมพันธ์เป็นเครือญาติและเพื่อน ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด เฉลี่ย 5 คน และมีการติดต่อกันเฉลี่ย 22 ครั้ง/เดือน นอกจากนี้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จากการหาความสัมพันธ์พบว่า เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.6492, P < 0.01$) โดยเครือข่ายทางสังคมด้านการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากที่สุด เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.1492, P < 0.05$)

รัชณี สุนทรปรกรณ์กิจ (2537:ข) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตัวอย่างจำนวน 384 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งดัดแปลงจาก “The Appraisal of Self Care Agency Scale” และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านความเชื่อภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ ซึ่งดัดแปลงจาก “The Multidimensional Health Locus of Control Scale” ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ก่อนไปทางสูง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่ออำนาจภายในและความเชื่อความบังเอิญหรือ โชคชะตาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรบาร์ทและคณะ (Probart, et. Al 1991: 49-56) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกความหนักปานกลาง ที่มีต่อความสมบูรณ์ของร่างกายของหญิงสูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มทดลองออกกำลังกายโดยการเดินบนลู่วิ่ง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที เป็นเวลา 6 เดือน ที่ระดับอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด 70 % กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ พบว่า

1. ความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด เวลาทั้งหมดที่ออกกำลังกายโดยการเดินบนลู่วิ่ง ของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

2. ความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด เวลาทั้งหมดที่ออกกำลังกายโดยการเดินบนลู่วิ่ง ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ดัชนีความหนาของร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปรปรวนไม่สามารถบอกได้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

แม็คเมอร์โด และเบอร์เนต (McMurdo and Burnett, 1992: 292-298) ได้ศึกษาถึงผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อายุระหว่าง 60-81 ปี จำนวน 87 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นเวลา 32 สัปดาห์ พบว่า

1. กลุ่มควบคุมมีระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity Level) อัตราชีพจร ความดันโลหิต แลกการควบคุมอารมณ์ (Self Rating Mood) ดีขึ้น
2. กลุ่มทดลองมีความอ่อนตัวของกระดูกสันหลังและหัวเข่า ความแข็งแรงของขาและหลัง ชีพจร ความดันโลหิต ระดับสมรรถภาพร่างกายสูงสุด (Maximum Physical Exertion Levels) การควบคุมอารมณ์ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) ดีขึ้น
3. กลุ่มทดลองมีความอ่อนตัวของกระดูกสันหลัง (Spine Flexion) การรับรู้ภาวะสุขภาพความพึงพอใจในชีวิต และรับสมรรถภาพร่างกายสูงสุด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$, $p = 0.05$, และ $p = 0.01$ ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ได้ก่อตั้งเมื่อ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2533 โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

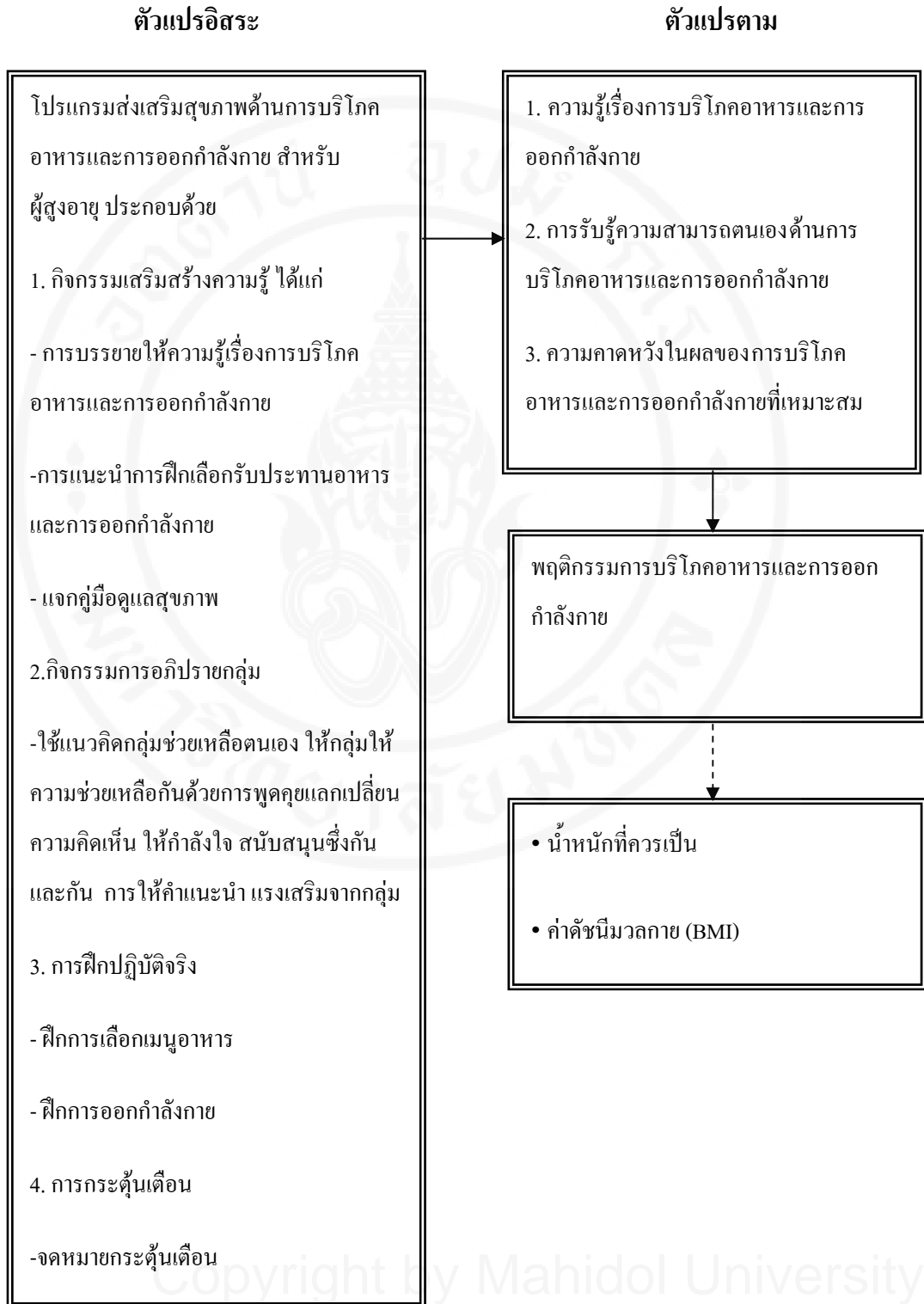
1. รวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุและผู้อยู่ในวัยก่อนผู้สูงอายุ
2. พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นแสวงหาความรู้เสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องที่จำเป็นของผู้สูงอายุ
3. ช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อกัน สร้างขวัญและกำลังใจในยามทุกข์และสุข
4. สืบสานประเพณีวัฒนธรรมที่ดีงามอันเป็นตัวอย่างแก่เยาวชนและลูกหลาน
5. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์และการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

สถานที่ตั้งอยู่ที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ประธานชมรมผู้สูงอายุคนปัจจุบัน คือ นายเฉลิม เสริมสุข ปัจจุบันมีสมาชิกรวมทั้งสิ้น 1,329 คน มีการประชุมคณะกรรมการบริหารชมรมทุก 1 เดือนในวันพฤหัสบดีแรกของเดือน และมีการประชุมสมาชิกทุก 2 เดือนในวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน กิจกรรมของชมรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการให้ความรู้ อบรมวิชาการ มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้านการส่งเสริมวัฒนธรรมและประเพณีไทย มีการจัดกิจกรรมในวันสำคัญที่เกี่ยวกับประเพณีศาสนาต่างๆ กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ปฏิบัติธรรม ทอดผ้าป่า กิจกรรมงานบุญ งานกุศล เป็นต้น ในด้านกิจกรรมเพื่อสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมจิตอาสา การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือด้อยโอกาส เป็นต้น

สรุปการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อม การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความสำคัญยิ่งการจัด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้ และจากการทบทวนทฤษฎีพบว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดออกมา บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังว่าจะได้รับผลตามที่ตนต้องการ ชมรมผู้สูงอายุเป็นที่ที่มีการรวมตัวกันเพื่อเป็นสถานที่ฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยบุคคลจะต้องได้รับความรู้ เจตคติที่ถูกต้อง จึงจะเกิดการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งการรวมกลุ่มทำให้เกิดกระบวนการกลุ่ม จากแรงจูงใจของเพื่อนด้วยกันและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการกระตุ้นเตือน เมื่อบุคคลตระหนักและกระทำพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้เองแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพได้ ดังนั้นการจัด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จึงเป็นไปตามกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

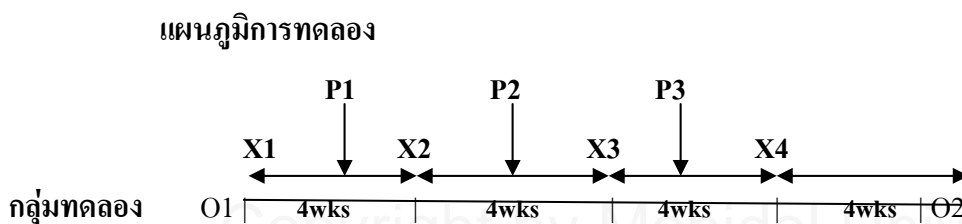
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ในบทนี้จะกล่าวถึงขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการจัดกิจกรรมทดลอง (Pretest-Posttest One-Group Design) โดยมีแผนภูมิการทดลอง ดังนี้



O1 หมายถึง การวัดก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร น้ำหนัก ส่วนสูง และความดันโลหิต ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

O2 หมายถึง การวัดภายหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลด้านน้ำหนัก ส่วนสูง และความดันโลหิต ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

X1 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 1 ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและค้นหาปัญหาในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและเสริมสร้างความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและวิธีการเลือกรับประทานอาหาร วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกด้วยกิจกรรม “คุณคือใคร ใครคือคุณ” ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกการเลือกเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และผู้วิจัยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึก หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมมีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและชักจูงให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2

X2 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 2 ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันและให้ผู้สูงอายุทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย ให้สมาชิกสำรวจตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จากการดูบันทึกจากแบบบันทึกพฤติกรรม โดยใช้กิจกรรม “โยงโยปัญหา” และให้สมาชิกมีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภคอาหารด้วยกิจกรรม “สะพานสู่ดาว” จากนั้นผู้วิจัยเสนอแนะวิธีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันฝึกปฏิบัติ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมมีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและชักจูงให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3

X3 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 3 ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหา สาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย ให้สมาชิกเล่าถึงการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และการลงบันทึกแบบประเมินตนเอง โดยใช้ตัวแบบจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยแนะนำและสาธิตการประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเองเพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินสุขภาพตนเองว่ามีภาวะสุขภาพในระดับใด หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้วิจัยส่งจดหมายกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองและชักจูงให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 เพื่อชักจูงและย้ำเตือนการมาร่วมกิจกรรมตามนัดหมาย

X4 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 4 ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุ หาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย ให้สมาชิกเล่าถึงการบริโภคอาหารและออกกำลังกายและการลงบันทึกแบบประเมินตนเอง โดยใช้ตัวแบบจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง และให้กลุ่มช่วยกันสรุปผลดีของการปฏิบัติ ผลเสียของการไม่ปฏิบัติ ให้แรงเสริม พร้อมทั้งกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกมีกำลังใจ ตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม ผู้วิจัยให้กลุ่มคัดเลือกผู้นำกลุ่ม เพื่อเป็นแกนนำของกลุ่ม และร่วมกันวางแผนกิจกรรมการดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและทบทวนทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกัน และสรุปผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และความสำคัญของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและยุติการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

P1 หมายถึง ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนทางไปรษณีย์ฉบับที่ 1 จากผู้วิจัยถึงผู้สูงอายุ หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 แล้ว 2 สัปดาห์

P2 หมายถึง ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนทางไปรษณีย์ฉบับที่ 2 จากผู้วิจัยถึงผู้สูงอายุ หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 แล้ว 2 สัปดาห์

P3 หมายถึง ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนทางไปรษณีย์ฉบับที่ 3 จากผู้วิจัยถึงผู้สูงอายุ หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 แล้ว 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่างกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ทำการวิจัย

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ไม่น้อยกว่า 3 เดือน
2. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด
3. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนออกจากการวิจัย

1. เป็นผู้ที่มิมีปัญหาในเรื่องการรับรู้และการสื่อสาร
2. ผู้สูงอายุที่รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และไม่ต้องการเข้าร่วมโปรแกรมและไม่ต้องการให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม

โดยสรุปได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน

41 คน

หลังจากดำเนินกิจกรรมทดลอง มีผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน ไม่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้ง และมีผู้สูงอายุ 1 คน ที่มีปัญหาสุขภาพต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล จึงมีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภาพสื่อสไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ แบบสำรวจและแบบบันทึกพฤติกรรม คู่มือดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ และจดหมายกระตุ้นเตือน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 10 หน้า เวลาที่ใช้ในการตอบของแต่ละบุคคลประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ข้อคำถามเป็นลักษณะเติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายว่าได้รับมากน้อยอย่างไร และใส่เป็นตัวเลขระดับการได้รับการสนับสนุนตามบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ คู่สมรส บุตร เพื่อน แพทย์ พยาบาลประจำชมรม และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาหารที่ผู้สูงอายุควรเลือกบริโภค ประโยชน์ของการเลือกบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การออกกำลังกายที่ถูกวิธี วัตถุประสงค์ ของการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์การประเมิน โดยการประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971: 47) โดยมีค่าคะแนนพิสัยอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน กำหนดเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับคะแนนความรู้	เกณฑ์ระดับความรู้	
	ร้อยละ	คะแนน
สูง	80-100	12-14
ปานกลาง	60-79	8-11
ต่ำ	≤ 59	≤ 7

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึก ต่อข้อความแต่ละข้อ ว่าเห็นด้วยหรือไม่กับข้อความซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ข้อดีของ

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และข้อเสียของการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีจำนวน 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อดีของการออกกำลังกายและข้อเสียของการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ

สำหรับข้อคำถามในส่วนที่ 4 นี้ ประกอบด้วยคำถามให้แสดงความคิดเห็นประกอบด้วยคำถามที่มีคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1932) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้ 5 ระดับคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่แน่ใจ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ความคิดเห็นต่อคำถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความคิดเห็นดังนี้

ความคิดเห็น/การรับรู้	การให้คะแนน	
	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	5	1
เห็นด้วยปานกลาง	4	2
เห็นด้วยน้อยมาก	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
ไม่แน่ใจ	1	5

รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนนและนำคะแนนที่ได้มาจัดแบ่งเป็นระดับของการรับรู้ 3 ระดับโดยการแบ่งแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

ระดับคะแนนการรับรู้	เกณฑ์ระดับการรับรู้	
	ร้อยละ	คะแนน
สูง	80-100	53-65
ปานกลาง	60-79	39-52
ต่ำ	≤59	≤38

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความแต่ละข้อว่าเห็นด้วยหรือไม่กับข้อความดังกล่าว ซึ่งในด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

การรับรู้ของผู้สูงอายุ ในการที่จะสามารถลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการรับรู้ที่จะสามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเองได้ มีจำนวน 8 ข้อ ส่วนด้านการออกกำลังกาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุในการที่จะสามารถออกกำลังกาย มีคำถามจำนวน 8 ข้อ ทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ

สำหรับข้อคำถามในส่วนที่ 5 นี้ ประกอบด้วยคำถามให้แสดงความคิดเห็นประกอบด้วยคำถามที่มีคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1932) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้ 5 ระดับคือ ทำได้แน่นอน ทำได้ ไม่แน่ใจ ทำไม่ได้ ทำไม่ได้แน่นอน โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ความคิดเห็นต่อคำถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความคิดเห็นดังนี้

ความคิดเห็น/การรับรู้	การให้คะแนน	
	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทำได้แน่นอน	5	1
ทำได้	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ทำไม่ได้	2	4
ทำไม่ได้แน่นอน	1	5

รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าคะแนนพิสัยอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนนและนำคะแนนที่ได้มาจัดแบ่งเป็นระดับของการรับรู้ 3 ระดับ โดยการแบ่งแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

ระดับคะแนนการรับรู้	เกณฑ์ระดับการรับรู้	
	ร้อยละ	คะแนน
สูง	80-100	65-80
ปานกลาง	60-79	48-64
ต่ำ	≤59	≤47

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้สูงอายุในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่ไม่

เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้เลือกตอบตามความถี่ที่ปฏิบัติ มีจำนวน 15 ข้อ ด้านการออกกำลังกายมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้สูงอายุในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ในเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้เลือกตอบตามความถี่ที่ตนเองปฏิบัติกิจกรรมนั้น ซึ่งได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติหรือไม่เคยทำ ทำ 3-5 วันต่อสัปดาห์ เดือนละประมาณ 1-2 ครั้ง ทำ 1-2 วันต่อสัปดาห์ หรือทำทุกวัน โดยให้คะแนนแต่ละระดับการปฏิบัติดังนี้

ความถี่ของการปฏิบัติ	การให้คะแนน	
	การปฏิบัติด้านบวก	การปฏิบัติด้านลบ
ทำทุกวัน	5	1
ทำ 3-5 วัน ต่อสัปดาห์	4	2
ทำ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์	3	3
เดือนละประมาณ 1-2 ครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ หรือ ไม่เคยทำ	1	5

รวมคะแนนทั้งหมดมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน และนำคะแนนที่ได้มาจัดเป็นระดับได้ 3 ระดับโดยการแบ่งแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรม

ระดับคะแนนพฤติกรรม	ร้อยละ	คะแนน
ถูกต้องมาก	80-100	54-75
ถูกต้องปานกลาง	60-79	40-53
ถูกต้องน้อย	≤59	≤39

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีขั้นตอนในการสร้าง และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์
2. สร้างเครื่องมือแบบสอบถามโดย

2.1 ศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจากตำราทฤษฎีงานวิจัย และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

2.2 กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

2.3 สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ

2.4 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปตรวจสอบ

2.5 ทำการทดสอบด้วยเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 40 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือในด้านความลวกพร่องของภาษา และเทคนิคในการสัมภาษณ์ เพื่อสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย

2.6 นำแบบสอบถาม ไปวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้วยค่าทางสถิติ โดยการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดเนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ ผลจากการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงรวมของการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 0.68 และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเท่ากับ 0.80

จากการวิเคราะห์คุณภาพด้านต่างๆของแบบสอบถามแล้ว ได้นำมาปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและรูปแบบก่อนนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

2.1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การบรรยายเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ ตัวแบบจริงที่มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การอภิปรายกลุ่ม พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ให้กำลังใจ สนับสนุนซึ่งกันและกัน การสาธิตและฝึกทักษะการเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเองจากแบบสำรวจ และกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.2 สไลด์เรื่อง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุใช้ประกอบการบรรยาย โดยผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น

2.3 คู่มือดูแลสุขภาพซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าจัดทำขึ้นซึ่งรวบรวมจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยครอบคลุมเนื้อหาความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

2.4 แบบบันทึกสุขภาพจากการตรวจร่างกายโดยผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิต

2.5 จดหมายกระตุ้นเตือนที่ผู้วิจัยส่งถึงผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งให้กำลังใจ และเตือนการนัดหมายครั้งต่อไป 3 ฉบับ โดยแต่ละฉบับ จะส่งหลังจากเข้ากลุ่มแล้ว 2 สัปดาห์

2.6 สายวัดรอบเอวและที่ชั่งน้ำหนัก ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยแจ้งให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

1.2 ขอความร่วมมือจากหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการทำวิจัย พร้อมทั้งติดต่อประสานงานกับประธานและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุก่อนทำวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและรายละเอียดของการทำวิจัย

1.3 ผู้วิจัยชี้แจง เรื่องการจัดกิจกรรมตาม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ให้แก่ผู้ช่วยวิจัย

1.4 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งได้มาจากเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจำนวน 1 คน โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม วิธีการจดบันทึกตรวจสอบสุขภาพทางกายภาพ เป็นที่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่ม หลังจากนั้นจึงนัดหมายวันเวลาเก็บข้อมูล

1.5 ติดต่อประสานกับหน่วยงานเวชกรรมสังคมและหน่วยโสตทัศนูปกรณ์จัดเตรียมสื่อทัศนูปกรณ์ สถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1.6 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

1.7 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการทดสอบก่อนการทดลอง ให้คะแนนและแปลผล

2. ขั้นตอนการวิจัย

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ จัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน มีการดำเนินการดังนี้

2.1 ประเมินระดับสุขภาพทางกายภาพของผู้สูงอายুর่วมกับเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความยาวรอบเอว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ

2.2 เสริมสร้างความรู้และทักษะในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แนะนำและสาธิตอาหารสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร แนะนำและสาธิตการประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง เสนอแนะวิธีการออกกำลังกายแบบวิถีกายบริหาร โดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น โดยใช้ตัวแบบที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้องและพูดคุยถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง

2.3 กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ โดยการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนส่งถึงผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 3 ฉบับ โดยแต่ละฉบับจะส่งหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 2 สัปดาห์

2.4 เมื่อกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมจนครบ 4 ครั้ง แล้วจึงเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุจัดให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยจัดกิจกรรมขึ้นทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การแนะนำการฝึกเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ

ตนเองมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ แนวคิด วิธีการแก้ปัญหา และกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยใช้จดหมายกระตุ้นเตือนส่งถึงผู้สูงอายุโดยตรงภายหลังการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง 2 สัปดาห์จนสิ้นสุดโปรแกรม มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกเข้าใจบทบาทและแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม
3. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และหาวิธีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงความสำคัญและวิธีการเลือกรับประทานอาหาร
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

วิธีจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

1. สร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย ระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองด้วยกิจกรรม “คุณคือใคร ใครคือคุณ” (ระยะเวลา 10 นาที)
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน จำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลาในแต่ละครั้ง พร้อมทั้งระบุนบทบาทของสมาชิก ให้ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ รับฟังความคิดเห็นและปัญหาของเพื่อนสมาชิก และช่วยกันหาแนวทางแก้ไข (ระยะเวลา 10 นาที)
3. ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยการบรรยายประกอบสไลด์ หลังจากนั้นให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นความรู้ ประสบการณ์ ความคิดเห็น ปัญหาของสมาชิกแต่ละคนในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และเล่าถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้เพื่อนสมาชิกฟัง (ระยะเวลา 30

นาที) และกล่าวชมเชยสมาชิกที่สามารถมีพฤติกรรมกรบริโภครอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

4. แนะนำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารรับประทาน และร่วมกันสรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการบริโภครอาหาร (ระยะเวลา 20 นาที)

5. แจกสมุดคู่มือดูแลสุขภาพและแนะนำแบบประเมินพฤติกรรมกรบริโภครอาหารและการออกกำลังกายและนัดหมายสมาชิกเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 (ระยะเวลา 5 นาที)

6. ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองและชักจูงให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 หลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 นาน 2 สัปดาห์ เพื่อชักจูงและเตือนย้ำการมาร่วมกิจกรรมตามนัดหมาย

การประเมินผล โดยการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่ม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภครอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรบริโภครอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

วิธีจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 2 และทักทายพูดคุยกับสมาชิกในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่วงที่ผ่านมา (ระยะเวลา 5 นาที)
2. ให้สมาชิกแต่ละคนสำรวจตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในด้านการบริโภครอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับดูบันทึกจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารและแบบบันทึกการออกกำลังกายว่าสิ่งใดปฏิบัติได้ถูกต้องและสิ่งใดยังบกพร่องและควรแก้ไข โดยเข้าสู่กิจกรรม “โยงโยปัญหา” และให้สมาชิกเล่าถึงการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภครอาหาร โดยใช้

ตัวแบบที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง ได้พูดคุยถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งให้เพื่อนสมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และให้แรงเสริมโดยกล่าวยกย่องชมเชย และปรบมือ พร้อมกระตุ้นสมาชิกคนอื่นๆ ให้มีกำลังใจ และให้สมาชิกช่วยกันสรุปผลดี และแนวทางควบคุมอาหารของกลุ่ม และให้สมาชิกมีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภคอาหารด้วยกิจกรรม “สะพานสู่ดาว” (ระยะเวลา 30 นาที)

3. เปิดประเด็นให้สมาชิกอภิปรายถึงเรื่องการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่ ในเรื่องชนิด ระยะเวลา ผลของการออกกำลังกาย และกล่าวชมเชยสมาชิกที่ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย พร้อมให้สมาชิกสาธิตวิธีการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่ ให้เพื่อนสมาชิกดู และผู้วิจัยเสนอแนะวิธีการออกกำลังกายแบบวิถีกายบริหาร และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันฝึกปฏิบัติ (ระยะเวลา 20 นาที)

4. นัดหมายสมาชิกเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 (ระยะเวลา 5 นาที)

5. ผู้วิจัยส่งจดหมายกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองและชักจูงให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 หลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 นาน 2 สัปดาห์ เพื่อชักจูงและย้ำเตือนการมาร่วมกิจกรรมตามนัดหมาย

การประเมินผล โดยการสังเกตการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่ม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

วิธีจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 3 และทักทายพูดคุยกับสมาชิกในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่วงที่ผ่านมา (ระยะเวลา 5 นาที)

2. ให้สมาชิกเล่าถึงการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และการลงบันทึกแบบประเมินตนเอง โดยใช้ตัวแบบจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ดีและ

ถูกต้อง เล่าถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งให้เพื่อนสมาชิกซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และให้กลุ่มช่วยกันสรุปผลดีของการปฏิบัติ ผลเสียของการไม่ปฏิบัติ ให้แรงเสริม กล่าวยกย่อง ชมเชย ประบมือพร้อมทั้งกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกมีกำลังใจ ตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม (ระยะเวลา 25 นาที)

3. ผู้วิจัยแนะนำและสาธิตการประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเองเพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินสุขภาพตนเองว่ามีภาวะสุขภาพในระดับใด (ระยะเวลา 15 นาที)

4. นัดหมายสมาชิกเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 (ระยะเวลา 5 นาที)

5. ผู้วิจัยส่งจดหมายกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองและชักจูงให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 หลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 นาน 2 สัปดาห์ เพื่อชักจูงและย้ำเตือนการมาร่วมกิจกรรมตามนัดหมาย

การประเมินผล โดยสังเกตการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่ม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ครั้งที่ 4 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน

2. เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานของกลุ่ม

3. คัดเลือกผู้นำกลุ่ม

4. สรุปผลการดำเนิน โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

วิธีจัดกิจกรรม ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 4 และทักทายพูดคุยกับสมาชิกในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่วงที่ผ่านมา (ระยะเวลา 5 นาที)

2. ให้สมาชิกเล่าถึงการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และการลงบันทึกแบบประเมินตนเอง โดยใช้ตัวแบบจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง เล่าถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งให้เพื่อนสมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และให้กลุ่มช่วยกันสรุปผลดีของการปฏิบัติ ผลเสียของการไม่ปฏิบัติ ให้แรงเสริม กล่าวยกย่อง ชมเชย ประทับมือพร้อมทั้งกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกมีกำลังใจ ตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม (ระยะเวลา 20 นาที)

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มคัดเลือกผู้นำกลุ่ม เพื่อเป็นแกนนำของกลุ่ม และร่วมกันวางแผนกิจกรรมการดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ระยะเวลา 10 นาที)

4. ทบทวนทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ร่วมกัน (ระยะเวลา 20 นาที)

5. สรุปผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และความสำคัญของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและยุติการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ระยะเวลา 5 นาที)

การประเมินผล โดยสังเกตการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่ม

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติพรรณนา ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับได้ในสมมติฐานของการวิจัย

วิเคราะห์ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test ในด้านความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เมื่อเริ่มโปรแกรมมีผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 41 คน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้ง จำนวน 6 คน และมีผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล 1 คน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจึงมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 34 คน มีระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งหมดเป็นเวลา 16 สัปดาห์ เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ก่อนการทดลองและหลังจากการทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยได้นำข้อมูล มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวและความยาวรอบเอวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคะแนนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ในตัวแปรต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
- 2.2 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
- 2.3 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- 2.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแต่ละด้าน ดังนี้

การเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-tests ในตัวแปรต่อไปนี้

- 3.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

3.2 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

3.3 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

3.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ น้ำหนักตัว BMI ความยาวรอบเอว ของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 รายงานผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรีจำนวน 34 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.1 ดังต่อไปนี้

1.1 เพศ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 ที่เหลือเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.2

1.2 อายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา มีอายุระหว่าง 72-77 ปี และอายุระหว่าง 66-71 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.5 และร้อยละ 23.5 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 66.47 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.28)

1.3 สถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.9 รองลงมา สถานภาพหม้ายและหย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 20.6 และพบน้อยที่สุดคือ เป็นโสดร้อยละ 2.9

1.4 การศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.5 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ร้อยละ 20.6 และอนุปริญญา ร้อยละ 14.7 และพบน้อยที่สุดคือจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 2.9

1.5 อาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการ บำนาญ ร้อยละ 76.5 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 11.8 และพบน้อยที่สุดคือประกอบอาชีพค้าขายและทำสวน ร้อยละ 2.9

1.6 รายได้ต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 38.2 รองลงมามีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 32.4 และ 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 23.5 และพบน้อยที่สุดคือรายได้ 40,001-50,000 บาท ร้อยละ 5.9 โดยรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 16,058 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9399.26)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	21	61.8
ชาย	13	38.2
รวม	34	100.0
อายุ (ปี)		
60-65	17	50.0
66-71	8	23.5
72-75	9	26.5
รวม	34	100.0
ค่าเฉลี่ย = 66.47	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.28	
สถานภาพสมรส		
โสด	1	2.9
คู่	19	55.9
หม้าย	7	20.6
หย่า/แยก	7	20.6
รวม	34	100.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม
(ต่อ)

คุณลักษณะประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	11.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	20.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	20.6
อนุปริญญา	5	14.7
ปริญญาตรี	9	26.5
ปริญญาโท	1	2.9
รวม	34	100.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	11.8
ข้าราชการบำนาญ	26	76.5
รับจ้าง	2	5.9
ค้าขาย	1	2.9
ทำสวน	1	2.9
รวม	34	100.0
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า10,000	13	38.2
10,001-20,000	11	32.4
20,001-30,000	8	23.5
30,001-40,000	2	5.9
รวม	34	100.0
ค่าเฉลี่ย = 16,058	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9399.26	

1.7 ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.2 ที่เหลือมีโรคประจำตัว ร้อยละ 11.8 และโรคประจำตัวที่พบคือ ต่อมลูกหมากโตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8.8 รองลงมาคือต่อเนื้องอกเป็นร้อยละ 2.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	30	88.2
มีโรคประจำตัว	4	11.8
ต่อมลูกหมากโต	3	8.8
ต้อเนื้อ	1	2.9
รวม	34	100.0

1.8 น้ำหนักตัว

กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 55-64 กิโลกรัมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมามีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 65-74 กิโลกรัมและ 75-84 กิโลกรัมคิดเป็นร้อยละ 30.8 ส่วนเพศหญิงมีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 45-54 กิโลกรัมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมามีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 55-64 กิโลกรัมและ 65-74 กิโลกรัมคิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยเพศชายและเพศหญิงมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และ 1.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 และ 0.96 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

1.9 ดัชนีมวลกาย

กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติคือช่วง 18.5 - 24.9 คิดเป็นร้อยละ 61.5 และ 71.4 มีค่าดัชนีมวลกายในระดับน้ำหนักตัวเกินคือช่วง 25.0 ขึ้นไป ร้อยละ 30.8 และ 28.6 ตามลำดับ โดยเพศชายและเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 และ 2.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 และ 0.46 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

1.10 ความยาวรอบเอว

กลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่มีความยาวรอบเอวอยู่ระหว่าง 31-36 นิ้วมากที่สุด ร้อยละ 61.5 รองลงมามีความยาวรอบเอวอยู่ระหว่าง 37-42 นิ้ว ร้อยละ 30.8 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่มีความยาวรอบเอวอยู่ระหว่าง 25-30 นิ้ว ร้อยละ 52.4 รองลงมา มีความยาวรอบเอวอยู่ระหว่าง 31-36 นิ้ว และร้อยละ 42.9 โดยเพศชายและหญิงมีความยาวรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 และ 1.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 และ 0.60 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และความยาวรอบเอวก่อนการทดลอง

ตัวแปร	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
45-54	0	0	10	47.6
55-64	5	38.4	5	23.8
65-74	4	30.8	5	23.8
75-84	4	30.8	1	4.8
รวม	13	100.0	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.92 (0.86)		1.85 (0.96)	
ดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่า 18.5 (ระดับผอม)	1	7.7	0	0
18.5 - 24.9 (ระดับปกติ)	8	61.5	15	71.4
มากกว่า 25.0 (น้ำหนักตัว เกิน)	4	30.8	6	28.6
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.23(0.59)		2.28(0.46)	
ความยาวรอบเอว (นิ้ว)				
25-30	1	7.7	11	52.4
31-36	8	61.5	9	42.9
37-42	4	30.8	1	4.8
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.23(0.59)		1.52(0.60)	

1.11 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ

การสนับสนุนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆตามการเรียงลำดับข้อมูลที่ได้รับบ้อยที่สุด 3 ลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.4 ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส (สามี/ภรรยา) พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 41.2 รองลงมาเป็นลำดับที่ 2 คือ

แนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 17.6 และลำดับที่ 3 คือ พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพร้อยละ 26.5

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุตร พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 55.9 ลำดับที่ 2 คือ แนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 32.4 และลำดับที่ 3 คือ ซื่อหรือปรุงอาหารให้รับประทานและพาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพร้อยละ 23.5

แรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่ประจำชมรม พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการตรวจรักษาสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 91.2 ลำดับที่ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 94.1 ลำดับที่ 3 คือ หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้คิดเป็นร้อยละ 97.1

แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการตรวจรักษาสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 88.2 ลำดับที่ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 91.2 ลำดับที่ 3 คือ หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้คิดเป็นร้อยละ 94.1

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองได้พูดคุยเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 91.2 ลำดับที่ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารคิดเป็นร้อยละ 70.6 ลำดับที่ 3 คือ แนะนำให้ออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 64.7

แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เช่น พี่ น้อง หลาน พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 67.6 รองลงมาเป็นลำดับที่ 2 คือ แนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 32.4 และลำดับที่ 3 คือ พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพร้อยละ 29.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมกับบุคคลต่างๆ

เรื่องที่สนับสนุน	ผู้สนับสนุน					
	คู่สมรส	บุตร	แพทย์	พยาบาล	เพื่อน	ญาติ
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ
1. การดูแลสุขภาพทั่วไป	14/41.2	19/55.9	30/88.2	31/91.2	31/91.2	23/67.6
2. คอยแนะนำเกี่ยวกับ การบริโภคอาหารที่ เหมาะสม	6/17.6	11/32.4	31/91.2	32/94.1	24/70.6	11/32.4
3. ซื้อหรือปรุงอาหารให้ รับประทาน	0	8/23.5	0	0	0	0
4. คอยแนะนำหรือ กระตุ้นให้ออกกำลังกาย เป็นประจำ	0	0	0	0	22/64.7	9/26.5
6. หาข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ มาให้ท่านอ่าน/ดู	0	0	32/94.1	33/97.1	0	0
7. พาไปพบแพทย์หรือ ไปตรวจสุขภาพ	9/26.5	8/23.5	0	0	0	0

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคะแนนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองในตัวแปรต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
- 2.2 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- 2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
- 2.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

2.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7-14 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ระดับสูง

ปานกลาง ต่ำ ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองก่อนทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ระดับต่ำ ร้อยละ 2.9 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.8 รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

2.2 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่

เหมาะสม

การรับรู้ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีข้อความ 13 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 54-65 คะแนน เมื่อนำมาแบ่งระดับตามเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนทดลองมีคะแนน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เท่าเดิม รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	16	47.1	31	91.2
ปานกลาง	17	50	3	8.8
ต่ำ	1	2.9	-	-
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	11.0882(1.7297)		13.0294(1.0867)	

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับความคาดหวังผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผลของการบริโภค อาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	34	100	34	100
ปานกลาง	-	-	-	-
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	61.674(3.349)		63.911(1.484)	

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีคำถาม 16 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 58-80 คะแนน แบ่งระดับตามเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.6 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.9 รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	27	79.4	32	94.1
ปานกลาง	7	20.6	2	5.9
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	69.147(5.816)		75.588(5.205)	

2.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประเมินจากคำถามจำนวน 15 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 24-41 คะแนน แบ่งตามเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ถูกต้องมาก ถูกต้องปานกลาง ถูกต้องน้อย ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 61.8 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 11.8 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 26.5 ตามลำดับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 47.1 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 35.3 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 17.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประเมินจากคำถามจำนวน 7 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-21 คะแนน แบ่งตามเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ถูกต้องมาก ถูกต้องปานกลาง ถูกต้องน้อย ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการ

ออกกำลังกายอยู่ในระดับถูกต้องปานกลางร้อยละ 38.2 ระดับถูกต้องมากร้อยละ 32.4 ระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 29.4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 38.2 ระดับถูกต้องมากร้อยละ 29.4 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 32.4 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคอาหาร				
ถูกต้องมาก	4	11.8	12	35.3
ถูกต้องปานกลาง	21	61.8	16	47.1
ถูกต้องน้อย	9	26.4	6	17.6
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	29.7059(4.0566)		32.0882(4.7696)	
การออกกำลังกาย				
ถูกต้องมาก	11	32.4	10	29.4
ถูกต้องปานกลาง	13	38.2	13	38.2
ถูกต้องน้อย	10	29.4	11	32.4
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	14.0588(3.3207)		13.6765(4.2335)	

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแต่ละด้าน ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายก่อนการทดลองเท่ากับ 11.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.72 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนหลังสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายภายใน
กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	n	\bar{X}	SD	Z*	p-value
ก่อนการทดลอง	34	11.08	1.72	4.353	<0.001
หลังการทดลอง		13.02	1.08		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการ ออกกำลังกายที่เหมาะสม ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เท่ากับ 78.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.60 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 89.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.03 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว	n	\bar{x}	SD	Z*	p-value
ก่อนการทดลอง	34	78.26	9.60	4.168	<0.001
หลังการทดลอง		89.05	6.03		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเท่ากับ 69.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.81 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 75.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.20 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง	n	\bar{x}	SD	Z*	p-value
ก่อนการทดลอง	34	69.14	5.81	4.346	<0.001
หลังการทดลอง		75.58	5.20		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

3.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ในด้านการบริโภคอาหารกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารก่อนการทดลองเท่ากับ 29.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.05 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.12

ในด้านการออกกำลังกายก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.17 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.46 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายสูงเท่ากับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	N	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
การบริโภคอาหาร						
ก่อนการทดลอง	34	29.70	4.05	3.779	33	<0.005
หลังการทดลอง		32.08	4.76			
การออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	34	43.76	6.17	2.094	33	<0.005
หลังการทดลอง		45.76	8.46			

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์น้ำหนัก BMI และความยาวรอบเอว

การวิเคราะห์น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและความยาวรอบเอวหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวหลังการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 41.2 และ ร้อยละ 11.8 มีน้ำหนักตัวเท่าเดิมและเพิ่มขึ้นตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติลดลง ร้อยละ 26.5 และมีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.5 ส่วนความยาวรอบเอว ภายหลังการทดลอง ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีความยาวรอบเอวเท่าเดิม ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 8.8 มีความยาวรอบเอวลดลงและเพิ่มขึ้นตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และความยาวรอบเอวหลังการทดลอง

ตัวแปร	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
45-54	0	0	11	52.4
55-64	5	38.4	5	23.8
65-74	3	23.2	4	19.0
75-84	5	38.4	1	4.8
รวม	13	100.0	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	3.00(0.91)		1.76(0.94)	
ดัชนีมวลกาย				
< 18.5 (ระดับผอม)	0	0	0	0
18.5 - 24.9 (ระดับปกติ)	9	69.2	16	76.2
<25.0 (น้ำหนักตัวเกิน)	4	30.8	5	23.8
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.30(0.48)		2.23(0.43)	
ความยาวรอบเอว (นิ้ว)				
25-30	1	7.7	11	52.4
31-36	8	61.5	9	42.9
37-42	4	30.8	1	4.8
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.23(0.59)		1.52(0.60)	

ส่วนที่ 5 รายงานผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 1

จากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและค้นหาปัญหาในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและเสริมสร้างความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและวิธีการเลือกรับประทานอาหาร วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกด้วยกิจกรรม “เธอคือใคร ใครคือเธอ” จากการสังเกตผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยสนิทสนมกัน จึงเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความไม่เคอะเขิน จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยการบรรยายเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกการเลือกเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ผลการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ให้ความสนใจซักถามและเล่าถึงประสบการณ์ในการรับประทานอาหารของตน เมื่อฝึกเลือกเมนูอาหารผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะทราบว่าอาหารชนิดใดที่เหมาะสมกับตนและสามารถบอกถึงพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมของตนได้ โดยผู้สูงอายุในกลุ่มก็จะช่วยกันแนะนำแนวทางเลือกให้กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ต่อมาผู้วิจัยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึก สังเกตได้ว่าผู้สูงอายุให้ความสนใจซักถามถึงวิธีการบันทึกเป็นอย่างดี

การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 2 ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกันและให้ผู้สูงอายุทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย ให้สมาชิกสำรวจตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จากการดูบันทึกจากแบบบันทึกพฤติกรรม โดยใช้กิจกรรม “โยโยปัญหา” จากการสังเกตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนำสมุดบันทึกพฤติกรรมมาด้วย ในผู้สูงอายุที่มีการบันทึกสม่ำเสมอและมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้คัดเลือกให้เป็นตัวแบบในการบอกเล่าประสบการณ์ ผู้สูงอายุให้ความสนใจซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้กำลังใจกัน เมื่อให้ผู้สูงอายุช่วยกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคโดยใช้กิจกรรม “โยโยปัญหา” ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการระดมสมอง พร้อมทั้งสามารถบอกอุปสรรคและปัญหาของตนได้ จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกมีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภค

อาหารด้วยกิจกรรม “สะพานสู่ดาว” พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการตั้งเป้าหมายในเรื่องของการรับประทานอาหารเช้า เช่น ข้าพเจ้าจะลดอาหารมัน ข้าพเจ้าจะกินหวานให้น้อยลง เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยเสนอแนะวิธีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันฝึกปฏิบัติ จากการสังเกตผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจตั้งใจดูวิธีการออกกำลังกาย ขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุบางคนทำตามวิธีการออกกำลังกายที่เสนอไปด้วย

การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 3 ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย ให้สมาชิกเล่าถึงการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และการลงบันทึกแบบประเมินตนเอง โดยใช้ตัวแบบจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง จากการสังเกตผู้สูงอายุให้ความสนใจซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นำเอาแบบบันทึกพฤติกรรมมาด้วย มีผู้สูงอายุบางท่านที่ลืมนำเอาสมุดมาด้วย และผู้สูงอายุประมาณ 5-6 รายที่มีการบันทึกสม่ำเสมอ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำและสาธิตการประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเองเพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินสุขภาพตนเองว่ามีภาวะสุขภาพในระดับใด พบว่าผู้สูงอายุให้ความสนใจซักถามถึงการประเมินภาวะสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี

การจัดกิจกรรม ครั้งที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 4 ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุ หาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ วิธีจัดกิจกรรมประกอบด้วย ให้สมาชิกเล่าถึงการบริโภคอาหารและออกกำลังกายและการลงบันทึกแบบประเมินตนเอง พบว่าเป็นผู้สูงอายุคนเดิมที่มีการบันทึกสม่ำเสมอ ข้อมูลที่บันทึกส่วนใหญ่ในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าอาหารที่บันทึกส่วนใหญ่จะรับประทานผักกับน้ำพริก และแกงกะทิเป็นส่วนมาก ส่วนการออกกำลังกายผู้สูงอายุเลือกวิธีเดินเพื่อสุขภาพ จากนั้นใช้ตัวแบบจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้อง และให้กลุ่มช่วยกันสรุปผลดีของการปฏิบัติ ผลเสียของการไม่ปฏิบัติ ให้แรงเสริม พร้อมทั้งกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกมีกำลังใจ ตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหารและออกกำลังกาย และร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม ผู้วิจัยให้กลุ่มคัดเลือกผู้นำกลุ่ม เพื่อเป็นแกนนำของกลุ่ม และร่วมกันวางแผนกิจกรรมการดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือ

ตนเองและทบทวนทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกัน และสรุปผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และความสำคัญของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและยุติการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 34 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีเกณฑ์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างทำการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เป็นเวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ การเก็บข้อมูลทำก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากคุณลักษณะข้อมูลทางประชากรของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 34 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 60- 75 ปี เฉลี่ยอายุ 66.47 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 26.5

1.2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เกษียณราชการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.5 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 11.8 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16,058 บาท/เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9399.26

1.3 ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 88.2 และมีโรคประจำตัวเพียง ร้อยละ 11.8 ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบคือ โรคต่อมลูกหมากโตคิดเป็นร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 67.6 มีความยาวรอบเอวอยู่ระหว่าง 31-36 นิ้วมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50

1.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆตามการเรียงลำดับข้อมูลที่ได้รับบ้อยที่สุด 3 ลำดับดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส (สามี/ภรรยา) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 41.2 รองลงมาเป็นลำดับที่ 2 คือ แนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 17.6 และลำดับที่ 3 คือ พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพร้อยละ 26.5

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุตร พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 55.9 ลำดับที่ 2 คือ แนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 32.4 และลำดับที่ 3 คือ ซื่อหรือปรุงอาหารให้รับประทานและพาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพร้อยละ 23.5

แรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่ประจำชมรม พบว่าผู้สูงอายุได้รับการตรวจรักษาสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 91.2 ลำดับที่ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานและการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 94.1 ลำดับที่ 3 คือ หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้คิดเป็นร้อยละ 97.1

แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ พบว่าผู้สูงอายุได้รับการตรวจรักษาสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 88.2 ลำดับที่ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานและการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 91.2 ลำดับที่ 3 คือ หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้ คิดเป็นร้อยละ 94.1

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน พบว่าผู้สูงอายุได้พูดคุยเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 91.2 ลำดับที่ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารคิดเป็นร้อยละ 70.6 ลำดับที่ 3 คือ แนะนำให้ออกกำลังกายหรือเป็นเพื่อนออกกำลังกายพร้อมกัน คิดเป็นร้อยละ 64.7

แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เช่น พี่ น้อง หลาน พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 67.6 รองลงมาเป็นลำดับที่ 2 คือ

แนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 32.4 และลำดับที่ 3 คือ พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพร้อยละ 29.4

2 การวิเคราะห์ระดับคะแนนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ระดับต่ำ ร้อยละ 2.9 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.8

2.2 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมพบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 เท่าเดิม

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.6 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระดับสูงร้อยละ 94.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.9

2.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 61.8 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 11.8 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 26.5 ตามลำดับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 47.1 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 35.3 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 17.6 ตามลำดับ และในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 38.2 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 32.4 ระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 29.4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 38.2 ระดับถูกต้องมาร้อยละ 29.4 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 32.4 ตามลำดับ

3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแต่ละด้านในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองเท่ากับ 11.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.72 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนหลังสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

3.2 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเท่ากับ 78.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.60 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 89.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.03 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสูงกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

3.3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเท่ากับ 69.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.81 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 75.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.20 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

3.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเท่ากับ 29.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.05 หลังการ

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 32.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) และพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.17 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.46 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงเท่ากับ ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$)

4 วิเคราะห์น้ำหนัก BMI และความยาวรอบเอว

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการลดหรือเพิ่มของน้ำหนักตัวและความยาวรอบเอว ภายหลังจากทดลองในระดับน้ำหนักตัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 47 มีน้ำหนักตัวลดลง ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 11.8 มีน้ำหนักตัวเท่าเดิมและเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่วนด้านความยาวรอบเอว ภายหลังจากทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีความยาวรอบเอวเท่าเดิม ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 8.8 มีความยาวรอบเอวลดลงและเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่วนในด้านค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติร้อยละ 70.6 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 29.4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติลดลงเหลือ ร้อยละ 26.5 และมีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.5

อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานข้อ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1 ทั้งนี้จากข้อมูลพื้นฐานทางด้านการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 26.5 และจากโปรแกรม มีกิจกรรมส่งเสริมด้านความรู้ในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยการให้

ความรู้ โดยผู้วิจัยอีกทั้งยังมีการสอดแทรกเกมที่ส่งเสริมความรู้ให้กับผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภา เชื้อทอง (2544) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ นริมาลย์ นิละไพจิตร (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก กรุงเทพมหานครผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้อง กับกฤษณา สกุสรัง (2544) พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น

สมมุติฐานข้อ 2 หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดีกว่าก่อนการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดีกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมของชมรม ดังเช่นการศึกษาของสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/สมาคมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ยิ่งปฏิบัติเป็นระยะเวลาาน ยิ่งส่งผลให้มีการรับรู้สุขภาพของตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิตา สุภาวี (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่พบว่าการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนอกจากนี้โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น ยังประกอบด้วยกิจกรรมที่เสริมสร้างการรับรู้

ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น มีการใช้ตัวแบบที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการเล่าประสบการณ์ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา สกุลรัง (2544) และนริมาลย์ นีละไพจิตร(2544) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น และจากการวิเคราะห์รายชื่อในข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้ค่อนข้างสูง เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุเองที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีจึงทำให้หลังการทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น

สมมุติฐานข้อ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง

จากการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองสอดคล้องกับกฤษณา สกุลรัง (2544) ที่ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การใช้ตัวแบบฝึกออกกำลังกาย ฝึกคิดเมนูอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ มีความรู้และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ นาดยา เกรียงชัยพลฤกษ์ (2543) ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจะมีการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในรูปแบบของการให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังมีแบบบันทึกสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่กลุ่มทดลองต้องนำกลับไปบันทึกที่บ้านสอดคล้องกับยุพิน หงส์วะชิน (2542) ที่ใช้แบบบันทึก

สุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งเป้าหมาย ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เป็นสมาชิกชมรมแต่ขาดความต่อเนื่องในการมาเข้าชมรม ดังนั้นการจัดกิจกรรมควรจำค้ำนึ่งถึงกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมาเข้าชมรมเพื่อจะได้เข้าร่วมกิจกรรมและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. กิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุ นอกจากจะจัดโดยการประเมินจากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแล้วอาจต้องพิจารณาตามความต้องการการเรียนรู้ของผู้สูงอายุด้วยจึงจะทำให้ผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น
3. ควรมีการประเมินสุขภาพทางกายและตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ ร่วมกับเชิญแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ และมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้คือ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยทดลองจัดกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่ญาติของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อจะได้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ในโอกาสต่อไปอาจทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ แต่ต้องพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
จังหวัดกาญจนบุรี

HEALTH PROMOTING PROGRAM IN FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE FOR THE
ELDERLY, KANCHANABURI PROVINCE

อารยา ทิพย์วงศ์ 4936395 PPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D., นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.,
ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ตลอดจนวิทยาการสมัยใหม่ เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาประเทศในทุกๆด้าน ความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผนครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย ไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.2 และเป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2533 และ ปี 2563 ตามลำดับ¹ เช่นเดียวกับกับสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2503-2542 พบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.31 เป็นร้อยละ 7.88² การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและ คาดว่า ในปี พ.ศ. 2568 สัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากรรวมจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปียาวนาน ผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 79.1 ปี และผู้หญิง มีอายุเฉลี่ย 81.5 ปี และคาดว่าอัตราส่วนพึ่งพิง (old-age dependency ratio) จะเพิ่มขึ้นจาก 11.8 เป็น 22.7 ในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมของประเทศ และ

ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากร โดยตรงทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชากรวัยแรงงานที่ต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วย³

จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยง และปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม¹ ถึงแม้ผู้สูงอายุไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ไม่ได้หมายความว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไปด้วย ดังการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญและคณะ⁴ พบว่าจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีช่วงชีวิตที่อยู่ในระยะที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีภาวะทุพพลภาพยังอยู่ในระดับสูง ภาวะนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค เลือดออกในสมองและกะโหลกศีรษะ เมื่อพิจารณาปัญหาดังกล่าวพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดมาจากความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ แต่ก็ยังมีหลายโรคหรือปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องมาช้านาน โดยส่วนมากผู้สูงอายุจะเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากแล้วจะให้ความแข็งแรงเหมือนกับวัยหนุ่มสาวไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่คิดที่จะทำอะไรและในที่สุดก็จะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ⁵

การสนับสนุนผู้สูงอายุในสังคมให้เป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายขั้นตอนต่อเนื่องกันไป เริ่มตั้งแต่การชะลอความเสื่อม การสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพหลักๆ คือ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว การทำแบบเดิมๆ คือการให้ความรู้หรือสอนสุขศึกษาแบบต่างๆ อาจยังไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนได้⁶ ดังสถิติจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2545 พบว่า ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์มีผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 17.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.9 ออกกำลังกายทุกวัน รองลงมา ร้อยละ 15.0 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และในแต่ละครั้งที่ออกกำลังกายร้อยละ 42.9 จะใช้เวลาออกกำลังกายประมาณ 10-20 นาที ส่วนพฤติกรรม การบริโภคอาหารนั้นจากการสำรวจขนาดและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่มผู้สูงอายุไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ปี 2545 พบว่ายังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ดื่มนม คิดเป็นร้อยละ 33.1 กินผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 40.4 เลี้ยวหมากทุกวัน ร้อยละ 26.9 และพบผู้สูงอายุที่ดื่มสุรา ร้อยละ 4¹ เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะประสบปัญหาทางด้านสุขภาพด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ประกอบกับความต้องการพลังงานของวัยสูงอายุลดลง จึงจำเป็นที่จะต้องเลือกกินอาหารที่มี

ประโยชน์และได้รับสารอาหารอื่นๆ พร้อมกับพลังงานที่เพียงพอ อาหารเป็นรากฐานสำคัญสำหรับสุขภาพ ถ้าผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เพียงพอกับปริมาณและคุณภาพจะเกิดปัญหาขาดอาหาร (ภาวะโภชนาการด้อย) ส่วนผู้ที่ได้อาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจะเกิดการอ้วน (ภาวะโภชนาการเกิน) โรคเรื้อรังต่างๆ จึงมีความสัมพันธ์กับอาหารที่รับประทานเข้าไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะระดับไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเก๊าท์ ข้อเข่าเสื่อม และโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น⁷ ส่วนการออกกำลังกายนั้นนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยให้ระบบไหลเวียนของเลือดทำงานได้ดี ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้มากขึ้น ป้องกันโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตต่ำ มีภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น และป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคข้อเสื่อม อีกทั้งช่วยในการควบคุมน้ำหนัก การทรงตัว และทำให้เคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น และยังช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น ช่วยลดความเครียด และทำให้การนอนหลับพักผ่อนดีขึ้น⁸ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 57,957 คน แต่พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการออกกำลังกายถึงร้อยละ 91.97 มีเพศชายที่ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 9.7 และเพศหญิงที่ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 6.5⁹

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งให้ตนมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นยิ่งที่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพราะจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยเป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม ถ้าโรงพยาบาลมีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางจากข้อมูลดังกล่าวมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุจะได้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีการรับรู้ความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้ผู้ศึกษาค้นคว้าจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อันเป็นแนวทางที่จะส่งเสริมสุขภาพที่ดีทางด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีกว่าก่อนการทดลอง
2. การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดีกว่าก่อนการทดลอง
3. พฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (One groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอมือง จังหวัดกาญจนบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปคุณลักษณะประชากร ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภาพสื่อสไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ แบบสำรวจและแบบบันทึกพฤติกรรม คู่มือดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ และจดหมายกระตุ้นเตือน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ จัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน มีการดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและเริ่มโปรแกรมด้วยแบบสอบถามและประเมินระดับสุขภาพทางกายภาพของผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความยาวรอบเอว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ

ขั้นที่ 2 เสริมสร้างความรู้และทักษะในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แนะนำและสาธิตอาหารสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร แนะนำและสาธิตการประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง เสนอนำเสนอวิธีการออกกำลังกายแบบวิถีการบริหาร โดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น โดยใช้ตัวแบบที่ปฏิบัติได้ดีและถูกต้องและพูดคุยถึงวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง

ขั้นที่ 3 กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่โดยการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนส่งถึงผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 3 ฉบับ โดยแต่ละฉบับจะส่งหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 2 สัปดาห์

ขั้นที่ 4 เมื่อกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมจนครบ 4 ครั้ง แล้วจึงเก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test ในด้านความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร

จากคุณลักษณะข้อมูลทางประชากรของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 34 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศ

หญิง มีอายุอยู่ ระหว่าง 60- 75 ปี เฉลี่ยอายุ 66.47 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีร้อยละ 26.5 ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เกษียณราชการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.5 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 11.8 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16,058 บาท/เดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 88.2 และมีโรคประจำตัวเพียง ร้อยละ 11.8 ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบคือ โรคต่อมลูกหมากโตคิดเป็นร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 67.6 มีความยาวรอบเอวอยู่ระหว่าง 31-36 นิ้วมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 รายละเอียดดังตารางที่ 1.1 1.2 และ 1.3

ตารางที่ 1.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	21	61.8
ชาย	13	38.2
รวม	34	100.0
อายุ (ปี)		
60-65	17	50.0
66-71	8	23.5
72-75	9	26.5
รวม	34	100.0
ค่าเฉลี่ย = 66.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.28		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	2.9
คู่	19	55.9
หม้าย	7	20.6
หย่า/แยก	7	20.6
รวม	34	100.0

ตารางที่ 1.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม
(ต่อ)

คุณลักษณะประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	11.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	20.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	20.6
อนุปริญญา	5	14.7
ปริญญาตรี	9	26.5
ปริญญาโท	1	2.9
รวม	34	100.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	11.8
ข้าราชการบำนาญ	26	76.5
รับจ้าง	2	5.9
ค้าขาย	1	2.9
อาชีพ		
ทำสวน	1	2.9
รวม	34	100.0
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า10,000	13	38.2
10,001-20,000	11	32.4
20,001-30,000	8	23.5
30,001-40,000	2	5.9
รวม	34	100.0
ค่าเฉลี่ย = 16,058	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9399.26	

ตารางที่ 1.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	30	88.2
มีโรคประจำตัว	4	11.8
ต่อมลูกหมากโต	3	8.8
ต้อเนื้อ	1	2.9
รวม	34	100.0

ตารางที่ 1.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามค่าดัชนีมวลกายและความยาวรอบเอว ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่า 18.5 (ระดับผอม)	1	7.7	0	0
18.5 - 24.9 (ระดับปกติ)	8	61.5	15	71.4
มากกว่า 25.0 (น้ำหนักตัว เกิน)	4	30.8	6	28.6
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.23(0.59)		2.28(0.46)	
ความยาวรอบเอว (นิ้ว)				
25-30	1	7.7	11	52.4
31-36	8	61.5	9	42.9
37-42	4	30.8	1	4.8
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.23(0.59)		1.52(0.60)	

ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

1. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ระดับต่ำ ร้อยละ 2.9 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1.4

ตารางที่ 1.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	16	47.1	31	91.2
ปานกลาง	17	50	3	8.8
ต่ำ	1	2.9	-	-
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	11.0882(1.7297)		13.0294(1.0867)	

2. ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เท่าเดิมรายละเอียดดังตารางที่ 1.5

ตารางที่ 1.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับความคาดหวังผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความคาดหวังในผลของการบริโภค อาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	34	100	34	100
ปานกลาง	-	-	-	-
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	61.674(3.349)		63.911(1.484)	

3. การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.6 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระดับสูงร้อยละ 94.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.9 รายละเอียดดังตารางที่ 1.6

ตารางที่ 1.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	27	79.4	32	94.1
ปานกลาง	7	20.6	2	5.9
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	69.147(5.816)		75.588(5.205)	

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 61.8 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 11.8 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 26.5 ตามลำดับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 47.1 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 35.3 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 17.6 ตามลำดับ และในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 38.2 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 32.4 ระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 29.4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 38.2 ระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 29.4 และระดับถูกต้องน้อย ร้อยละ 32.4 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1.7

ตารางที่ 1.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคอาหาร				
ถูกต้องมาก	4	11.8	12	35.3
ถูกต้องปานกลาง	21	61.8	16	47.1
ถูกต้องน้อย	9	26.4	6	17.6
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	29.7059(4.0566)		32.0882(4.7696)	
การออกกำลังกาย				
ถูกต้องมาก	11	32.4	10	29.4
ถูกต้องปานกลาง	13	38.2	13	38.2
ถูกต้องน้อย	10	29.4	11	32.4
รวม	34	100.0	34	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	14.0588(3.3207)		13.6765(4.2335)	

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแต่ละด้านในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

1. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกาย ก่อนการทดลองเท่ากับ 11.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.72 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนหลังสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1.8

ตารางที่ 1.8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	n	\bar{X}	SD	Z*	p-value
ก่อนการทดลอง	34	11.08	1.72	4.353	<0.001
หลังการทดลอง		13.02	1.08		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

2. ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเท่ากับ 78.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.60 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 89.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.03 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1.9

ตารางที่ 1.9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว	n	\bar{X}	SD	Z*	p-value
ก่อนการทดลอง	34	78.26	9.60	4.168	<0.001
หลังการทดลอง		89.05	6.03		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

3. การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เท่ากับ 69.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.81 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 75.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.20 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1.10

ตารางที่ 1.10เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง	n	\bar{X}	SD	Z*	p-value
ก่อนการทดลอง	34	69.14	5.81	4.346	<0.001
หลังการทดลอง		75.58	5.20		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเท่ากับ 29.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.05 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 32.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) และพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.17 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.46 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงเท่ากับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) รายละเอียดดังตารางที่ 1.11

ตารางที่ 1.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	N	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
การบริโภคอาหาร						
ก่อนการทดลอง	34	29.70	4.05	3.779	33	<0.005
หลังการทดลอง		32.08	4.76			
การออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	34	43.76	6.17	2.094	33	<0.005
หลังการทดลอง		45.76	8.46			

การวิเคราะห์น้ำหนัก BMI และความยาวรอบเอว

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการลดหรือเพิ่มของน้ำหนักตัวและความยาวรอบเอว ภายหลังการทดลองในระดับน้ำหนักตัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 47 มีน้ำหนักตัวลดลง ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 11.8 มีน้ำหนักตัวเท่าเดิมและเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่วนด้านความยาวรอบเอว ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีความยาวรอบเอวเท่าเดิม ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 8.8 มีความยาวรอบเอวลดลงและเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่วนในด้านค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติร้อยละ 70.6 มีค่าดัชนีมวลกาย สูงกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 29.4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติลดลงเหลือ ร้อยละ 26.5 และมีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1.12

ตารางที่ 1.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกายและความยาวรอบเอวหลังการทดลอง

ตัวแปร	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
45-54	0	0	11	52.4
55-64	5	38.4	5	23.8
65-74	3	23.2	4	19.0
75-84	5	38.4	1	4.8
รวม	13	100.0	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	3.00(0.91)		1.76(0.94)	
ดัชนีมวลกาย				
< 18.5 (ระดับผอม)	0	0	0	0
18.5 - 24.9 (ระดับปกติ)	9	69.2	16	76.2
25.0< (น้ำหนักตัวเกิน)	4	30.8	5	23.8
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.30(0.48)		2.23(0.43)	

ตารางที่ 1.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกายและความยาวรอบเอวหลังการทดลอง (ต่อ)

ตัวแปร	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความยาวรอบเอว (นิ้ว)				
25-30	1	7.7	11	52.4
31-36	8	61.5	9	42.9
37-42	4	30.8	1	4.8
รวม	13	100	21	100.0
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	2.23(0.59)		1.52(0.60)	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดีวก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1 ทั้งนี้จากข้อมูลพื้นฐานทางการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 26.5 และจาก โปรแกรม มีกิจกรรมส่งเสริมด้านความรู้ในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยการให้ความรู้ โดยผู้วิจัยอีกทั้งยังมีการสอดแทรกเกมที่ส่งเสริมความรู้ให้กับผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภา เชื้อทอง¹⁰ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับ นริมาลย์ นิละไพจิตร¹¹ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและการบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก

กรุงเทพมหานครผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้อง กับกฤษฎณา สกุลรัง¹² พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถตนเอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดีกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมของชมรม ดังเช่นการศึกษาของ สุวิณี วิวัฒน์วานิช¹³ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/สมาคมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ยิ่งปฏิบัติเป็นระยะเวลาานาน ยิ่งส่งผลให้มีการรับรู้สุขภาพของตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิตา สุภาริ¹⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่พบว่าการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนอกจากนี้ โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น ยังประกอบด้วยกิจกรรมที่เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น มีการใช้ตัวแบบที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการเล่าประสบการณ์ ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎณา สกุลรัง¹² และนริมาลัย นีละไพจิตร¹¹ ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น และจากการวิเคราะห์รายชื่อในข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้ค่อนข้างสูง เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุเองที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีจึงทำให้หลังการทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองสอดคล้องกับกฤษฎณา สกุลรัง¹² ที่ศึกษา

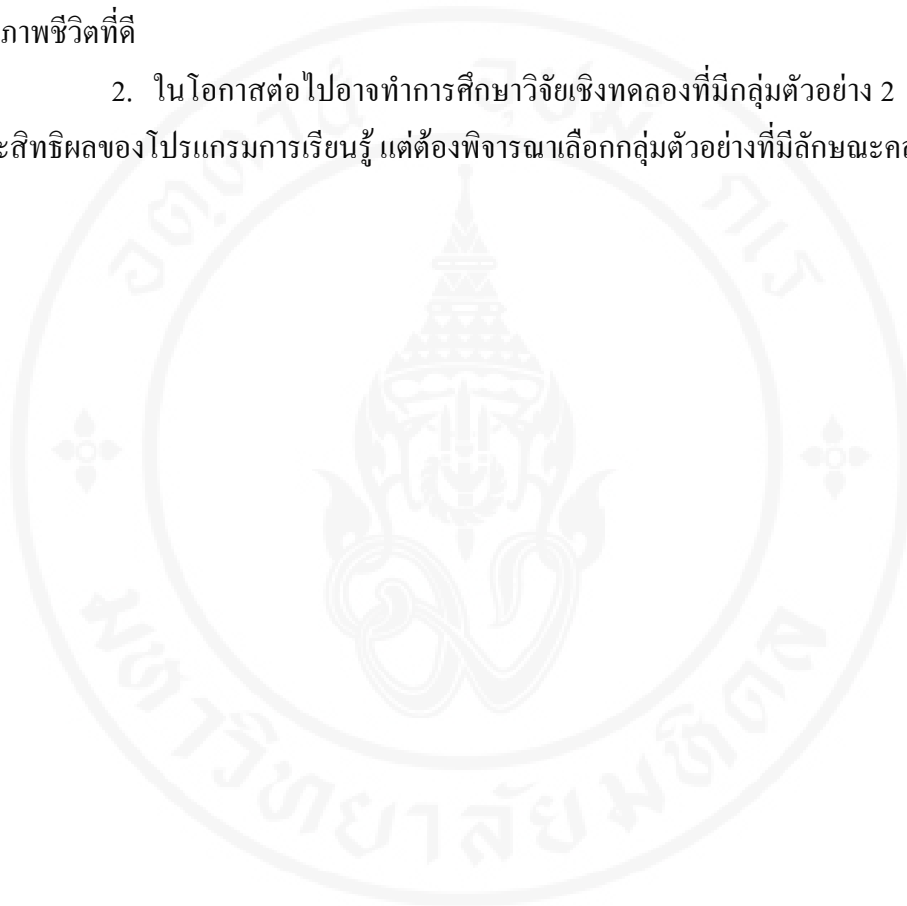
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การใช้ตัวแบบฝึกออกกำลังกาย ฝึกคิดเมนูอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ มีความรู้และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ นาคยา เกรียงชัยพฤษ¹⁵ ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการดูแลตนเองด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการคลายความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจะมีการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในรูปแบบของการให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังมีแบบบันทึกสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่กลุ่มทดลองต้องนำกลับไปบันทึก ที่บ้านสอดคล้องกับชุมชน หงส์วะชิน¹⁶ ที่ใช้แบบบันทึกสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งเป้าหมาย ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เป็นสมาชิกชมรมแต่ขาดความต่อเนื่องในการมาเข้าชมรม ดังนั้นการจัดกิจกรรมควรจำค่านึงถึงกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมาเข้าชมรมเพื่อจะได้เข้าร่วมกิจกรรมและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. กิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุ นอกจากจะจัดโดยการประเมินจากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแล้วอาจต้องพิจารณาตามความต้องการการเรียนรู้ของผู้สูงอายุด้วยจึงจะทำให้ผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น
3. ควรมีการประเมินสุขภาพทางกายและตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ ร่วมกับเชิญแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ และมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยทดลองจัดกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ญาติของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อจะได้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ในโอกาสต่อไปอาจทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ แต่ต้องพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน



**HEALTH PROMOTING PROGRAM IN FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE
FOR THE ELDERLY, KANCHANABURI PROVINCE**

ARAYA TIPWONG 4936395 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL
SCIENCESTHESIS ADVISORY COMMITTEE : MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D., NIRAT
IMAMEE, Ph.D., KWANJAI MANATSATSUE, Ph.D.**EXTENDED SUMMARY****Significance of the Problem**

The economic, social and technological changes important mechanisms in developing all aspects of the country. Medical and public health progress services and Family Planning Policy have affected on the decreased population's fertility rate. This situation led to the increased number of the elderly. The National Economic and Social Development Committee estimated the trend of Thai population change that the proportion of the old-age people will increase from 7.2 percent in 1990 to be 15.3 percent in 2020¹. The same situation occurred in Kanchanaburi Province, it was found that during the years 1940-1999, the proportion of the elderly increased from 4.31 percent to 7.88 percent². This change showed that Thailand is going to become the elderly society. It was estimated that in 2005 the proportion of the elderly and the total population will increase 20 percent. Life expectancy of these elderly at the age of 60 years will be longer, 79.1 years for males and 81.5 years for females. In regard to the old-age dependency ratio, the ration will be increased from 11.8 to be 22.7 in the next 20 years. This situation will lead to economic and social problems of the country and affect on the people's quality of life directly including the quality of life of the old-age people and the labor-force group who have the burden for taking care of the increasing numbers the elderly³.

This increasing trend of old-age people number will lead to risky situation and health problems especially the illnesses due to chronic diseases. Since during the old-age period, the degeneration of physical, mental health as well as of the economic and social conditions are normally found among the elderly. Even though, the elderly will live longer but it does not mean that they have better quality of life, as was found in the study of Siriwan Siribun et al.⁴ that health situation of the elderly was not good and they also had a high level of disability. These situations will be increasing as people are getting older. The leading causes of deaths among the elderly were heart disease, hypertension, tuberculosis and cerebral hemorrhage. After analyzing those problems mentioned, the health problem among the elderly were caused by the elderly's physical degeneration and this degeneration will be higher as their age is going up. However, there are many diseases or problems that were caused by incorrect behaviors that have been performed for a long period of time. But most of the elderly believed that physical changes and various illnesses of elderly occur naturally and the elderly will not be strong as young people. Therefore, with these misbeliefs they did not think about doing things to solve the problems and so they were facing with various illnesses⁵.

The elderly should be promoted to be the high quality people in regard to health, social, and environmental aspects. There are continuous steps for taking care of the elderly's health, starting from delaying degeneration, promoting their health, prevention or delaying the risks of diseases, including rehabilitation that can enable them to take care of themselves in accordance with individual's competency. Promoting the health of the elderly relates to the main health behaviors as exercise and food consumption. In helping the elderly change these two health behaviors, in the past it was found that the conventional methods used were providing people knowledge or teaching health contents (health education) which may not be enough to motivate and change health behaviors⁶. As the data from the survey of the National Statistics Office in the year 2002 showed that: there were only 17.7 percent of the sampled elderly who had practiced exercise during 6 months before the interview; most of the elderly (66.9%) exercised everyday while 15.0 percent exercised 2-3 times a week; and for each time of exercise, 42.9 percent exercised for about 10-20 minutes. In regard to food consumption behavior, the survey about food consumption behavior of

elderly carried out by the Institute of Geriatric Medicine, Department of Health in the year 2002, showed the following findings: 33.1 percent did not drink milk; 40.4 percent consumed fruits everyday; 26.9 percent chewed arica-nut everyday; and 4 percent consumed alcohol. Since most of the elderly are facing with health problems due to the degeneration of body organs coupled with the need of lesser energy, therefore they need to consumed balanced and nutritious diet as well as received adequate energy. Food is an important foundation for health, therefore, if the elderly consumed inadequate food, in both quantity and quality, they will have undernutrition but for those who consumed too much food than their bodies need overnutrition will be expected. Therefore, various chronic diseases related with the food consumption, for example, diabetes mellitus, hypertension, hypertension, high blood cholesterol, ischemic heart disease, gout, degeneration of knee-joint, and some types of cancer⁷. Regarding exercise which is very necessary for elderly's health because exercise helps to make a good supply to all body parts. This situation will help to prevent heart disease, lower blood pressure, increase body immunity, and to prevent various diseases, for example, diabetes mellitus, obesity, degeneration of joints, including controlling body weight, posture, having active body movement, better bowel movement, decreasing stress, and having better sleep and rest⁸. The survey about the elderly in Kanchanaburi Province in 2002 showed that there were 57,957 elderly but 91.97 percent had never practiced exercise. There were 9.7 percent of males and 6.5 percent of females who had practiced exercise⁹.

From the aforementioned significance of the problems it could be concluded that health promoting behaviors, especially food consumption and exercise, related to a person's health status because health promoting behaviors performed were aimed to get a good health status. Therefore, it is very important and necessary for elderly to practice health promoting behaviors. It will enable elderly have good health status and live their lives by themselves without being family's or society's burdens. If a hospital runs a health promoting program by applying the aforementioned data to develop a health promoting program regarding food consumption and exercise it will be very helpful for the elderly to gain appropriate knowledge, and to perceive their self-efficacy to perform correct health behaviors in regard to food consumption and exercise relevantly with their daily lifestyles. Thus, the researcher was interested in

studying the effect of a health promoting program in food consumption and exercise for the elderly which will be beneficial for promoting desirable food consumption and exercise behaviors for the elderly in the future.

Research Objectives

To study the effect of a health promoting program in food consumption and exercise for the elderly who were the members of the Elderly Club, Paholpolpayuhasaena Hospital, kanchanaburi Province.

Specific Objectives

1. To compare the difference of the knowledge and perceived self-efficacy scores in regard to food consumption and exercise before and after the experimentation.
2. To compare the difference of the outcomes expectation from practicing appropriate food consumption and exercise before and after the experimentation.

Research hypotheses

After participation in the health promoting program on food consumption and exercise the experimentation group will have a better change than before the experimentation in regard to the following aspects:

1. Knowledge about food consumption and exercise;
2. Perceived self-efficacy to perform appropriate food consumption and exercise behaviors and outcomes expectation of performing appropriate food consumption and exercise behaviors; and
3. Correct food consumption and exercise behaviors.

Methods

Research Design

This study was a Quasi-experimental research, One Group, Pretest-Posttest design.

Population and Samples

The population of this study were the elderly aged 60 years and over who were the member of the Elderly Club, Paholpol payuhasaena Hospital, Muang District, Kanchanaburi Province.

Research Instruments

The instrument used in this research was an interviewing schedule and the health promotion program developed by the researcher in accordance with the research conceptual framework and research objectives. The instruments were composed of:

- 1. The Instrument Used for Collecting Data.** This instrument was an interviewing schedule, composing of the following parts: general information; demographic characteristics; knowledge about food consumption and exercise, perceived self-efficacy to perform food consumption and exercise behaviors; outcomes expectation from performing appropriate food consumption and exercise behaviors; and food consumption and exercise behaviors, and Check-up Recording Form.

- 2. The Instruments Used for Carrying Out the Experimentation.** These instruments were: the health promotion program on food consumption and exercise; synchronized slides and sound on food consumption and exercise for elderly, behavior survey form and recording form, Manual on Elderly's Health Care, and reminder letters.

Research Procedures

The implementation of activities in accordance with the health promotion program in food consumption and exercise for the elderly was last for 16 weeks. The activities were organized totally 4 times, every four weeks. The experimentation group was divided into 3 groups, 10-12 persons each. The following activities were organized:

Step 1: The data were collected before starting the program by using the interviewing schedule. Then the program was started with the assessment of physical health of the sampled elderly, with the cooperation of the health promotion personnel, by measuring body weight, height, waistline, blood pressure, pulse, and respiratory rate.

Step 2: Enhancing the sampled elderly knowledge and skills of appropriate food consumption and exercise for elderly; suggesting and demonstrating appropriate foods for elderly; skills training for selecting the appropriate foods; suggesting and demonstrating the self-assessment of nutrition status; suggesting methods for doing exercise by employing “self-help group” concept; exchanging experiences, opinions, by using the live role-models who have practiced appropriately and accomplishedly including discussing about practice method, problems, obstacles, and solutions. The time duration for each session was 1 hour and 4 sessions were organized.

Step 3: Reminding and providing psychological support by health personnel by mailing 3 reminder letters directly to the sampled elderly. This activity was aimed to motivate them to follow the recommendations regularly. Each reminder letter was mailed 2 weeks after the completion of each session.

Step 4: After the samples were completely participated in 4 sessions of the program, the posttest data collection was carried out by using the interviewing schedule.

Data Analysis and Statistics Used

The data analysis was done by using analytical statistics: demographic data were analyzed by using percentage, arithmetic mean, and standard deviation; and the difference analysis of mean scores within the experimental group was done by computing Paired Sample t-test, in regard to knowledge about health promotion, perceived self-efficacy to promote health, outcomes expectation of practicing health promoting behaviors, and health promoting behaviors.

Results

Demographic Characteristics

The demographic characteristics of 34 elderly who were the members of the Elderly Club, Paholpolpayuhasaena Hospital, Kanchanaburi Province were: a high percentage of the samples were females; aged between 60-70 years; the mean age was 66.47 years; 55.9 percent were married; 26.5 percent finished Bachelor degree; most of them were retired (76.5%) and the second group did not work (11.8%); most of the experimental group had monthly income of 16,058 Baht; the high percentage of them did not have concomitant illness (88.2%) while 11.8 percent had concomitant illness; most of the concomitant illness found was inflammation of the prostate gland (8.8%); 67.6 percent had a normal level of Body Mass Index (BMI) and 50.0 percent had the waist circumference of 31-36 inches. See Tables 1.1, 1.2, and 1.3.

Table 1.1 Distribution of number and percentage of the experimental group by socio-demographic characteristics

Socio-demographic Characteristics	Number	Percent
Sex	21	61.8
Female	13	38.2
Male	34	100.0
Total		
Age (year)		
60-65	17	50.0
66-71	8	23.5
72-75	9	26.5
Total	34	100.0
$\bar{X} = 66.47$ S.D. = 5.28		
Marital Status		
Single	1	2.9
Married	19	55.9
Widowed	7	20.6
Divorced / Separated	7	20.6
Total	34	100.0
Education		
Primary Education	4	11.8
Junior Secondary School	7	20.6
Senior Secondary School	7	20.6
Diploma	5	14.7
Bachelor Degree	9	26.5
Master Degree	1	2.9
Total	34	100.0
Occupation		
Un-employed	4	11.8
Retired	26	76.5
Laborer	2	5.9

Table 1.1 Distribution of number and percentage of the experimental group by socio-demographic characteristics (continued)

Socio-demographic Characteristics	Number	Percent
Trader	1	2.9
Gardener	1	2.9
Total	34	100.0
Monthly Income (Baht)		
< 10,000	13	38.2
10,001 - 20,000	11	32.4
20,001 - 30,000	8	23.5
30,001 - 40,000	2	5.9
Total	24	100.0
$\bar{X} = 16,058$ S.D. = 9399.26		

Table 1.2 Distribution of number and percentage of the experimental group by health status

Health Status	Experimental Group	
	Number	Percent
No Concomitant Illness	30	88.2
Had Concomitant Illness	4	11.8
Inflammation of the prostrate gland	3	8.8
Pterygium30	1	2.9
Total4	34	100.0

Table 1.3 Distribution of number and percent of the experimental group by Body Mass Index and Waistline length, before the experimentation

Variables	Male		Female	
	Number	Percent	Number	Percent
Body Mass Index				
< 18.5 (Underweight)	1	7.7	0	0
18.5 – 24.9 (Normal)	8	61.5	15	71.4
> 25.0 (Overweight)	4	30.8	6	28.6
Total	13	100	21	100.0
Mean (S.D.)	2.23(0.59)		2.28(0.46)	
Waist Circumference				
25 – 30	1	7.7	11	52.4
31 – 36	8	61.5	9	42.9
37 – 42	4	30.8	1	4.8
Total	13	100	21	100.0
Mean (S.D.)	2.23(0.59)		1.52(0.60)	

Analysis of the Score Levels of the Experimental Group Before and After the Experimentation

1. Knowledge About Food Consumption and Exercise. It was found that before the experimentation, 47.1 percent of the experimental group hold a high level of knowledge while 50.0 and 2.9 percent hold a moderate and a low level respectively. After the experimentation, 91.2 percent of the experimental group were found to had a high level of knowledge and 8.8 percent had a moderate level. See the detail in Table 1.4.

Table 1.4 Distribution of number and percent of the experimental group by level of knowledge regarding food consumption and exercise, before and after the experimentation

Level of Knowledge Regarding Food Consumption and Exercise	Before the Experimentation		After the Experimentation	
	Number	Percent	Number	Percent
	High	16	47.1	31
Moderate	17	50	3	8.8
Low	1	2.9	-	-
Total	34	100.0	34	100.0
Mean (S.D.)	11.0882(1.7297)		13.0294(1.0867)	

2. Outcomes Expectation of Appropriate Food Consumption and Exercise. Among the experimental group, 100.0 percent of the respondents were found to have a high level of expectation while after the experimentation 100.0 percent of the respondents had a high level of perceived outcomes expectation. See Table 1.5.

Table 1.5 Distribution of number and percentage of the experimental group by the level of perceived outcomes expectation of appropriate food consumption and exercise, before and after the experimentation

Level of Outcome expectation of Appropriate Food Consumption and Exercise	Before the Experimentation		After the Experimentation	
	Number	Percent	Number	Percent
	High	34	100.0	34
Moderate	-	-	-	-
Low	-	-	-	-
Total	34	100.0	34	100.0
Mean (S.D.)	61.674(3.349)		63.911(1.484)	

3. Perceived Self-Efficacy to Perform Food Consumption and Exercise Behaviors. It was found that 79.4 percent of the experimental group had a high level of perceived self-efficacy while 20.6 percent had a moderate level. After the experimentation, 94.1 percent had a high level of perceived self-efficacy while 5.9 percent had a moderate level. See Table 1.6.

Table 1.6 Distribution of number and percent of the experimental group by level of perceived self-efficacy to perform food consumption and exercise behaviors, before and after the experimentation

Level of Perceived Self-Efficacy to Perform Food Consumption and Exercise Behaviors	Before the Experimentation		After the Experimentation	
	Number	Percent	Number	Percent
High	27	79.4	32	94.1
Moderate	7	20.6	2	5.9
Low	-	-	-	-
Total	34	100.0	34	100.0
Mean (S.D.)	69.147(5.816)		75.588(5.205)	

4. Food Consumption and Exercise Behaviors. Among the experimental group, before the experimentation, there were 61.8 percent of the respondents performed a moderate level of appropriate food consumption behavior while 11.8 percent and 26.5 percent performed a moderate and low levels of the correct food consumption behavior respectively. After the experimentation, 47.1 percent of the experimental group performed a moderate level of correct food consumption behavior and 35.3 percent and 17.6 percent performed a high and low levels of correct food consumption behavior. In regard to exercise behavior, it was found that among the experimental group, before the experimentation, 38.2 percent had a moderate level of correct exercise behavior while 32.4 percent and 29.4 percent had a high and low levels of correct exercise behavior respectively. After the experimentation, 38.2 percent of the experimental group had exercise behavior score at the moderate level of correct behavior while 9.4 percent and 32.4 percent had

exercise behavior score at a high and low levels of correct behavior respectively. See Table 1.7.

Table 1.7 Distribution of number of the experimental group by correctness levels of food consumption and exercise behaviors, before and after the experimentation

Level of Correct Behavior	Before the Experimentation		After the Experimentation	
	Number	Percent	Number	Percent
Food Consumption				
High	4	11.8	12	35.3
Moderate	21	61.8	16	47.1
Low	9	26.4	6	17.6
Total	34	100.0	34	100.0
Mean (S.D.)	29.7059(4.0566)		32.0882(4.7696)	
Exercise				
High	11	32.4	10	29.4
Moderate	13	38.2	13	38.2
Low	10	29.4	11	32.4
Total	34	100.0	34	100.0
Mean (S.D.)	14.0588(3.3207)		13.6765(4.2335)	

Analysis of the Difference Between Behavior Mean Scores of the Experimental Group, Before and After the Program

1. Knowledge About Food Consumption and Exercise.

Among the experimental group, before the experimentation, the knowledge mean score about food consumption and exercise was found to be 11.08 with the standard deviation of 1.72. After the experimentation, the mean score was increased to be 13.02 with the standard deviation of 1.08. According to the statistical test, the knowledge mean score measured after the experimentation was significantly higher than the knowledge mean score measured before the experimentation (p – value < 0.001). See Table 1.8.

Table 1.8 Comparison of knowledge mean score about food consumption and exercise within the experimental group, before and after the experimentation

Knowledge About Food Consumption and Exercise	n	\bar{X}	S.D.	Z*	p-value
Before the Experimentation		11.08	1.72		
	34			4.353	<0.001
After the Experimentation		13.02	1.08		

* Wilkerson Signed Rank Test

2. Outcomes – Expectation of Performing Appropriate Food Consumption and Exercise Behavior. It was found that the mean score of the experimental group's outcomes expectation from performing appropriate food consumption and exercise behaviors was 78.26 with the standard deviation of 9.60 while after the experimentation the mean score was found to be 89.05 with the standard deviation of 6.03. The mean score measured after the experimentation was significantly higher than the mean score measured before the experimentation (p-value < 0.001). See Table 1.9.

Table 1.9 Comparison of outcomes-expectation mean score from performing appropriate food consumption and exercise behaviors within the experimental group, before and after the experimentation

Outcome-Expectation of Performing Appropriate Behavior	n	\bar{X}	S.D.	Z*	p-value
Before the Experimentation		78.26	9.60		
	34			4.168	<0.001
After the Experimentation		89.05	6.03		

* Wilcoxon Signed Rank Test

3. Perceived Self-Efficacy to Perform Appropriate Food Consumption and Exercise Behaviors. It was found that before the experimentation the perceived self-efficacy mean score to perform appropriate food consumption and exercise of the experimental group was 69.14 with the standard deviation of 5.81 comparing with the mean score measured after the program of 75.58 with the standard deviation of 5.20. The mean score after the program was significantly higher than the mean score before the program (p-value < 0.001). See Table 1.10.

Table 1.10 Comparison of perceived self-efficacy mean score to perform food consumption and exercise behaviors within the experimental group, before and after the experimentation

Perceived Self-Efficacy	n	\bar{X}	S.D.	Z*	p-value
Before the Experimentation	34	69.14	5.81	4.346	<0.001
After the Experimentation		75.58	5.20		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

4. Food Consumption and Exercise Behaviors. It was found that before the experimentation, food consumption behavior mean score of the experimental group was 29.70 with the standard deviation of 4.05 while the mean score measured after the experimentation was found to be 32.08 with the standard deviation of 4.76. The behavior mean score measured after the experimentation was significantly higher than the mean score measured before the experimentation (p-value M0.005). In regard to the exercise behavior, the behavior mean score of the experimental group measured before the experimentation was 43.76 with the standard deviation of 6.17 and after the experimentation the mean score was found to be 45.76 with the standard deviation of 8.46. The behavior mean score measured after the experimentation was significantly higher than the mean score measured before the experimentation (p-value <0.005). See Table 1.11.

Table 1.11 Comparison of behavior mean scores about food consumption and exercise within the experimental group, before and after the experimentation.

Behavior	N	\bar{X}	S.D.	t-value	df	p-value
Food Consumption						
Before the Experimentation	34	29.70	4.05	3.779	33	<0.005
After the Experimentation		32.08	4.76			
Exercise						
Before the Experimentation	34	43.76	6.17	2.094	33	<0.005
After the Experimentation		45.76	8.46			

Body Mass Index (BMI) and Waist Circumference

After the experimentation it was found that the body weight of 47.0 percent of the experimental group was found to be decreased while 41.2 percent and 11.8 percent had the same body weight and had increased body weight respectively. In regard to waist circumference the highest percentage of the experimental group (50.0%) had the same waist circumference while 41.2 percent and 8.8 percent had decreased and increased waist circumference respectively. Regarding Body Mass Index (BMI), after comparing BMI of the experimental group with the standard BMI, it was found that before the experimentation 70.6 percent of the respondents had normal BMI while BMI of 29.4 percent was higher than the normal BMI value. After the experimentation it was found that BMI of those who had higher value had been decreased to the normal value (26.5%) and the percentage of the respondent who had the normal BMI was increased to be 73.5 percent. See Table 1.12.

Table 1.12 Distribution of number and percentage of the experimental group by body weight, Body Mass Index and waistline

Variable	Male		Female	
	Number	Percent	Number	Percent
Body Weight (kg.)				
45 – 54	0	0	11	52.4
55 – 64	5	38.4	5	23.8
65 – 74	3	23.2	4	19.0
75 – 84	5	38.4	1	4.8
Total	13	100.0	21	100.0
Mean (S.D.)	3.00(0.91)		1.76(0.94)	
Body Mass Index				
< 18.5 (Underweight)	0	0	0	0
18.5 -24.9 (Normal)	9	69.2	16	76.2
>25.0 (Overweight)	4	30.8	5	23.8
Total	13	100	21	100.0
Mean (S.D.)	2.30(0.48)		2.23(0.43)	
Waist Circumference (Inch)				
25 – 30	1	7.7	11	52.4
31 – 36	8	61.5	9	42.9
37 – 42	4	30.8	1	4.8
Total	13	100	21	100.0
Mean (S.D.)	2.23(0.59)		1.52(0.60)	

Summary and Discussion

Knowledge About Food Consumption and Exercise. After participating in the health promoting program in food consumption and exercise, the experimental group gained significantly better knowledge about food consumption and exercise than before the experimentation. This finding was agreed with the Hypothesis 1. This

finding should be due to the fact that the educational background of most of the experimental group was Bachelor degree (26.5%) coupled with the program activities that were implemented for promoting and enhancing knowledge about food consumption and exercise by the researcher. Educational game had also been used to promoting knowledge for the elderly including providing opportunity for the elderly to exchange their knowledge with their group's members. This result was similar to the study of Nipa Chuathong¹⁰ who studied the effectiveness of a health education program by applying Self-Efficacy theory and social support to promote elderly's health in regard to exercise and food consumption. The result of the study showed that after the experimentation the experimental group gained significantly higher level of knowledge, perceived self-efficacy, perceived benefits of performing behavior and behavior regarding exercise and food consumption then before the experimentation and than the comparison group. This finding was also congruent with the study of Nareman Neerapaijit¹¹ who studied the effectiveness of the health promotion program by applying Self-Efficacy theory to promote exercise and food consumption behaviors for Muslim elderly in Nongjog District, Bangkok. It was found that after the experimentation the experimental group had significantly higher level of mean scores in regard to knowledge, perceived self-efficacy, outcomes expectation, and behavior regarding exercise and food consumption than before the experimentation and than the comparison group. Besides, this finding was agreed with the study of Krisana Skulrung¹² who found that the health education program applying Self-Efficacy theory was effective in enhancing the elderly knowledge.

Perceived Self-Efficacy and Outcome Expectation of Performing Appropriate Food Consumption and Exercise Behaviors. After participating the health promotion program in food consumption and exercise, the experimental group gained significant better level of perceived self-efficacy to perform food consumption and exercise behavior and perceived outcome expectation from performing appropriate food consumption and exercise behaviors than before the experimentation. This finding should be due to the fact that the experimental group are the members of the Elderly Club who have participated in the Club's activities in regard to health promotion. As the study carried out by Suwinee Wiwatwanich¹³, who studied the

relationship between the continuous health promoting behavior and quality of life of Thai elderly. It was found that being the members of elderly group / club / association related to elderly's quality of life. This finding was agreed with the study by Nithima Suparee¹⁴ who studied health promoting behaviors and the factors affecting elderly's health promoting behavior. The result showed that participating in the elderly club related significantly with health promoting behavior. Besides the program developed by the researcher was composed of the activities aiming to enhance perceived self-efficacy and perceived outcomes-expectation from practicing appropriate food consumption and exercise behaviors, for example, using live model who had practiced appropriate food consumption and exercise behaviors. These models were asked to tell the group their experiences. This finding was similar to the studies of Krisana Skulrung¹² and Nareemalya Neerapaijit¹¹ which was found that the health education program applying Self-Efficacy theory could enable the elderly gain higher level of knowledge, perceived self-efficacy and outcomes-expectation, and better health promoting behaviors. The item analysis of the data concerning perceived self-efficacy and outcomes-expectation from practicing appropriate food consumption and exercise behaviors showed that most of the sampled elderly had a high level of perceptions prior to the experimentation. This finding should be due to the fact that the educational background of most of the sampled elderly was Bachelor degree so, after the experimentation, the elderly had higher level of perceived self-efficacy.

Food Consumption and Exercise Behavior. After participating in the health promotion program in food consumption and exercise, the experiment group had higher level of appropriate food consumption and exercise behaviors than before the experimentation. This finding was congruent with the study of Krisana Sakulrung¹² who studied the effectiveness of the health education program on promoting appropriate food consumption and exercise behaviors of the elderly. In this study Self-Efficacy theory was applied for planning and implementing activities which included group discussion, using role models for exercise training and having the elderly developed the appropriate menu. The samples were the elderly in the hospital, Bangkok Metropolis. The result showed the significantly higher level of knowledge and health promoting behavior among the samples, after the experimentation. Similar

finding was found in the study of Nattaya Kriengchaiproug¹⁵ who studied the effect of health education program applying Self-Efficacy theory and Self-Care theory on modifying food consumption, exercise, and stress management behaviors among the elderly. After the program, significantly higher levels of mean scores regarding knowledge, perceived, self-efficacy, outcome expectation, and self-care behaviors about food consumption, exercise, and stress management were found comparing to before the program and the comparison group. Besides the program activities organized by the researcher as already mentioned, the other activities included presenting knowledge, group discussion, having group members exchanged experiences, having the samples recorded information about food consumption and exercise behaviors practiced at home by using the Health Recording Form. This research procedures were similar to the study by Yupin Hongswachin¹⁶ who used Health Recording Form with hypertensive patients along with foal-setting method and the result showed the better self-care behaviors for controlling blood pressure among the studied samples.

Recommendations

Recommendations Derived From the Research Results.

1. In organizing the activities for the sampled elderly who were the members of the Elderly Club it was found that there were some elderly who did not participate continuously in the Club's activities, thus, the consideration of organizing high motivated activities for the Club members should be made in order to have the elderly participated tin the program activities and performed appropriate self-care behaviors.

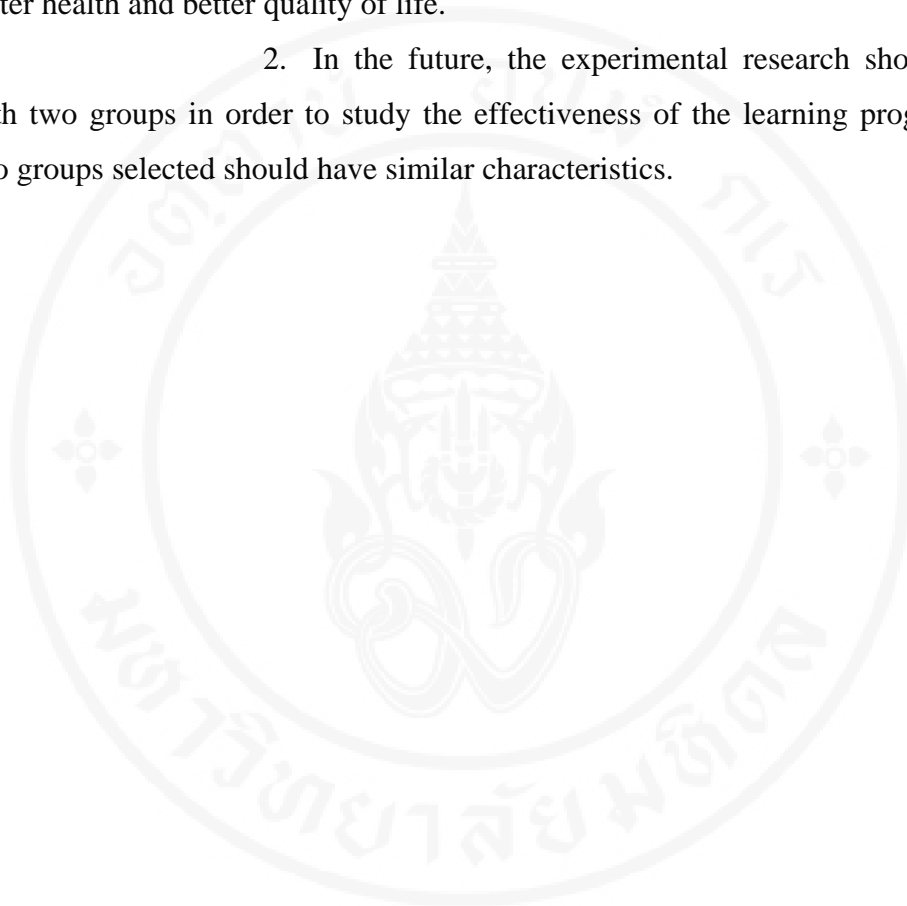
2. In order to have the elderly be more interested in participate in the learning activities, the activies must not only be organized in accordance with the elderly's problems but also the elderly's learning needs.

3. Physical health assessment and check-up should be provided for the elderly periodically including inviting medical doctors or medical personnel to provide health counseling for the elderly and having their relatives to take part in caring the elderly as well.

Recommendations for Furthering Researches

1. An experimental research should be done in regard to implementing learning activities and skills training in caring the elderly for the relatives of the elderly who can not take care of themselves in order to help them have better health and better quality of life.

2. In the future, the experimental research should be done with two groups in order to study the effectiveness of the learning program but the two groups selected should have similar characteristics.



บรรณานุกรม

- กรกานต์ ป้อมบุญมี. (2539). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณา สกลรัง. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ. ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญหทัย บุญชู. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบ้านเกาะกลาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา. (2534). ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ: ม.ป.ป.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2547). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จารุภา เลาหพจนารถ. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพร ดันสกุล. (2536). ประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้การอบรมกลุ่มเสี่ยงในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน โรงงานฟอกหนัง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยภัทร เกษมณี. สังคมผู้สูงอายุ. แหล่งที่มา: <http://www.stu.ac.th/study/sumrit/7-15>. เข้าถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2551.

- ทัศนีย์ พานพรหม. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงนวล พูลเกษร. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี. (2550). ความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ. เอกสารรายงานการประชุมวิชาการประจำปี: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. วันที่ 21-23 พฤศจิกายน 2550. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- นิธิตา สุภารี. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา เชื้อทอง. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริมาลย์ นิละไพจิตร. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพรัตน์ เจริญกิจ. (2542). การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2551). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- ประสพ รัตนากร. (2536). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. เอกสารการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธิดา กิจจาชาญชัยกุล. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัด นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิริยา วัฒนารุ่งกานต์. (2543). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี สุนทรปกรณกิจ. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งโรจน์ พุ่มรีว. (2545). สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. หน้า 7, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญกิจการพิมพ์.
- ศิริวรรณ ศิริบุญและคณะ.(2545). ผู้สูงอายุไทยอยู่ทนนหรือทนอยู่.วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: หน้า 22-23.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. เอกสารรายงานการประชุมวิชาการประจำปี: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. วันที่ 21-23 พฤศจิกายน 2550. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- ยุพิน หงส์วะชิน. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ. (2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. เอกสารรายงานการประชุมวิชาการประจำปี: การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. วันที่ 21-23 พฤศจิกายน 2550. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2539). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรเคหะ จังหวัดกาญจนบุรี. แหล่งที่มา: www.cps.chula.ac.th /pop_info/thai/nop7. เข้าถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2552.
- สำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 จังหวัดกาญจนบุรี. แหล่งที่มา: www.kanchanaburi.nso.go.th. เข้าถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2552.
- สุภาพร องค์สุริยานนท์. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. ความสำคัญของอาหารกับวัยสูงอายุ. แหล่งที่มา: www.agingthai.org. เข้าถึงวันที่ 1 ธันวาคม 2551.
- สุปรียา ต้นสกุล. (2549). จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.
- Bandura, A. (1997). Self efficacy: The exercise of control. New York: Free man company.
- Barrera, M. (1982). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents: Assessment Issue. In Social Networks and Social Support. London: SAGE Publication. 69-96.
- Bordie, N.J. (1980). The Relation between General Fearfulness, Locus of Control, and Social Activity among Retires.

- Bose, A.B. (1996) “Economic and social conditions of the elderly, with a special focus on women: needs and capabilities of the elderly,” Implications of Asia’s Population Future for Older People in the Family. Asian Population Studies Series No.145. ESCAP, United Nations. 82-95.
- Caplan, G. (1976). Support system and community mental health. New York: Behavioral Publications.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of lift stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology 140.
- McMurdo, M. & Burnett, L. (1992). Randomized Trial of Exercise in the Elderly. Gerontology. 38(5), 292-298.
- O’ Brien. M.J. (1980). The Care of the Elderly. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Pajares (2002). Overview of social cognitive theory and of self-efficacy. Retrieved month day, year, from <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>
- Probark, C.K., et al. (1991). The Effect of Moderate Aerobic Exercise on Physical Fitness Among Women 70 Years and Older. Maturitas. 14(1), 49-56.
- Yurick, et al. (1980). The Aged Person and the Nursing Process. Application Gentrury: New York.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถามเป็นรายข้อ

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมรายข้อ ก่อนการทดลอง

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อยมาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่แน่ใจ
1. การรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ หรือ กิน แต่พอดีทำให้ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ให้คงที่ได้	25(73.5)	6(17.6)	1 (2.9)	2 (5.9)	0(0)
2. ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเช้า 5 มื้อ ในแต่ละมื้อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	27(79.4)	7(20.6)	0(0)	0(0)	0(0)
3. การงดหรือการลดการรับประทาน อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ/อาหารทอด ช่วยลด การเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้	29(85.3)	1(2.9)	2(5.9)	1(2.9)	1(2.9)
4. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีเส้นใย สูง เช่น พวักผักใบเขียว แดงกวา ส้ม เป็น ประจำ จะช่วยลดไขมันในเลือดได้	27(79.4)	7(20.6)	0(0)	0(0)	0(0)
5. การรับประทานขนมหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม ทำให้น้ำหนักเพิ่มมาก ขึ้น	28(82.4)	2(5.9)	3(8.8)	1(2.9)	0(0)
6. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่นผักและผลไม้เป็นประจำทุกวันจะช่วย ไม่ให้มีอาการท้องผูก	27(79.4)	5(14.7)	1(2.9)	1(2.9)	0(0)
7. การรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อ ปลาคือจะช่วยให้ระบบย่อยอาหาร ย่อยได้ ง่ายกว่าอาหารที่ทำจากเนื้อหมู หรือไก่	34(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อยมาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่แน่ใจ
8. การออกกำลังกายที่ไม่ใช่การทำงาน ประจำ เช่น การเดิน การวิ่ง การออกกาย บริหารเพื่อสุขภาพถ้าทำเป็นประจำจะช่วย ลดไขมันในเลือดได้	25(73.5)	6(17.6)	1(2.9)	1(2.9)	1(2.9)
9. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วย ให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง	33(97.1)	1(2.9)	0(0)	0(0)	0(0)
10. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ควร ออกกำลังกาย สม่ำเสมอจะช่วยป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ ได้	26(76.5)	8(23.5)	0(0)	0(0)	0(0)
11. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเพิ่ม ความแข็งแรงหรือสมรรถภาพของระบบ หัวใจและหายใจ	29(85.3)	4(11.8)	1(2.9)	0(0)	0(0)
12. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยผ่อนคลาย ความเครียด	30(88.2)	4(11.8)	0(0)	0(0)	0(0)
13. การออกกำลังกาย แต่ครั้งควรใช้ เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที หรือจนรู้สึก เหนื่อย เหงื่อออกมากจึงจะมีผลดีต่อ ร่างกาย	25(73.5)	7(20.6)	0(0)	0(0)	2(5.9)

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายข้อ ก่อนการทดลอง

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (100 %)	ทำได้ (50 %)	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูพะโล้ เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันให้น้อยลงได้	9(26.5)	18(52.9)	3(8.8)	3(8.8)	1(2.9)
2. ท่านสามารถใช้น้ำมันพืชที่ทำจากถั่วหรือเมล็ดทานตะวันในการปรุงอาหารแทนน้ำมันหมูได้	23(67.6)	9(26.5)	2(5.9)	0(0)	0(0)
3. ท่านสามารถลดปริมาณการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง ไข่เค็ม	11(32.4)	20(58.8)	1(2.9)	2(5.9)	0(0)
4. ท่านสามารถรับประทานข้าวมีธัญไม่เกิน 2 ทัพพีได้	13(38.2)	12(35.3)	4(11.8)	4(11.8)	1(2.9)
5. ท่านสามารถงดการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน มะม่วงสุก ลำไย ได้ เป็นต้น	15(44.1)	14(41.2)	1(2.9)	3(8.8)	1(2.9)
6. ท่านสามารถงดการรับประทานอาหารทะเลที่มีคลอเรสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก ได้	14(41.2)	14(41.2)	5(14.7)	1(2.9)	0(0)
7. ท่านสามารถงด/เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า สุรา เบียร์ ยา ดอง ได้	28(82.4)	5(14.7)	1(2.9)	0(0)	0(0)
8. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ต่อวันได้	8(23.5)	18(52.9)	8(23.5)	0(0)	0(0)

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (100 %)	ทำได้ (50 %)	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
9. ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วัน ต่ออาทิตย์ โดยใช้เวลาออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีได้	16(47.1)	13(38.2)	5(14.7)	0(0)	0(0)
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้เหมาะสมกับสุขภาพของตัวเอง	15(44.1)	13(38.2)	6(17.6)	0(0)	0(0)
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้เองโดยไม่ต้องมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายได้	21(61.8)	11(32.4)	2(5.9)	0(0)	0(0)
12. ท่านสามารถหาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวท่านเองได้	19(55.9)	14(41.2)	1(2.9)	0(0)	0(0)
13. ท่านสามารถหาเวลาออกกำลังกายในแต่ละวันได้เป็นประจำ	15(44.1)	14(41.2)	5(14.7)	0(0)	0(0)
14. ท่านสามารถนอนหลับได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งยาหรือสิ่งอื่น	25(73.5)	8(23.5)	1(2.9)	0(0)	0(0)
15. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์โกรธ หงุดหงิดของท่านได้เสมอ	14(41.2)	19(55.9)	1(2.9)	0(0)	0(0)
16. เวลามีปัญหา ท่านสามารถพูดคุยหรือปรึกษากับญาติ/เพื่อนสนิทได้เสมอ	17(50.0)	14(41.2)	1(2.9)	2(5.9)	0(0)

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ รายข้อ ก่อนการทดลอง

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการรับประทาน อาหารและออกกำลังกายต่อไปนี้ อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้า ตอบไม่เคยให้ตาม เหตุผลหรือ อุปสรรคที่ไม่ทำ และเขียนระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำ ทุกวัน/ ทุกมื้อ อาหาร	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่ง มื้ออาหาร	
1. รับประทานอาหารหลากหลาย ชนิดไม่ซ้ำกันและ ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	7(20.6)	18(52.9)	7(20.6)	2(5.9)
2. รับประทานอาหารที่ปรุงจากผัก เช่น ผัดผัก ต้มจืดผัก	11(32.4)	19(55.9)	4(11.8)	0(0)
3. รับประทานอาหารผลไม้หลังอาหาร	12(35.3)	14(41.2)	8(23.5)	0(0)
4. รับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาทอด ปลานึ่ง	7(20.6)	18(52.9)	9(26.5)	0(0)
5. รับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ ทอด หมูทอด ไข่ทอด หนึ่งไก่ทอด	1(2.9)	3(8.8)	24(70.6)	6(17.6)
6. รับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง เบคอน ไข่กรอก หนึ่งไก่ หนึ่งหมู	1(2.9)	1(2.9)	22(64.7)	10(29.4)
7. รับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวผัดกระ เพราะ ข้าวคลุกกะปิ	0(0)	7(20.6)	23(67.6)	4(11.8)
8. รับประทานขนม เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก โดนัท พิซซ่า คุกกี้ บ่อย เพียงใด	0(0)	4(11.8)	22(64.7)	8(23.5)

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการรับประทาน อาหารและออกกำลังกายต่อไปนี้ อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้า ตอบไม่เคยให้ตาม เหตุผลหรือ อุปสรรคที่ไม่ทำ และเขียนระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำ ทุกวัน/ ทุกมื้อ อาหาร	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่ง มื้ออาหาร	
9. รับประทานขนมหวาน หรือ ขนมที่ปรุงด้วยกะทิ ข้าวเหนียวมุล กล้วยบวชชี บัวลอย ลอดช่อง ทับทิมกรอบ ฝอยทอง ทองหยอด ข้าวเหนียวแก้ว หม้อแกง	0(0)	4(11.8)	25(73.5)	5(14.7)
10. รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม หรืออาหาร กระป๋อง	0(0)	7(20.6)	21(61.8)	6(17.6)
11. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	23(67.6)	9(26.5)	2(5.9)	0(0)
12. ดื่มนมจืดหรือนมพร่องมันเนย วันละ 1 – 2 แก้ว/ กล่อง	7(20.6)	17(50.0)	6(17.6)	4(11.8)
13. ดื่มกาแฟ ประมาณวันละ 1 แก้ว	10(29.4)	8(23.5)	8(23.5)	8(23.5)
14. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ	1(2.9)	10(29.4)	17(50.0)	6(17.6)
15. เติมน้ำปลา/น้ำปลาพริก ลงใน ข้าวเวลารับประทาน	4(11.8)	7(20.6)	20(58.8)	3(8.8)
16. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ด้วยการ เดิน แกว่งแขน ปั่นจักรยาน	18(52.9)	7(20.6)	9(26.5)	0(0)
17. อบอุ่นร่างกายทุกครั้งที่ออก กำลังกาย	16(47.1)	8(23.5)	9(26.5)	1(2.9)
18. ออกกำลังกายหลังรับประทาน อาหารอิ่มทันที	2(5.9)	1(2.9)	6(17.6)	25(73.5)

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการรับประทาน อาหารและออกกำลังกายต่อไปนี้ อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้า ตอบไม่เคยให้ตาม เหตุผลหรือ อุปสรรคที่ไม่ทำ และเขียนระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำ ทุกวัน/ ทุกมื้อ อาหาร	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่ง มื้ออาหาร	
19. ทำงาน เช่น ทำสวน/ทำไร่/ทำ นา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจน รู้สึกเหนื่อย อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน	6(17.6)	6(17.6)	15(44.1)	7(20.6)
20. ทำงานบ้านให้ห้องออก เช่น ถู บ้าน เก็บหญ้า ดายหญ้า	9(26.5)	13(38.2)	11(32.4)	1(2.9)
21. เมื่อท่านเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่าน ระงับหรือผ่อนคลายโดยเร็ว	11(32.4)	7(20.6)	15(44.1)	1(2.9)
22. ท่านทำสมาธิหรือผ่อนคลาย กล้ามเนื้อบ่อยเพียงใด	14(41.2)	9(26.5)	9(26.5)	2(5.9)

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร
และการออกกำลังกายที่เหมาะสมรายชื่อ หลังการทดลอง

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วยปาน	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
	มาก	กลาง	น้อยมาก	น้อย	
1. การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ หรือกิน แต่พอดีทำให้ช่วยควบคุม น้ำหนักตัวให้คงที่ได้	29(85.3)	5(14.7)	0(0)	0(0)	0(0)
2. ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละมื้อช่วยให้ร่างกาย แข็งแรง	32(94.1)	2(5.9)	0(0)	0(0)	0(0)
3. การงดหรือการลดการรับประทาน อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ/อาหารทอด ช่วยลดการเกิดไขมันอุดตันในเส้น เลือดได้	32(94.1)	1(2.9)	1(2.9)	0(0)	0(0)

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วยปาน กลาง	เห็นด้วย น้อยมาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่แน่ใจ
4. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีเส้นใยสูง เช่น พวักผักใบเขียว แดงกวา ส้ม เป็นประจำ จะช่วยลดไขมันในเลือดได้	29(85.3)	5(14.7)	0(0)	0(0)	0(0)
5. การรับประทานขนมหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น	34(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
6. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่นผักและ ผลไม้เป็นประจำทุกวันจะช่วยไม่ให้มีอาการท้องผูก	33(97.1)	1(2.9)	0(0)	0(0)	0(0)
7. การรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อปลาจะช่วยให้ระบบย่อยอาหารย่อยได้ง่ายกว่าอาหารที่ทำจากเนื้อหมู หรือไก่	34(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
8. การออกกำลังกายที่ไม่ใช่การทำงานประจำ เช่น การเดิน การวิ่ง การออกกำลังกายบริหารเพื่อสุขภาพถ้าทำเป็นประจำจะช่วยลดไขมันในเลือดได้	27(79.4)	7(20.6)	0(0)	0(0)	0(0)
9. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง	34(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
10. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกาย สม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคอื่นๆ ได้	28(82.4)	6(17.6)	0(0)	0(0)	0(0)
11. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเพิ่มความแข็งแรงหรือสมรรถภาพของระบบหัวใจและหายใจ	33(97.1)	1(2.9)	0(0)	0(0)	0(0)

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วยปาน กลาง	เห็นด้วย น้อยมาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นใจ
12. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วย ผ่อนคลายความเครียด	33(97.1)	1(2.9)	0(0)	0(0)	0(0)
13. การออกกำลังกาย แต่ละครั้ง ควรใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที หรือจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออกมาก จึงจะมีผลดีต่อร่างกาย	28(82.4)	6(17.6)	0(0)	0(0)	0(0)

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการ
บริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายชื่อ หลังการทดลอง

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (100 %)	ทำได้ (50 %)	ไม่ แน่ใจ	ทำ ไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง เช่น ขาหมูพะโล้ เครื่องใน สัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันให้น้อยลงได้	25(73.5)	9(26.5)	0(0)	0(0)	0(0)
2. ท่านสามารถใช้ไขมันพืชที่ทำจาก ถั่วหรือเมล็ด ทานตะวันในการปรุง อาหารแทนน้ำมันหมูได้	26(76.5)	8(23.5)	0(0)	0(0)	0(0)
3. ท่านสามารถลดปริมาณการ รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง ไข่เค็ม	25(73.5)	8(23.5)	1(2.9)	0(0)	0(0)
4. ท่านสามารถรับประทานข้าวมีธัญ ไม่เกิน 2 ทัพพีได้	19(55.9)	13(38.2)	1(2.9)	1(2.9)	0(0)
5. ท่านสามารถงดการรับประทาน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลำไย ได้ เป็นต้น	20(58.8)	13(38.2)	1(2.9)	0(0)	0(0)
6. ท่านสามารถงดการรับประทาน อาหารทะเลที่มีคลอเรสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก ได้	26(76.5)	6(17.6)	2(5.9)	0(0)	0(0)

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (100 %)	ทำได้ (50 %)	ไม่ แน่ใจ	ทำ ไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
7. ท่านสามารถด/เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า สุรา เบียร์ ยา ดอง ได้	33(97.1)	1(2.9)	0(0)	0(0)	0(0)
8. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ต่อวันได้	14(41.2)	17(50.0)	3(8.8)	0(0)	0(0)
9. ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วัน ต่ออาทิตย์ โดยใช้เวลาออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีได้	28(82.4)	4(11.8)	2(5.9)	0(0)	0(0)
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้เหมาะสมกับสุขภาพของตัวเอง	29(85.3)	3(8.8)	2(5.9)	0(0)	0(0)
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้เองโดยไม่ต้องมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายได้	31(91.2)	2(5.9)	1(2.9)	0(0)	0(0)
12. ท่านสามารถหาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวท่านเองได้	28(82.4)	5(14.7)	1(2.9)	0(0)	0(0)
13. ท่านสามารถหาเวลาออกกำลังกายในแต่ละวันได้เป็นประจำ	27(79.4)	5(14.7)	2(5.9)	0(0)	0(0)
14. ท่านสามารถนอนหลับได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งยาหรือสิ่งอื่น	31(91.2)	3(8.8)	0(0)	0(0)	
15. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์โกรธ หงุดหงิดของท่านได้เสมอ	23(67.6)	11(32.4)	0(0)	0(0)	0(0)
16. เวลามีปัญหา ท่านสามารถพูดคุยหรือปรับทุกข์กับญาติ/เพื่อนสนิทได้เสมอ	27(79.4)	7(20.6)	0(0)	0(0)	0(0)

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละกลุ่มทดลองแยกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุรายข้อ หลังการทดลอง

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการ รับประทานอาหารและออกกำลังกาย ต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้าตอบไม่เคยให้ ถามเหตุผลหรือ อุปสรรคที่ไม่ทำ และเขียนระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำ ทุกวัน/ ทุกมื้อ อาหาร	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่ง มื้ออาหาร	
1. รับประทานอาหารหลากหลาย ชนิดไม่ซ้ำกันและ ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	10(29.4)	23(67.6)	1(2.9)	0(0)
2. รับประทานอาหารที่ปรุงจากผัก เช่น ผักผัก ต้มจืดผัก	14(41.2)	19(55.9)	1(2.9)	0(0)
3. รับประทานอาหารผลไม้หลังอาหาร	12(35.3)	19(55.9)	3(8.8)	0(0)
4. รับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาทอด ปลาแห้ง	9(26.5)	19(55.9)	6(17.6)	0(0)
5. รับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ ทอด หมูทอด ไข่ทอด หนึ่งไก่ทอด	0(0)	7(20.6)	21(61.8)	6(17.6)
6. รับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง เบคอน ไส้กรอก หนึ่งไก่ หนึ่งหมู	0(0)	2(5.9)	20(58.8)	12(35.3)
7. รับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวผัดกระ เพราะ ข้าวคลุกกะปิ	0(0)	4(11.8)	27(79.4)	3(8.8)
8. รับประทานขนม เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก โดนัท พิซซ่า คุกกี้ บ่อย เพียงใด	0(0)	3(8.8)	20(58.8)	11(32.4)

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการ รับประทานอาหารและออกกำลังกาย ต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้าตอบไม่เคยให้ ถามเหตุผลหรือไม่ทำ และเขียนระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำ ทุกวัน/ ทุกมื้อ อาหาร	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่ง มื้ออาหาร	
9. รับประทานขนมหวาน หรือขนมที่ ปรุงด้วยกะทิ ข้าวเหนียวมูล ก๋วย ฉวย บัวลอย ลอดช่อง ทับทิม กรอบ ฝอยทอง ทองหยอด ข้าว เหนียวแก้ว หม้อแกง	0(0)	5(14.7)	22(64.7)	7(20.6)
10. รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม หรืออาหาร กระป๋อง	0(0)	2(5.9)	22(64.7)	10(29.4)
11. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	25(73.5)	9(26.5)	0(0)	0(0)
12. ดื่มนมจืดหรือนมพร่องมันเนย วันละ 1 – 2 แก้ว/ กล่อง	7(20.6)	17(50.0)	5(14.7)	5(14.7)
13. ดื่มกาแฟ ประมาณวันละ 1 แก้ว	5(14.7)	10(29.4)	12(35.3)	7(20.6)
14. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำ ผลไม้ น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ	0(0)	3(8.8)	26(76.5)	5(14.7)
15. เติมน้ำปลา/น้ำปลาพริก ลงใน ข้าวเวลารับประทาน	0(0)	4(11.8)	21(61.8)	9(26.5)
16. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ด้วยการเดิน แกว่งแขน ปั่นจักรยาน	18(52.9)	10(29.4)	3(8.8)	3(8.8)
17. อบอุ่นร่างกายทุกครั้งก่อน ออกกำลังกาย	14(41.2)	17(50.0)	1(2.9)	2(5.9)
18. ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหาร อิ่มทันที	0(0)	3(8.8)	4(11.8)	27(79.4)

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการ รับประทานอาหารและออกกำลังกาย ต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้าตอบไม่เคยให้ ถามเหตุผลหรือไม่ทำ และเขียนระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำ ทุกวัน/ ทุกมื้อ อาหาร	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่ง มื้ออาหาร	
19. ทำงาน เช่น ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ จักรยายนหรือเดินไปทำงานจนรู้สึก เหนื่อย อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน	6(17.6)	5(14.7)	13(38.2)	10(29.4)
20. ทำงานบ้านให้เหงื่อออก เช่น ถู บ้าน เก็บหญ้า ดายหญ้า	7(20.6)	13(38.2)	10(29.4)	4(11.8)
21. เมื่อท่านเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่าน ระงับหรือผ่อนคลายโดยเร็ว	9(26.5)	9(26.5)	14(41.2)	2(5.9)
22. ท่านทำสมาธิหรือผ่อนคลาย กล้ามเนื้อบ่อยเพียงใด	10(29.4)	11(32.4)	10(29.4)	3(8.8)

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ข้าพเจ้าใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านในการตอบคำถาม และขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับทุกประการ

นางสาวอารยา ทิพย์วงศ์

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่อง ตามข้อมูลเกี่ยวกับท่าน

1. เพศ

<input type="checkbox"/> 1 ชาย	<input type="checkbox"/> 2 หญิง
--------------------------------	---------------------------------
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1 โสด	<input type="checkbox"/> 2 คู่
<input type="checkbox"/> 3 หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	<input type="checkbox"/> 4 หย่า / แยกกันอยู่
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2 ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3 มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> 5 ปวช. , ปวส.	<input type="checkbox"/> 6 ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7 อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> 8 อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของท่าน หรือเงินที่ท่านได้รับเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว เฉลี่ยประมาณ.....บาท/เดือน รายได้ดังกล่าว เพียงพอในการใช้แต่ละเดือน หรือไม่

<input type="checkbox"/> 1 เพียงพอ	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เพียงพอ
------------------------------------	---------------------------------------
6. ปัจจุบันท่านทำงานอะไร

<input type="checkbox"/> 1 เกษียณอายุราชการแล้ว ก่อนเกษียณท่านทำงานอะไร (ระบุประเภทงาน).....
<input type="checkbox"/> 2 ปัจจุบันยังทำงานอยู่ โดยทำงาน (ระบุประเภทงาน).....
7. โดยส่วนใหญ่ท่านทำงานบ้านอะไร เป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวันบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1 อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไร	<input type="checkbox"/> 2 บัด กวาด เช็ดถูบ้าน
<input type="checkbox"/> 3 ซักผ้า - รีดผ้า	<input type="checkbox"/> 4 ทำกับข้าว - อาหาร
<input type="checkbox"/> 5 เย็บผ้า	<input type="checkbox"/> 6 ทำสวน ทำไร่
<input type="checkbox"/> 7 อื่น ๆ ระบุ.....	

8. เมื่อมีเวลาว่าง ท่านทำงานอดิเรกอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 ปลูกต้นไม้ 2 ออกกำลังกาย
 3 เลี้ยงสัตว์ 4 สวดมนต์
 5 ดูโทรทัศน์ 6 ฟังวิทยุ
 7 อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- 1 มี 2 ไม่มี

**** เฉพาะผู้ที่ตอบว่ามีโรคประจำตัวในข้อ 9 ให้ตอบต่อในข้อ 10 ต่อ ถ้าข้อ 9 ตอบไม่มีให้ข้ามข้อ 10 ไป**

10. **ถ้ามีโรคประจำตัว** โรคประจำตัวที่ท่านเป็นอยู่ คือ

- 1 โรคความดันโลหิตสูง 2 โรคเบาหวาน
 3 โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ 4 โรคระบบทางเดินหายใจ ระบุ.....
 5 โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ระบุ..... 6 โรคระบบทางเดินอาหาร ระบุ.....
 7 โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ระบุ..... 8 โรคตา ระบุ.....
 9 อื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านดื่มเหล้า สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- 1 ไม่เคยดื่ม 2 ดื่มน้อยแต่ไม่บ่อย (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
 3 ดื่มน้อย (สัปดาห์ละ 3-4 วัน) 4 ดื่มเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-6 วัน)
 5 ดื่มทุกวัน 6 อื่นๆ ระบุ

12. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- 1 ไม่เคยสูบบุหรี่ 2 ปัจจุบันไม่สูบแต่เมื่อก่อนเคยสูบ
 3 สูบทุกวัน 4 อื่นๆ ระบุ

13. ท่านใช้เวลาในการนอนหลับพักผ่อนเวลากลางคืนวันละประมาณ.....ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ

คำชี้แจง ท่านได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่านจากบุคคลต่อไปนี้
อย่างไร ขอให้เลือกตอบ 3 เรื่องที่บุคคลเหล่านั้นสนับสนุนท่านมากที่สุด และเรียงลำดับเรื่องที่ได้รับ
บ่วยที่สุดโดยใส่หมายเลขตามลำดับ

1. คู่สมรส (สามี/ภรรยา)

- 1. การดูแลสุขภาพทั่วไป
- 2. คอยแนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสม
- 3. ซื้อหรือปรุงอาหารให้รับประทาน
- 4. คอยแนะนำหรือกระตุ้นให้ออกกำลังกายเป็นประจำ
- 5. เป็นเพื่อนหรือพาไปออกกำลังกายพร้อมกับท่าน
- 6. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้ท่านอ่าน/ดู
- 7. พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพ
- 8. ให้เงินท่านเพื่อใช้จ่ายส่วนตัว
- 9. ซื้อยาบำรุงต่างๆ ให้ท่านรับประทาน

2. บุตร

- 1. การดูแลสุขภาพทั่วไป
- 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร
- 3. ซื้อหรือปรุงอาหารให้รับประทาน
- 4. คอยแนะนำให้ออกกำลังกาย
- 5. เป็นเพื่อนหรือออกกำลังกายพร้อมกับท่าน
- 6. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้ท่านอ่าน/ดู
- 7. พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพ
- 8. ให้เงินท่านเพื่อใช้จ่ายส่วนตัว
- 9. ซื้อยาบำรุงต่างๆ ให้ท่านรับประทาน

3. พยาบาล/เจ้าหน้าที่ประจำชมรม

- 1. ตรวจรักษาสุขภาพทั่วไป
- 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย
- 3. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้ท่านอ่าน/ดู
- 4. อื่นๆ.....

4. แพทย์

- 1. ตรวจรักษาสุขภาพทั่วไป
- 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย
- 3. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้ท่านอ่าน/ดู
- 4. อื่นๆ.....

5. เพื่อน/เพื่อนบ้าน

- 1. พูดคุยเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป
- 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร
- 3. คอยแนะนำให้ออกกำลังกายหรือเป็นเพื่อนออกกำลังกายพร้อมกับท่าน
- 4. พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพ
- 5. อื่นๆ.....

6.ญาติ เช่น พี่ น้อง หลาน

- 1. การดูแลสุขภาพทั่วไป
- 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร
- 3. ซื้อหรือปรุงอาหารให้รับประทาน
- 4. คอยแนะนำให้ออกกำลังกาย
- 5. เป็นเพื่อนหรือออกกำลังกายพร้อมกับท่าน
- 6. พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพ
- 7. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าหมายของคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือกตอบ

1. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทใดให้น้อยลงหรือลดลง
 - 1) ไข่ นม
 - 2) ผัก ผลไม้
 - 3) เนื้อสัตว์ติดมัน
 - 4) ไม่ทราบ
2. อาหารต่อไปนี้ ข้อใดเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานมากที่สุด
 - 1) ปลานึ่งมะนาว
 - 2) แพนงหมู
 - 3) แกงเขียวหวานไก่
 - 4) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ
3. ต่อไปนี้ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง
 - 1) ผู้สูงอายุควรดื่มนมพร่องมันเนยอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว
 - 2) ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานไข่อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง
 - 3) ผู้สูงอายุควรรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน
 - 4) ผู้สูงอายุควรรับประทานข้าวเป็นประจำ
4. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละกี่แก้ว
 - 1) 3-4 แก้ว
 - 2) 4-6 แก้ว
 - 3) 6-8 แก้ว
 - 4) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ
5. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานอาหารประเภทใดให้น้อยลงหรือลดลง
 - 1) อาหารที่มีรสหวานมาก และขนมหวาน
 - 2) อาหารที่มีรสเค็มจัด หรืออาหารหมัก ดอง
 - 3) อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่นอาหารประเภทปลา
 - 4) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ
6. การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) ทำให้ร่างกายแข็งแรง
 - 2) ทำให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ
 - 3) ทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดี
 - 4) ควบคุมน้ำหนักตัวได้
 - 5) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ
 - 6) อื่นๆ ระบุ.....
7. การออกกำลังกายที่ได้ผลดีต่อร่างกายของผู้สูงอายุ คือการออกกำลังกายอย่างน้อยกี่วัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) ออกกำลังกายทุกวัน
 - 2) อย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์
 - 3) ออกกำลังกาย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์
 - 4) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ
8. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรใช้เวลาการออกครั้งละกี่นาที
 - 1) 10 นาที
 - 2) 30 นาที
 - 3) 1 ชั่วโมง
 - 4) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

9. การออกกำลังกายเป็นประจำ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอะไรได้

- 1) โรคหัวใจ 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคเบาหวาน 4) ถูกทุกข้อ

10. ข้อใดต่อไปนี้อาจกล่าวได้ **ถูกต้อง**

- 1) การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ
 2) อันตรายที่พบได้ในผู้สูงอายุ ที่ออกกำลังกายแบบหักโหม คือ ภาวะหัวใจวาย
 3) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หากออกกำลังกายแบบหักโหมอาจเป็นลมได้
 4) ถูกทุกข้อ

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุ ข้อละหนึ่งคำตอบ

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
	มาก	ปานกลาง	น้อยมาก	น้อย	
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. การรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ หรือกิน แต่พอดีทำให้ช่วยควบคุม น้ำหนักตัวให้คงที่ได้					
2. ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเช้าครบ 5 มื้อในแต่ละมื้อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง					
3. การงดหรือลดการรับประทาน อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ/อาหารทอด ช่วย ลดการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้					
4. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีเส้นใยสูง เช่น พริกไบบีเขียว แตงกวา ส้ม เป็นประจำ จะช่วยลดไขมันในเลือดได้					
5. การรับประทานขนมหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น					
6. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและ ผลไม้เป็นประจำทุกวันจะ ช่วยไม่ให้มีอาการท้องผูก					

ข้อความ	เห็นด้วย มาก (5)	เห็นด้วย ปานกลาง (4)	เห็นด้วย น้อยมาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่แน่ใจ (1)
7. การรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อปลาจะช่วยให้ระบบย่อยอาหาร ย่อยได้ง่ายกว่าอาหารที่ทำจากเนื้อหมู หรือไก่					
8. การออกกำลังกายที่ไม่ใช่การทำงานประจำ เช่น การเดิน การวิ่ง การออกกำลังกายบริหารเพื่อสุขภาพถ้าทำเป็นประจำจะช่วยลดไขมันในเลือดได้					
9. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง					
10. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกาย สม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคอื่นๆ ได้					
11. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเพิ่มความแข็งแรงหรือสมรรถภาพของระบบหัวใจและหายใจ					
12. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยผ่อนคลายความเครียด					
13. การออกกำลังกาย แต่ละครึ่งควรใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที หรือจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออกมากจึงจะมีผลดีต่อร่างกาย					

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ข้อละหนึ่งคำตอบ

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (100 %) (5)	ทำได้ (50 %) (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ทำไม่ได้ (2)	ทำไม่ได้ แน่นอน (1)
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูพะโล้ เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันให้น้อยลงได้					
2. ท่านสามารถใช้น้ำมันพืชที่ทำจากถั่วหรือเมล็ดทานตะวันในการปรุงอาหารแทนน้ำมันหมูได้					
3. ท่านสามารถลดปริมาณการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง ไข่เค็ม					
4. ท่านสามารถรับประทานข้าวมีธัญไม่เกิน 2 ทัพพีได้					
5. ท่านสามารถงดการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลำไย ได้ เป็นต้น					
6. ท่านสามารถลดการรับประทานอาหารทะเลที่มีคลอเรสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก ได้					
7. ท่านสามารถงด/เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า สุรา เบียร์ ยา ดอง ได้					
8. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ต่อวันได้					

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (100 %) (5)	ทำได้ (50 %) (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ทำไม่ได้ (2)	ทำไม่ได้ แน่นอน (1)
9. ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วัน ต่ออาทิตย์ โดยใช้เวลาออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีได้					
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้เหมาะสมกับสุขภาพของตัวเอง					
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้เองโดยไม่ต้องมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายได้					
12. ท่านสามารถหาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวท่านเองได้					
13. ท่านสามารถหาเวลาออกกำลังกายในแต่ละวันได้เป็นประจำ					
14. ท่านสามารถนอนหลับได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งยาหรือสิ่งอื่น					
15. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์โกรธ หงุดหงิดของท่านได้เสมอ					
16. เวลามีปัญหา ท่านสามารถพูดคุยหรือปรับทุกข์กับญาติ/เพื่อนสนิทได้เสมอ					

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ถูกสัมภาษณ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอหรือปฏิบัติทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติเป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ

ปฏิบัติมานานๆครั้ง หมายถึง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ถูกสัมภาษณ์ปฏิบัติมานานๆ ครั้งเช่นน้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน

	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้าตอบไม่เคยให้ตามเหตุผลหรือไม่ทำและเขียน ระบุลงในช่องนี้)
	เป็นประจำทุกวัน/ ทุกมื้ออาหาร (3)	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อสัปดาห์ หรือบางมื้ออาหาร (2)	นานๆครั้ง/ 1-2 วันต่อสัปดาห์ หรือ หนึ่งมื้ออาหาร (1)	
1. เดือนที่ผ่านมาท่านมีการรับประทานอาหารและออกกำลังกายต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร				
1. รับประทานอาหารหลากหลายชนิดไม่ซ้ำกันและครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน				
2. รับประทานอาหารที่ปรุงจากผัก เช่น ผักต้ม ผักสด ผักจิ้ม				
3. รับประทานอาหารผลไม้หลังอาหาร				
4. รับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาทอด ปลานึ่ง				
5. รับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ไข่ทอด หนั๋งไก่ทอด				
6. รับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง เบคอน ไข่กรอก หนั๋งไก่ หนั๋งหมู				

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการ รับประทานอาหารและออก กำลังกายต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้า ตอบไม่เคยให้ตาม เหตุผล หรือ อุปสรรคที่ไม่ทำ และเขียน ระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำทุก วัน/ ทุกมื้ออาหาร (3)	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร (2)	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่งมื้อ อาหาร (1)	
7. รับประทานอาหาร สำเร็จรูป เช่น ข้าวมันไก่ ข้าว ขาหมู ข้าวผัดกระเพรา ข้าว คลุกกะปิ				
8. รับประทานขนม เช่น ขนม ปัง ขนมเค้ก โดนัท พิชซ่า คุกกี้ บ่อยเพียงใด				
9. รับประทานขนมหวาน หรือขนมที่ปรุงด้วยกะทิ ข้าว เหนียวมูล กล้วยบวชชี บัว ลอย ลอดช่อง ทับทิมกรอบ ฝอยทอง ทองหยอด ข้าว เหนียวแก้ว หม้อแกง				
10. รับประทานอาหารที่มีรส เค็ม เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม หรืออาหารกระป๋อง				
11. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว				
12. ดื่มนมจืดหรือนมพร่องมัน เนยวันละ 1 – 2 แก้ว/ กล่อง				
13. ดื่มกาแฟ ประมาณวันละ 1 แก้ว				

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการ รับประทานอาหารและออก กำลังกายต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้า ตอบไม่เคยให้ตาม เหตุผล หรือ อุปสรรคที่ไม่ทำ และเขียน ระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำทุก วัน/ ทุกมื้ออาหาร (3)	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร (2)	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่งมื้อ อาหาร (1)	
14. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ				
15. ดื่มน้ำปลา/น้ำปลาพริก ลง ในข้าวเวลารับประทานอาหาร				
16. ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ด้วยการเดิน แกว่งแขน ปั่น จักรยาน				
17. อบอุ่นร่างกายทุกครั้ง ที่ออกกำลังกาย				
18. ออกกำลังกายหลัง รับประทานอาหารอิ่ม ทันที				
19. ทำงาน เช่น ทำสวน/ทำไร่/ ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไป ทำงานจนรู้สึกเหนื่อย อย่าง น้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน				
20. ทำงานบ้านให้เหงื่อออก เช่น ถูบ้าน เก็บหญ้า คายหญ้า				

1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการ รับประทานอาหารและออก กำลังกายต่อไปนี้อย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			ไม่เคยปฏิบัติ (ถ้า ตอบไม่เคยให้ตาม เหตุผล หรือ อุปสรรคที่ไม่ทำ และเขียน ระบุลงใน ช่องนี้)
	เป็นประจำทุก วัน/ ทุกมื้ออาหาร (3)	บางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์ หรือบางมื้อ อาหาร (2)	นานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์ หรือ หนึ่งมื้อ อาหาร (1)	
21. เมื่อท่านเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านระงับหรือผ่อนคลาย โดยเร็ว				
22. ท่านทำสมาธิหรือผ่อน คลายกล้ามเนื้อบ่อยเพียงใด				

ภาคผนวก ก
แบบบันทึกสุขภาพ

สมุดบันทึกสุขภาพ



ชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

จังหวัดกาญจนบุรี

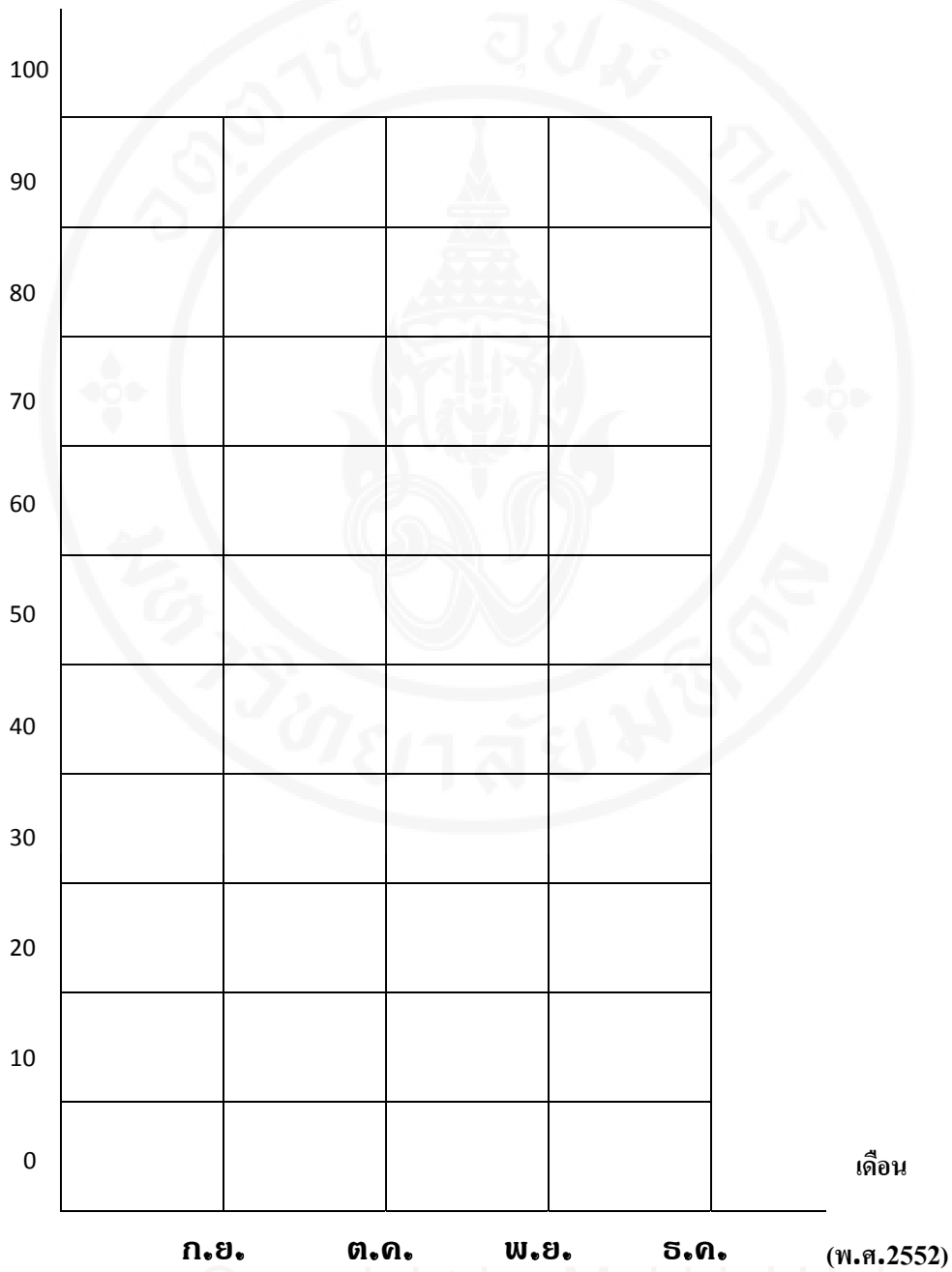
เลขที่สมาชิก.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

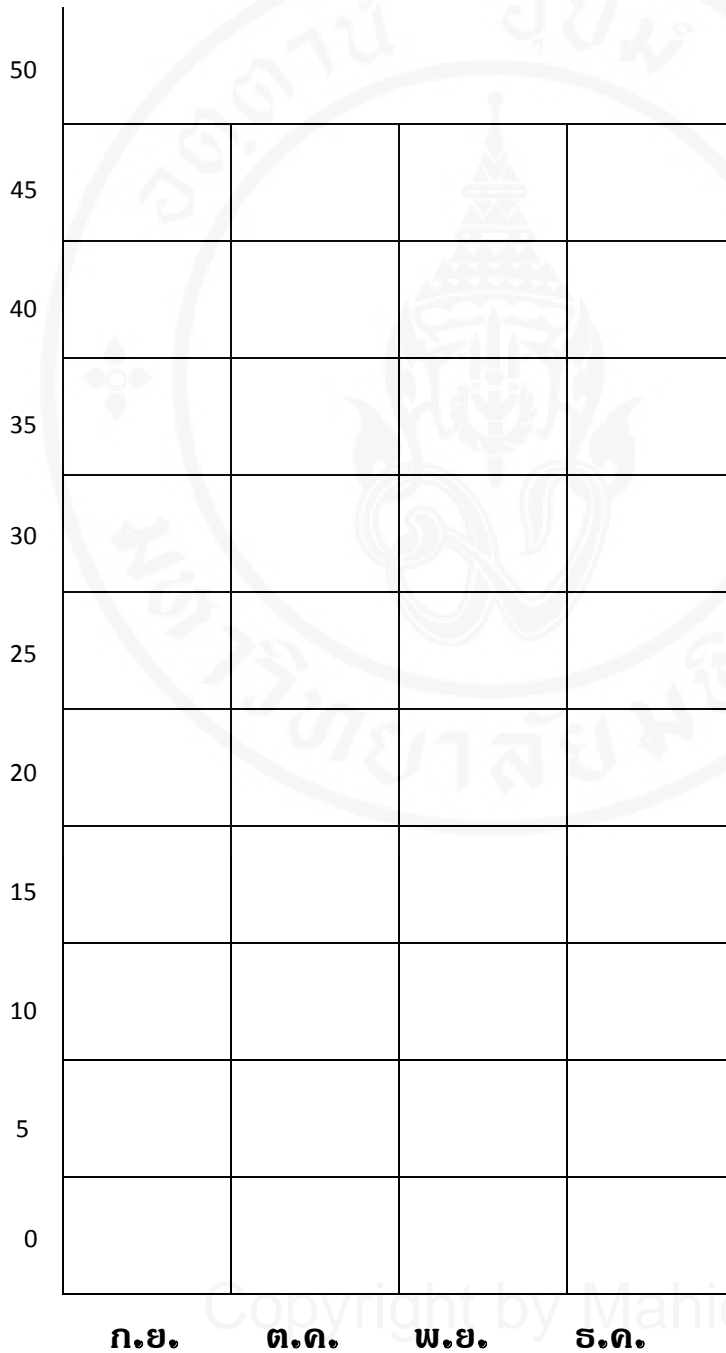
กราฟแสดงน้ำหนักตัว

กิโลกรัม



กราฟแสดงความยาวรอบเอว

ความยาวรอบเอว (นิ้ว)

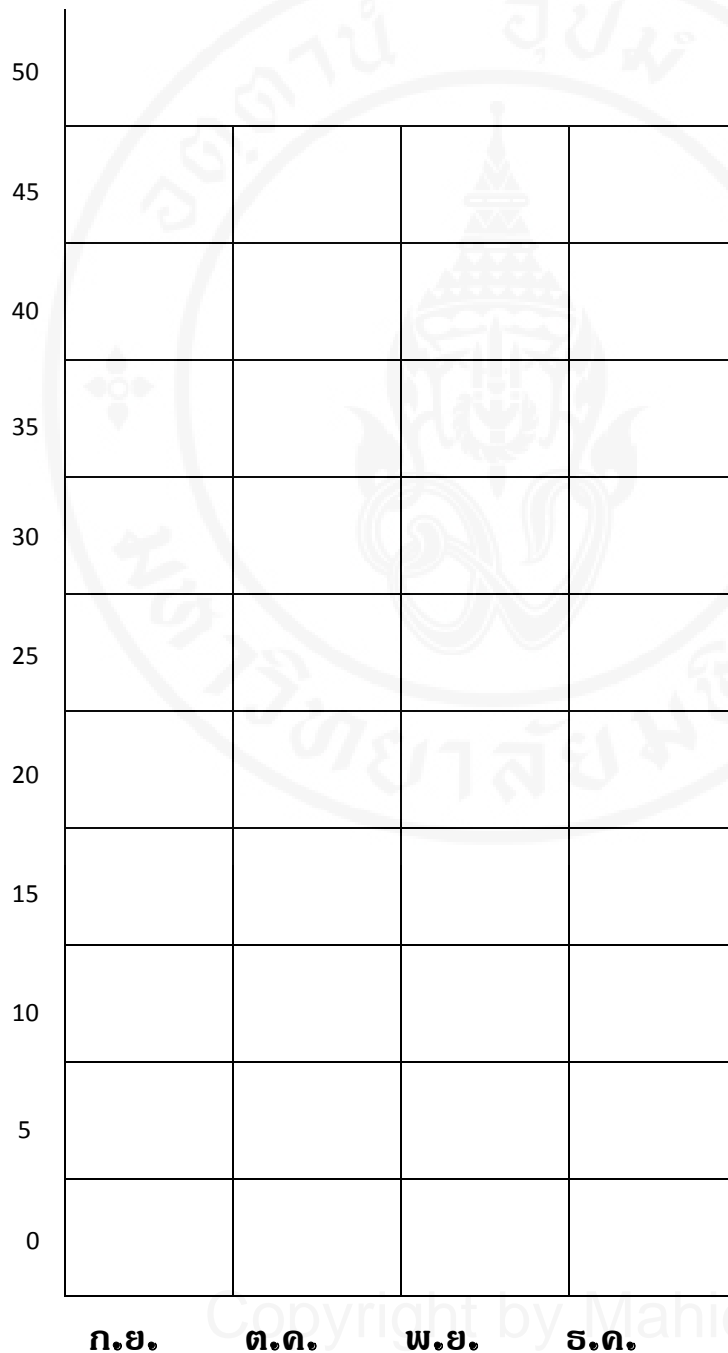


เดือน

(พ.ศ.2552)

กราฟแสดงความยาวรอบเอว

ความยาวรอบเอว (นิ้ว)

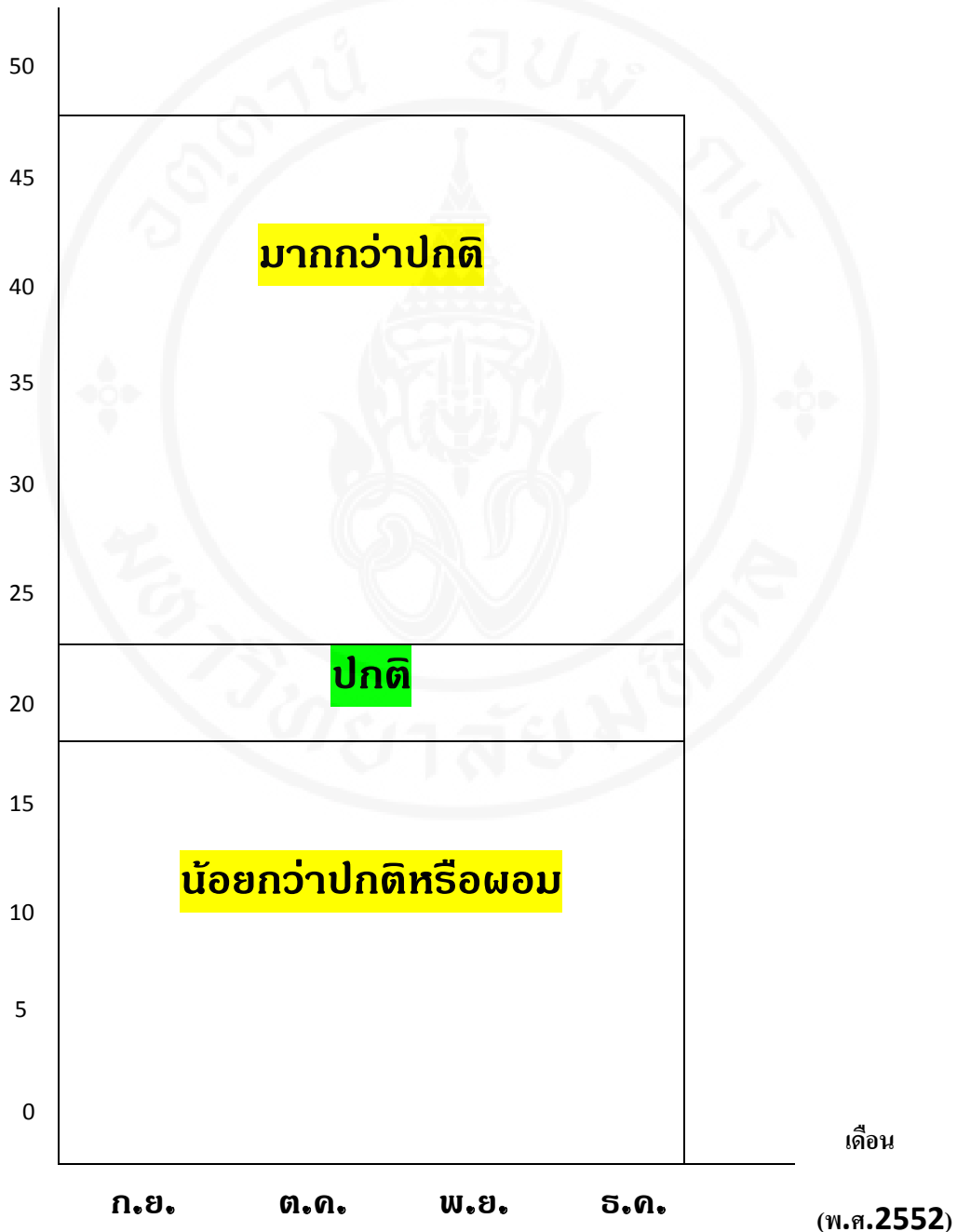


เดือน

(พ.ศ.2552)

กราฟแสดงดัชนีความหนาของร่างกาย

กิโลกรัม/ตารางเมตร



แบบบันทึกการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง ให้บันทึกประเภทอาหารและจำนวนปริมาณที่รับประทานใน 1 วัน

วัน	มื้อ อาหาร	ระบุประเภทอาหารและจำนวน ปริมาณที่รับประทาน						
		อาหารประเภท แป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว	ผักหลากชนิด และหลายสี เช่น ผัดผักรวม	อาหารประเภททอด/ ขนมหวาน	ผลไม้ที่มีรส หวาน	ชา/กาแฟ/ น้ำอัดลม	นมจืด/นม พว่องมันเนย/ นมเปรี้ยว	อาหารอื่นๆ (ระบุ)
ตัวอย่าง	เช้า	ข้าว 1 จาน	ผักคะหล่ำปลี	ไก่ทอด 1 ชิ้น	เงาะ 3 ผล	ชา 1 แก้ว	-	แกงป่าไก่
จันทร์	เช้า							
	เที่ยง							
	เย็น							
อังคาร	เช้า							
	เที่ยง							
	เย็น							
พุธ	เช้า							
	เที่ยง							
	เย็น							
พฤหัสบดี	เช้า							
	เที่ยง							
	เย็น							
ศุกร์	เช้า							
	เที่ยง							
	เย็น							
เสาร์	เช้า							
	เที่ยง							
	เย็น							
อาทิตย์	เช้า							
	เที่ยง							
	เย็น							

แบบบันทึกการออกกำลังกาย

คำชี้แจง ให้บันทึกรายละเอียดการออกกำลังกายของท่านใน 1 วัน

สัปดาห์ที่ วัน	กิจกรรมการออกกำลังกาย	สถานที่ออกกำลังกาย	ใช้เวลา (นาที)	ไม่ได้ ออก	หมายเหตุ
จันทร์					
อังคาร					
พุธ					
พฤหัสบดี					
ศุกร์					
เสาร์					
อาทิตย์					

“ออกกำลังกายวันละนิด จิตแจ่มใส”

ภาคผนวก ง
คู่มือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ



ที่มาจาก สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

<http://www.agingthai.org>

Copyright by Mahidol University

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป กล่าวกันว่ากระบวนการความชราจะเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา คือ ร่างกายจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ จนเมื่อเติบโตเต็มที่แล้ว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางเสื่อมลงมากกว่าจะเสริมสร้าง ความชราเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัยและการปฏิบัติตนของแต่ละคน ความเจ็บป่วยก็มีผลทำให้กระบวนการชราเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ดังที่เรียกกันว่า " แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย " ตรงกันข้ามคนที่ดูแลสุขภาพและรับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลา จะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความแก่ไว้ได้นาน และไม่มีโรคร้ายมาเบียดเบียน ตามธรรมชาติคนเราเมื่อแก่ตัวลงจะมีผลทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานด้อยลงคือ ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น การรับรส กลิ่น เสียง และสัมผัสด้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาว ทำให้ความอยากอาหารในวัยสูงอายุลดลงด้วย

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เสื่อมลง เช่น

1.1 การสูญเสียฟัน ฟันสึกกร่อนและหักทำให้เคี้ยวอาหารลำบากเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด กินได้แต่อาหารนุ่มๆ ไม่มีกาก เช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล ทำให้น้ำหนักเพิ่มได้ง่าย

1.2 กลืนอาหารลำบาก เนื่องจากต่อมน้ำลายหลังน้ำลายได้น้อยลง ทำให้ไม่มีความชื้นในปาก ไม่มีเมือกหล่อลื่นอาหาร กล้ามเนื้อควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง กลืนอาหารแห่งลำบาก ลำคักบ่อย

1.3 ความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง เมื่ออายุมากขึ้นปุ่มรับรสที่ลิ้นและความสามารถในการรับ รสของผู้สูงอายุลดลง แต่ความสามารถในการรับ ความหวานยังคงอยู่ผู้สูงอายุมักชอบอาหารที่มีรสหวาน

1.4 น้ำย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง อาหารที่ย่อยไม่ได้ จะเกิดการหมักหมมในลำไส้ ทำให้เกิดการท้องอืดมีแก๊สแน่น จุกเสียด

1.5 การเปลี่ยนแปลงทางสายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาวัว เลนส์หรือกระจกตาขุ่น อาจเกิดต่อกระจก การมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารและปรุงด้วยตนเองได้ หรือกินอาหารที่ขึ้นรา สกปรก เพราะมองไม่เห็น นอกจากความเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้วยังมีความเสื่อมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อกรกินอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานของสมองเสื่อมลงทำให้ความรู้สึกรู้สึก การเคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี มีอัมพฤกษ์ อัมพาตบางคนหลงลืม ในเรื่องการกินอาหาร

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม

ความสามารถในการได้ยินลดลง เป็นต้น ส่วนระบบต่างๆ ภายในร่างกายนั้น ค่อย ๆ มีการเปลี่ยนแปลงในทุกกระบบ เกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง บางครั้งเลือดอาจไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงหลงๆ ลืมๆ จนบางครั้งกลายเป็นจู้จี้ ย้ำคิดย้ำทำ หรือบางรายกลั่นปัสสาวะไม่ได้ เกิดความละอายใจในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม เกิดความเหงา เศร้า มีปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือนับจากระยะปลดเกษียณจากการทำงานประจำแล้ว การเปลี่ยนแปลงจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนสนิท และวัด อาจทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางลบต่อความสูงอายุ เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์ เป็นการสูญเสียรายได้ สูญเสียอำนาจ บทบาทลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวดี หรือมีสุขภาพจิตดี ก็ปรับตัวได้ จะไม่มีอาการหรือพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้น แต่ถ้าไม่มีการเตรียมตัวที่ดี หรือสุขภาพจิตไม่ดี ก็จะปรับตัวได้ยาก หรือปรับตัวจากสาเหตุต่างๆไม่ได้ เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากปกติ บางครั้งอาจรุนแรงหรือเจ็บป่วยได้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิต พอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จ คิดว่าชีวิตยังเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรุ่นลูกหลานและคนวัยเดียวกัน ปราศจากความทุกข์ วิตกกังวล ซึมเศร้า

แนวทางแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพจิต 7 ประการ

1. ยอมรับความจริงของชีวิต
2. ฝึกควบคุมอารมณ์ให้มีสติ ไม่ให้ดีใจ เสียใจ เกินกว่าปกติ รักษาความสุขุมเยือกเย็น
3. มองคนในแง่ดี คบหามิตรสหาย
4. สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ต้องฝึกให้เป็นคนรู้จัก

แก้ปัญหา

5. ฝึกตนเองให้อวดทน มั่นคง ยุติธรรม รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วย

6. ทำตนให้เป็นประโยชน์ โดยทำงานหรือทำกิจกรรมกับลูกหลาน เพื่อนบ้าน ชุมชน
เท่าที่ทำได้อย่างสม่ำเสมอ

7. หากความสงบสุขจากธรรมชาติ แล้วนำมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม

นอนไม่หลับทำอะไร

”นอนไม่หลับ” เป็นอาการที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เมื่อเข้านอนแล้วใช้เวลา นานกว่าจะหลับ
นอนหลับๆ ตื่นๆ ตลอดคืน มีอาการอ่อนล้าในตอนกลางวัน

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ นอนไม่หลับ

- มีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย
- มีปัญหาด้านจิตใจ น้อยใจ หดหู่ กังวล ตื่นเต้น
- รับประทานยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ
- การดื่มสุรา ดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม สีสด

สุขบัญญัติสำหรับการนอน

- ฝึกนิสัยการเข้านอนให้สม่ำเสมอ
- ทำกิจกรรมอย่างมีระบบ วางแผนตารางล่วงหน้า
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรออกกำลังกายหลังเวลา 19.00 น. หรือก่อนนอน
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอน ให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน แสงสว่าง

พอเหมาะ อุณหภูมิที่รู้สึกสบาย เป็นต้น

- ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนนอน
- ไม่ควรดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลัง 16.00 น
- ดื่มนมอุ่นๆ หรือน้ำเต้าหู้ก่อนนอน จะช่วยให้หลับสบายขึ้น
- ไม่ควรสูบบุหรี่ก่อนนอน
- ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายก่อนเข้านอน

การปฏิบัติที่ช่วยให้ นอนหลับได้ดีขึ้น

- ปฏิบัติตามสุขบัญญัติการนอนดังกล่าวข้างต้น
- มีกิจกรรมทางร่างกายช่วงกลางวันและก่อนเข้านอนที่เหมาะสม
- มีระเบียบการเข้านอนและการลุกจากที่นอน
- เลี่ยงการงีบหลับช่วงกลางวันหรือบ่าย ๆ

อาหารเพื่อวัยสูงอายุ

ความสำคัญของอาหารกับวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดลงจากวัยหนุ่มสาว แต่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและสร้างความต้านทานโรค อาหารมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ผู้ที่มีภาวะทางโภชนาการดีมีสุขภาพแข็งแรง มีการดำเนินชีวิตที่ดี ไม่เครียดจนเกินไป การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ทำให้ไม่ค่อยแก่ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี เจ็บป่วยถี่มึนสุรา มีน้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป ร่างกายจะเสื่อมโทรมเร็วทำให้แก่เร็ว การกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการจึงเป็นเรื่องสำคัญนับตั้งแต่เกิดจนเข้าสู่ วัยชราอาหารหลัก 5 หมู่ เป็นอาหารหลักสำหรับคนไทยแต่ความต้องการของแต่ละวัยนั้นแตกต่างกัน ทั้งด้านปริมาณและลักษณะของอาหาร ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ดังนี้

อาหารหมู่ที่ 1

อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ และถั่วเมล็ดแข็งอาหารในหมู่นี้จะให้สารอาหารที่เรียกว่า "โปรตีน" ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอเพื่อช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ของร่างกาย ในวันหนึ่งผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีน

1. กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อาหารในหมู่นี้ที่ผู้สูงอายุควรเลือกกินได้แก่

- เนื้อ ปลา ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ควรเลือกข้างออกให้หมด หากผู้สูงอายุต้องการกินเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อยเพื่อสะดวกต่อการเคี้ยว ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ควรเลือกข้างออกให้หมด หากผู้สูงอายุต้องการกินเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อยเพื่อสะดวกต่อการเคี้ยว ไข่ ผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรเลือกกินเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น

- นม ผู้สูงอายุควรดื่มนมประมาณวันละ 1 แก้ว นมเป็นอาหารให้สารอาหาร โปรตีนและแคลเซียมสูง สำหรับผู้สูงอายุที่ดื่มนมแล้วท้องเสียอาจเปลี่ยนเป็นนมถั่วเหลืองแทน

อาหารหมู่ที่ 2

อาหารจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารหมู่นี้ให้สารอาหารที่เรียกว่า "คาร์โบไฮเดรต" ซึ่งให้พลังงานต่อร่างกาย หากกินมากเกินไปจะสะสมเป็นไขมัน การกินอาหารในหมู่ที่ 2 ควรกินในรูปของธัญพืช เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวสาลี ข้าวโพดหรืออาหารแป้ง เช่น ขนมปัง

บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยวอาหารเหล่านี้จะมีกากใยอาหารซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรกินในปริมาณที่พอเหมาะ เช่น ข้าวมี้อละ 1 จาน (ปริมาณ 2 ทัพพี) หากผู้สูงอายุต้องการกินข้าวกล้องก็ควรหุงให้นุ่ม ข้าวกล้องนอกจากจะให้พลังงานแล้ว ยังช่วยป้องกันโรคเหน็บชาได้อีกด้วย

อาหารหมู่ที่ 3

ผักต่าง ๆ ได้แก่ ผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักคะน้า ผักกวางตุ้ง ฯลฯ ผักประเภทผล เช่น แตงกวา มะระ ฟักทอง แครอท ฯลฯ เป็นอาหารที่อุดมด้วยสารอาหารประเภท "วิตามินและเกลือแร่" ผู้สูงอายุสามารถกินได้ไม่จำกัดแต่ควรกินหลาย ๆ ชนิดสลับกัน ควรกินผักหนึ่งหรือเต็มสุกไม่ควรกินผักดิบเพราะย่อยยากทำให้ท้องอืดได้ ปัจจุบันพบว่าผักพื้นบ้านของไทยหลายชนิดมีคุณสมบัติเป็นพืชสมุนไพร

อาหารหมู่ที่ 4

ผลไม้ต่าง ๆ ผู้สูงอายุเลือกกินได้ทุกชนิดและควรกินทุกวันอาหารในหมู่นี้จะให้สารอาหารใน สารอาหารที่เรียกว่า "วิตามิน" มีประโยชน์ต่อร่างกายให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติคือ ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อ นุ่มเคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอ กล้วยสุก ส้มเขียวหวาน เป็นต้นผู้ที่เป็โรคนเบาหวานและผู้ที่ย้ำวนมาก ไม่ควรกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า

อาหารหมู่ที่ 5

ไขมันจากสัตว์และพืช อาหารหมู่นี้ให้พลังงานแก่ร่างกายหากกินมากจะทำให้ย้าวนและไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้ ผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน ซึ่งมีกรดไลโนเลอิก เป็นกรดไขมัน ที่จำเป็นต่อร่างกายสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือด เท่ากับเป็นการช่วยลดภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคหัวใจขาดเลือด

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพทางสุขภาพที่พบบ่อย

วัยสูงอายุส่วนใหญ่จะ ประสบปัญหาทางด้านสุขภาพด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ประกอบความต้องการพลังงานของวัยสูงอายุลดลง จึงจำเป็นที่จะต้องเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ และได้รับสารอาหารอื่น ๆ พร้อมกับพลังงานที่เพียงพอ

อาหาร เป็นรากฐานสำคัญสำหรับสุขภาพ ถ้าผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เพียงพอกับปริมาณและคุณภาพจะเกิดปัญหาขาดอาหาร (ภาวะโภชนาการด้อย) ส่วนผู้ที่ได้อาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกายจะเกิดการย้าวน (ภาวะโภชนาการเกิน)

โรคเรื้อรังต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์กับอาหารที่รับประทานเข้าไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะระดับไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเก๊าท์ ข้อเข่าเสื่อม และโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ดังนั้นนอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การควบคุมอาหารรู้จักบริโภคอาหารที่เหมาะสมในแต่ละโรค ก็จะสามารถช่วยโรคทุเลาลงได้

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน

การลดน้ำหนักให้ได้ผลควรค่อยเป็นค่อยไป เพราะการลดอาหารกะทันหันทันที จะทำให้เกิดอาหารหิวมาก ทำให้ท้อและลดไม่สำเร็จ ซึ่งการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร ทำได้โดย

- ดื่มน้ำก่อนกินอาหาร 1-2 แก้ว และดื่มน้ำก่อนอิมอีก 1-2 แก้ว จะช่วยให้กินอาหารได้น้อยและอิมเร็วขึ้น

- ควรกินอาหารให้ตรงเวลา และฝึกให้กินอาหารน้อยลงในแต่ละมื้อลดอาหาร ระหว่างมื้ออาหาร และไม่ควรกินมือเขียนคึกเกินไป หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูงก่อนเข้านอน

- ควรกินอาหารช้า ๆ เคี้ยวให้ละเอียด

- ไม่ควรเสียดายอาหารในขณะที่หิวจัดเพราะจะทำให้ซื้ออาหารจำนวนมาก

- พยายามหางานอดิเรกทำเมื่อกินอาหารเสร็จหรือในยามว่างระหว่างมื้ออาหาร

- ถ้าเป็นคนหิวเก่ง อาจต้องใช้อาหารลดน้ำหนักซึ่งมีพลังงานต่ำ ทำให้รู้สึกอิม

- หาวิธีกระตุ้นตนเองในการลดน้ำหนักเช่น ให้รางวัลตนเองเมื่อลดน้ำหนัก ได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ ชักชวนให้คนอื่น ๆ มาลดน้ำหนักแข่งขันกันการมีภาวะโภชนาการที่ดี ควรยึดหลักในการกินอาหารดังนี้

- กินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย
 - กินข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ เพื่อให้ได้ใยอาหารและช่วยให้อิมนาน
 - กินอาหารให้ครบทุกมื้อ แต่ลดปริมาณในแต่ละมื้อลง
 - เลือกกินอาหารที่ใช้พลังงานต่ำ โดยวิธีดื่มน้ำ หนึ่ง อบแทนการทอด
- เช่น แกงจืด แกงส้ม แกงเลียง

อาหารที่ควรกิน

- เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย
- ข้าวกล้อง
- ผักสดทุกชนิด เช่น ผักกาดหอม ผักบุ้ง แดงกว่า ผักคะน้า กะหล่ำปลี ต้นหอม เป็นต้น
- ผลไม้สดที่ไม่หวานจัดทุกชนิด
- ใช้น้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด หรือน้ำมันรำข้าว ปรุงอาหาร

อาหารที่ไม่ควรกิน

- อาหารมันและของทอดทุกชนิด เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยวผัด หมูสามชั้น หนังไก่ ไข่แดง
- ขนมหวานทุกชนิด เช่น ของเชื่อมต่างๆ ทองหยิบ ทองหยอด สังขยา น้ำอัดลม ฯลฯ
- อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ แกงเผ็ดต่างๆ แกงบวช ขนมกะทิต่างๆ ไอศกรีม ฯลฯ

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคท้องผูก

อาการท้องผูกมักพบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบการย่อยอาหารรวมถึงระบบทางเดินปัสสาวะ และไตของผู้สูงอายุเสื่อมลงทำให้การขับของเสียออกจากร่างกายไม่ปกติ จึงเกิดอาการแน่น อึดอัด ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ การกินอาหารที่มีเส้นใยมากจะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวบีบตัว เอากากอาหารจากเส้นใยออก ผักที่มีเส้นใยสูง ช่วยลดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุได้ "เส้นใยอาหาร" ไม่ใช่สารประกอบอาหาร แต่เป็นสารที่ได้จากพืชและผักทุกชนิด ซึ่งนอกจากจะไม่ถูกย่อยแล้ว เส้นใยอาหารจะทำหน้าที่ช่วยดูดน้ำ จึงทำให้อุจจาระอ่อนตัวและถ่ายง่าย นอกจากนี้ยังช่วยลดไขมันในเส้นเลือด ช่วยให้ท้องไม่ผูก ทำให้ร่างกายไม่หมักหมมสิ่งบูดเน่าและสารพิษไว้ในร่างกาย จึงเป็นการป้องกันการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ด้วย

อาหารกับโรคท้องผูก

ผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกต้องดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น ทำให้การขับถ่ายสม่ำเสมอและท้องไม่ผูก

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ท้องผูกควรกิน

อาหารที่ควรกิน

อาหาร ที่มี "เส้นใย" ได้แก่ เมล็ดธัญพืชที่ขัดสีน้อย ผลไม้ทุกชนิด เช่น สับปะรด ส้มโอ ฝรั่ง มะม่วงดิบ องุ่น มะละกอ สาลี่ แอปเปิ้ล โดยเฉพาะผลไม้ที่กินได้ทั้งเปลือก ผักทุกชนิดที่มีเส้นใยสูง เช่น ถั่วฝักยาว กะหล่ำปลี ผักกาดหอมแตงกวา มะเขือเทศสด หน่อไม้ฝรั่ง ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า

อาหารที่ไม่ควรกิน

- เนื้อสัตว์ติดมัน
- ขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยาด ฝอยทอง สังขยา เป็นต้น

โรคเบาหวาน เกิดจากตับอ่อนที่ไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินให้เพียงพอกับความ ต้องการของ ร่างกาย หรือร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะอินซูลิน เป็นฮอร์โมนที่ช่วยพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อ เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานถ้าร่างกายขาดอินซูลินจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ขึ้นไตจะขับน้ำตาลที่สูงผิดปกติออกมาปัสสาวะ คนที่เป็นโรคเบาหวาน จะมีอาการขับปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำมาก หิวบ่อย รับประทานอาหารมาก อ่อนเพลีย หากเป็นผลจะ หายช้า

ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเจาะเลือดตรวจหลังงดอาหารและน้ำ 8 ชั่วโมง ไม่เกิน 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลักการกินอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือกินอาหารให้หลากหลาย เน้นการ กินข้าวกล้อง ผักผักนานาชนิด ผลไม้ ถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น วุ้นเส้น เต้าหู้ขาว

อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

อาหารที่ควรกิน

- น้ำซุปลด
- เนื้อปลา กุ้ง หอย และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน
- ข้าวที่ไม่ขัดสีมาก ข้าวกล้อง (ควรกินปริมาณจำกัด)
- ผักทุกชนิด เช่น ผักกาดขาว ผักกาดหอม ผักกวางตุ้ง ถั่วงอก ผักคะน้า

- ผลไม้ต่าง ๆ เช่น ชมพู ส้มเขียวหวาน มะละกอสุก เงาะ ฯลฯ
- ไขมัน ควรใช้ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว มาใช้

ปรุงอาหาร

อาหารที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ควรกิน

อาหารที่ไม่ควรกิน

- เนื้อสัตว์ติดมัน
- ขนมหวานทุกชนิด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทองสังขยา ผลไม้กวน ผลไม้แช่อิ่ม
- ควรงดผักจำพวกที่มีแป้งมาก เช่น ผักจำพวกหัว ฟักทอง แครอท เผือก หัวผักกาด หัวหอม กระเจี๊ยบ หัวปลี ถั่วงอกหัวโต
- ผลไม้ ควรงดผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนุน ทุเรียน
- ไขมัน งดการปรุงอาหารด้วยไขมันจากสัตว์ หรือกะทิ
- งด เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดและแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มอาหารกระป๋อง ที่มี น้ำตาลแฝงอยู่ เช่น น้ำมะเขือเทศ หรือซอสมะเขือเทศ น้ำผักผลไม้ กระป๋อง หรือขวด เช่น ลิ้นจี่ กระป๋อง ซึ่งจะแช่ในน้ำผึ้ง น้ำเชื่อม เป็นต้น

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงหมายถึงความดันโลหิตที่วัดได้มากกว่า หรือเท่ากับ 130/85 มม.ปรอท ซึ่งความดันโลหิตสูงต่ำตามการบีบตัวของหัวใจ ความดันโลหิตสูงที่วัดได้มี 2 ค่า คือค่าสูงสุดตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัว (เรียกว่าความดันซิสโตลิก) และค่าต่ำสุดตรงกับหัวใจคลายตัว (ความดันไดแอสโตลิก)

โรคความดันโลหิตสูง จะมีอาการปวดศีรษะ บางครั้งปวดจนเวียนและมึนงง มักปวดตรงท้ายทอยเวลาเช้า ยิ่งเครียดมากก็ทำให้มีอาการมากขึ้น

อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง การกินอาหารเข้ามามีบทบาทในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงร่วมอยู่ด้วย

หลักในการกินอาหารของคนเป็นโรคนี้ก็คือ

- กินไม่ให้อ้วน
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแร่ธาตุพวกเกลือ โซเดียมสูง ก็คือกินอาหารที่ไม่เค็ม

อาหารที่ควรกิน

- นมพร่องมันเนย
 - ข้าว
 - ผักสดทุกชนิด เช่น กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ผักกาดหอม
 - ผลไม้สดทุกชนิด เช่น กล้วยน้ำว้า มะละกอ ส้ม
 - ไขมันจากพืช น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดทานตะวัน
- น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย

อาหารที่ไม่ควรกิน

- ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงอาหารดังต่อไปนี้
- อาหารที่มีโซเดียมสูง คืออาหารที่มีรสเค็ม ควรงดการเติมเครื่องปรุงที่มีโซเดียม เช่น ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด เกลือ น้ำปลา
 - อาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่น ของหมักดอง เต้าเจี้ยว กะปิ ปลาเค็ม อาหารกระป๋อง
 - เนื้อสัตว์ที่ผ่านขบวนการถนอมอาหาร เช่น กุนเชียง ไส้กรอก เบคอน หมูแฮม ไข่เค็ม อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป
 - ไขมันที่ได้จากสัตว์ เช่น น้ำมันหมูและไขมันจากพืช บางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

โดยปกติแล้วอาหารแต่ละชนิดจะมีความเค็มอยู่โดยธรรมชาติของมันเอง ผักแต่ละชนิดจะมีรสอยู่ในตัว แม้แต่ไข่ก็มีความเค็มอยู่ในตัว เกลือไม่ได้อยู่ในรูปของเกลือเท่านั้น ยังมีอยู่ในรูปอื่น ๆ เช่น ผงชูรส สารกันบูด ดินประสิว ผงฟู โซดาทำขนม เป็นต้น อาหารที่มีเกลือสูง เช่น เนื้อสัตว์แปรรูปต่าง ๆ เช่น แฮม เนื้อเค็ม กระป๋อง มันเทศทอดกรอบ อาหารขบเคี้ยวประเภทกรอบ ๆ เค็ม ๆ เป็นอาหารที่มีโซเดียม ทั้งหมดนี้คือเกลือทั้งสิ้น

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเก๊าท์

โรคเก๊าท์เป็นโรคข้ออักเสบชนิดหนึ่ง เกิดจากการตกตะกอนของกรดยูริกในข้อ กรดยูริกมาจากสารพิวรีนพบว่าเป็นในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงผู้ที่ เป็นจะมี อาการปวดบวมแดง โดยเฉพาะบริเวณหัวแม่เท้า หากปล่อยให้โรคนี้ นาน ๆ ไม่รักษาหรือเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง น้ในทางเดินปัสสาวะ จะทำให้ข้อบิดเบี้ยว ค่าปกติกรดยูริกในเลือด ผู้ชายไม่เกิน 7 มิลลิตร/เดซิลิตร และผู้หญิง ไม่เกิน 5.7 มิลลิตร/เดซิลิตร

อาหารกับโรคเก๊าท์

ผู้ที่เป็นโรคเก๊าท์ มีสาเหตุมาจากการกินอาหารชนิดที่มีสารพิวรีนมาก เช่น ดับ ไต สมอง และกินอาหารไขมันมาก ทำให้การขับถ่ายกรดยูริกเป็นไปได้ยาก จึงควรกินอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในหลักเกณฑ์ปกติ อาหารที่มีสารพิวรีนต่ำ ได้แก่ อาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้

อาหารที่ควรกิน

- อาหารที่มีสารพิวรีนต่ำ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเก๊าท์ สามารถกินได้ไม่จำกัดได้แก่ นม ไข่ ธัญพืชต่าง ๆ ผักสดต่าง ๆ ผลไม้

- อาหารที่มีสารพิวรีนปานกลาง กินได้น้อย (หากกินรวมกันต้องไม่เกิน 100 กรัมต่อวัน) ได้แก่

1. เนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ที่ไม่ติดมัน ปลา กระพง แดง ปลาหมึก ปู ถั่วลิสง

2. ข้าวโอ๊ต

3. พืชตระกูลถั่ว เช่น ถั่วลันเตา สะตอ ดอกกะหล่ำ ผักโขม

•อาหารที่มีสารพิวรีนสูง ได้แก่ เนื้อไก่ เครื่องในสัตว์ ปลาจุก

อาหารที่ไม่ควรกิน

อาหารที่มีสารพิวรีนสูง ได้แก่

- เนื้อ สัตว์ เป็ด ไก่ เครื่องในสัตว์ต่าง ๆ หัวใจ ดับอ่อน ไต มันสมอง ปลา เช่น ปลาคู ปลานิล ปลาทู ปลาไส้ตัน ปลาซาร์ดีน ไข่ ปลา กุ้ง หอย กะปิ

- ผัก เช่น เห็ด กระถิน ชะอม จี่เหล็ก หน่อไม้

- ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วแดง ถั่วแระ ถั่วเขียว ถั่วเหลือง

- เบียร์ ขนมปังผสมยีสต์ น้ำดื่มกระดุก

ภาคผนวก จ
กิจกรรมสุขศึกษา

กิจกรรม “เธอคือใคร ใครคือเธอ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน
2. เพื่อใช้เป็นกิจกรรมนำเข้าสู่กิจกรรมอื่น
3. เพื่อความสนุกสนาน และผ่อนคลาย

อุปกรณ์

กระดาษแข็งรูปหัวใจครึ่งซีกคู่กันพร้อมข้อความด้านหลัง “เธอคือใคร ใครคือเธอ”

ระยะเวลา

5 – 10 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยแจกกระดาษแข็งที่ตัดเป็นรูปหัวใจครึ่งซีก ให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมคนละซีก
2. ผู้สูงอายุนำหัวใจที่ได้ไปต่อกับหัวใจของเพื่อนผู้สูงอายุด้วย หัวใจจะต่อกันได้พอดี และจะมีข้อความด้านหลัง ซึ่งจะยืนยันว่าต่อหัวใจได้ถูกต้อง
3. เมื่อได้คู่แล้วให้ผู้สูงอายุสัมภาษณ์คู่ของตนเอง เพื่อแนะนำให้ผู้สูงอายุภายในกลุ่มรู้จักด้วยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 3-5 นาที
4. ให้ผู้สูงอายุกลับมารวมกลุ่มและแนะนำทีละคู่ โดยให้โอกาสผู้ช่วยคนอื่นได้ซักถามเพิ่มเติมตามความสนใจจนครบทุกคู่



กิจกรรม “โยงโยปัญหา”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้จัก วิธีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในภาพรวมเข้าใจได้มากขึ้น
3. เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ สาเหตุของปัญหาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เป็นแนวทางนำไปสู่การกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาคต่อไป

อุปกรณ์

กระดาษ ปากกาเคมี

ระยะเวลา

15 – 20 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

1. ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนสำรวจตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับดูบันทึกจากสมุดบันทึกสุขภาพ แบบบันทึกการรับประทานอาหารและแบบบันทึกการออกกำลังกายว่าสิ่งใดปฏิบัติได้ถูกต้องและสิ่งใดยังบกพร่องและควรแก้ไข
2. หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุแต่ละคนเล่าพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จากการสำรวจตนเองและดูบันทึกจากสมุดบันทึกสุขภาพ แบบบันทึกการรับประทานอาหารและแบบบันทึกการออกกำลังกายร่วมกัน แสดงความคิดเห็นเสนอแนะถึงส่วนดี ส่วนเสียของการปฏิบัติ
3. ให้ผู้สูงอายุช่วยกันสรุปประเด็นของปัญหา และสาเหตุของการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้ช่วยกันเขียนแผนภูมิโยงโยปัญหาตามที่เสนอแนะกันมา ซึ่งผู้วิจัยช่วยกระตุ้น ให้คำแนะนำกลุ่มตลอดเวลา



กิจกรรม “สะพานสู่ดาว”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุร่วมกันวางแผนกิจกรรม เพื่อการแก้ไขปัญหา ต่อจากกิจกรรมโยงโย ปัญหา
2. ฝึกทักษะการวางแผนและการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการยอมรับในแผนและเป็นการเตรียมการขั้นต้น ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อการแก้ไข/ป้องกันปัญหา

อุปกรณ์

กระดาษแข็งรูปดาว ปากกาเคมี

ระยะเวลา

15 – 20 นาที

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุประเมินพฤติกรรมตนเองด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกาย กับข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติมจากผู้วิจัย และพิจารณาว่าทำอย่างไร จึงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้อง โดยให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายแสดงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง
2. ผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง โดยผู้สูงอายุเป็นผู้กำหนดเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง
3. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุสรุปแนวทางในการดูแลตนเองที่ได้จากการอภิปรายและให้บอกถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยบอกเป็นรายบุคคล
4. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุแต่ละคนเขียนเป้าหมายที่กำหนดไว้ลงบนกระดาษแข็งเพื่อนำไปติดไว้ที่บ้าน พร้อมทั้งย้าให้นำไปติดไว้ในบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน



ภาคผนวก ฉ
จดหมายกระตุ้นเตือน

จดหมายกระตุ้นเตือน ฉบับที่ 1

วันที่.....

เรียน.....

สวัสดีค่ะ เป็นอย่างไรบ้างคะ หลังจากที่เรามาพบและทำกิจกรรมร่วมกันในกลุ่ม เมื่อวันที่..... คุณ..... ได้นำสิ่งที่เราได้พูดคุย แลกเปลี่ยนในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ตลอดจนการฝึกการเลือกเมนูอาหาร ไปลองปฏิบัติบ้างหรือเปล่านั้น ถ้าคุณ.....สามารถนำไปปฏิบัติได้เป็นประจำ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ดิฉันขอเป็นกำลังใจให้ลองพยายามปฏิบัติดูนะคะ เพื่อสุขภาพของตัวเอง เมื่อทำแล้วผลเป็นอย่างไร กรุณาลงบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพแล้วนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสพการณ์กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มครั้งหน้า ในวันที่.....

ด้วยความหวังใจ

อารยา ทิพย์วงศ์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จดหมายกระตุ้นเตือน ฉบับที่ 2

วันที่.....

เรียน.....

สวัสดิ์ค่ะ เป็นอย่างไรบ้างคะ หลังจากที่เราได้เข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มกันมา 2 ครั้ง แสดงให้เห็นว่าคุณ..... เป็นผู้ที่ให้ความสำคัญและสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งได้จากการพูดคุยและฝึกปฏิบัติในกลุ่ม จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคุณ..... ถ้าสามารถนำไปปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกาย ดิฉันเชื่อว่า..... สามารถทำได้ ทั้งนี้ดิฉันขอเป็นกำลังใจให้พยายามปฏิบัติต่อไปนะคะ เพื่อสุขภาพที่ดีของตัวเอง และอย่าลืมลงบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพ พร้อมทั้งนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มครั้งหน้า ในวันที่.....

ด้วยความห่วงใย

อารยา ทิพย์วงศ์

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จดหมายกระตุ้นเตือน ฉบับที่ 3

วันที่.....

เรียน.....

สวัสดิ์ค่ะ เป็นอย่างไรบ้างคะ หลังจากที่เราได้เข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มกันมา 3 ครั้งแล้วคุณ ได้นำสิ่งที่เราได้พูดคุยกันและลองฝึกปฏิบัติในกลุ่มเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ขอให้คุณ..... พยายามปฏิบัติต่อไปนะคะ เพื่อสุขภาพที่ดีของตัวเอง และอย่าลืมลงบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพ พร้อมทั้งนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มครั้งหน้า ในวันที่.....

ด้วยความหวังใจ

อารยา ทิพย์วงศ์

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาขารณศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอารยา ทิพย์วงศ์
วัน เดือน ปีเกิด	8 มีนาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดนครพนม ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2542-2546 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (2549 -2553) วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	หอพักพยาบาล 3 โรงพยาบาลรามาริบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบดี