

การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

นางชเนตร บุญมั่น

นางสาวชเนตร บุญมั่น

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยมณีนันท์ ธีระวิวัฒน์, Ph.D.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยมณีนันท์ ธีระวิวัฒน์, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.

รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัทธินวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัทธินวงศ์
Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.

รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพและการพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2554

.....
นางสาวนุชนนตรี บุญมั่ง

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์สุรีย จันทระโมลี, ศ.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณีนีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความเมตตาเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่และเสียสละทุ่มเทเวลาให้กับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความซาบซึ้งมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามิ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา ดันสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาอีกสองท่านที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุริย์ จันทร โมลี ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่มีประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์ และให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคุณศิริโสภา เหลืองไพบูลย์ คุณยุวรี ทองทรัพย์สถิต คุณณัษชา โพระดก ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรีที่ช่วยให้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยช่วยให้การทำวิจัยดำเนินไปได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อกำพลและคุณแม่นิศยา บุญมั่นเป็นอย่างสูง ที่สร้างพื้นฐานชีวิต ให้สิ่งที่ดีงามแก่ผู้วิจัยมาตลอดชีวิต ขอขอบคุณมิตรภาพเพื่อนร่วมรุ่นการศึกษาปี พ.ศ. 2549 ทุกท่านรวมถึงคุณธาราทิพย์ ชัยยะมงคล คุณนิษากร กกกระโทก คุณณัฐจิรา จันทคณานุรักษ์ คุณอารยา ทิพย์วงศ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยเป็นอย่างดีและตลอดจนเพื่อนที่คอยเป็นกำลังใจในการเรียนทุกท่าน

ประโยชน์และคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้ที่มีพระคุณทุกท่านด้วยความเคารพยิ่ง

นุชเนตร บุญมั่น

การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี (SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-CARE BEHAVIORS REGARDING FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE OF THE ELDERLY CLUB MEMBERS, KANCHANABURI PROVINCE)

นุชนนตรี บุญมั่น 4936385 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D., นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D., สุปรียา ต้นสกุล, ค.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 297 ราย สุ่มตัวอย่างจากรายชื่อในทะเบียนรายชื่อของชมรม รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ วิเคราะห์ข้อมูลทางประชากร ระดับความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วย Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมากกว่าชาย มีอายุระหว่าง 54-77 ปี อายุเฉลี่ย 65.9 ปี ส่วนมากสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 58.9 ประมาณครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.8 และพบว่าปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ รวมทั้งปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ($p\text{-value}>0.05$)

ดังนั้นจึงควรสร้างเสริมความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการนำบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน กระตุ้นเตือนการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-CARE BEHAVIORS REGARDING
FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE OF THE ELDERLY CLUB MEMBERS,
KANCHANABURI PROVINCE

NUCHANET BOONMAN 4936385 PHPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D., NIRAT
IMAMEE, Ph.D., SUPREEYA TUNSAKUL, Ph.D.

ABSTRACT

The objective of this survey research was to assess knowledge, self efficacy, social support, and self-care behaviors regarding food consumption and exercise of elderly club members in Kanchanburi province. The sample was of 297 club members, aged 50 years and over. They were randomly selected from the member 's list of the club. Data collection was done by using an interview schedule developed by the researcher which has been quality checked in accordance with the instrument development criteria. Data analysis of socio-demographic, knowledge, perception, social support, and food consumption and exercise behaviors was done by using percentage, arithmetic mean, and standard deviation. The relationship between socio-demographic, knowledge, perception, social support, and food consumption and exercise behaviors was analyzed by Chi-square test.

The research results showed that the percentage of females was higher than of males; having ages between 54 to 77 years old with a mean age of 65.9 years. Most of the sample were married (58.9%); and about half of them had finished primary school (46.8%). A Significant relationship was found between knowledge, perceived self-efficacy, outcome expectations of food consumption and exercise, and the self-care behaviors of the elderly ($p\text{-value} < 0.05$). However, the relationship between sex, age, marital status, education, income, social support from related persons, and self-care behaviors of the elderly was not found ($p\text{-value} > 0.05$).

The results of the study suggest that the club should continuously enhance the knowledge, self-efficacy and outcome expectations about food consumption and exercise for the elderly. The significant others of the elderly should be more involved in supporting and reminding them of self-care practices regarding food consumption and exercise in the home.

KEY WORDS : ELDERLY/FOOD CONSUMPTION/EXERCISE/ELDERLY CLUB

159 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานของการวิจัย	6
ตัวแปรในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปรในการวิจัย	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	9
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ	19
โภชนาการและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	22
แนวคิด และทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย	40
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในต่างประเทศ	54
สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	60
รูปแบบการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
จริยธรรมการวิจัย	63
เครื่องมือในงานวิจัย	63
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	69
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	72
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	98
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	105
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	110
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	123
บรรณานุกรม	138
ภาคผนวก	145
ประวัติผู้วิจัย	159

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส	73
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ	74
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามงานบ้านที่ทำเป็นประจำ และงานอดิเรก	75
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว	76
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่	77
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภค อาหารและการออกกำลังกาย	78
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภค อาหารและการออกกำลังกายเป็นรายข้อ	79
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	80
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถตนเองในการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายข้อ	81
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลดีของ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	83
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลดีของการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นรายข้อ	84
12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมโดยภาพรวม	87
13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย จากสามีหรือภรรยา บุตรและญาติ	88

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย จากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน	89
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย จากพยาบาล แพทย์	89
16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกาย	90
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายเป็นรายข้อ	91
18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	94
19	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง ในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	96
20	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว เจ้าหน้าที่ และบุคคล ใกล้ชิดกับกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	97

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ	41
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	41
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	59

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากกลุ่มหนึ่งของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการสมัยใหม่ การพัฒนาระบบบริการทางด้านสาธารณสุขและความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น มีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติผู้สูงอายุทั่วโลกในปี พ.ศ. 2543 มีผู้สูงอายุจำนวน 580 ล้านคนและเพิ่มขึ้นเป็น 628 ล้านคน ในปี พ.ศ.2545 คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.27 ซึ่งจากการคาดคะเนขององค์การสหประชาชาติ รายงานว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกถึง 1,963 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดจะเห็นว่าในปี พ.ศ.2543 ในประชากรทุกๆ 10 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน(10:1) และจะเป็น 5:1 ในปีพ.ศ. 2593 โดยในทวีปเอเชียจะมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด ร้อยละ 54 รองลงมาคือทวีปยุโรปร้อยละ 24 และองค์การสหประชาชาติยังนิยามอีกว่าประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนส่วนเกินร้อยละ 10 หรือ อายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ(Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์(Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 (UNITED NATION, 2549)

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันโครงสร้างประชากรกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เป็นผลมาจากจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ.2548 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.3 และในปี พ.ศ.2553 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.7 เห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ประมาณการไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มสูง

ขึ้นอยู่กับจำนวนประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรม (WHO, Expert Committee, 1989) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสดเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย และหากเจ็บป่วยแล้วจะมีความรุนแรงหรือหายช้า ซึ่งร็อกวิลล์ กล่าวว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวเรื้อรัง 1 โรคหรือมากกว่าจากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านพบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 58 มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวส่วนมากจะเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายจากการที่ถูกรู้ใช้งานมานาน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร โรคระบบประสาท และอวัยวะรับสัมผัส โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบต่อมไร้ท่อ(Rockville, 1982) ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้นแล้วจะให้ความแข็งแรงเหมือนกับวัยหนุ่มสาวไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่คิดที่จะทำอะไรและในที่สุดก็จะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงสมบูรณ์นั้นมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 39.5 ไม่เคยตรวจเช็กร่างกายของตัวเอง ร้อยละ 80.1 ส่วนผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวแข็งแรงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531) จากข้อค้นพบนี้ถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลและให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพจะทำให้ลดอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรวมทั้งลดการเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น และส่งเสริมให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นลำดับโดยมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นเป็นนโยบายระดับชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่เน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ภาคประชาสังคม องค์การธุรกิจเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันทางสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมของพหุภาคีในการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อช่วยเหลือดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุและครอบครัวให้มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดง

ศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีการจัดตั้งหน่วยบริการสวัสดิการอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ครอบครัวและผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการเรื่องสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 50 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศไทย ในด้านสุขภาพอนามัยรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่ผู้สูงอายุทุกคนให้สามารถใช้บริการของรัฐได้โดยไม่คิดมูลค่า และในที่สุดหากผู้สูงอายุอยู่ในสถานภาพไร้ญาติขาดที่พึ่งก็อาจสมัครเข้ารับการสงเคราะห์ได้ในสถานสงเคราะห์ของทางราชการ ในแผนฉบับที่ 10 (พ.ศ 2550-2554) ซึ่งให้ความสำคัญต่อการรวมพลังสังคม เพื่อเพิ่มศักยภาพของชุมชน เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย เป็นรากฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, <http://www.nesdb.go.th>)

อย่างไรก็ตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะดำเนินการโดยรัฐบาลเพียงลำพังนั้นอาจไม่เกิดผลสำเร็จเท่าที่ควร สิ่งสำคัญคือการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และโดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเองควรมีส่วนร่วมโดยตรงในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพในอนาคต ปัจจัยสำคัญที่จัดว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพที่ช่วยป้องกันและชะลอความเสื่อมหรือการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เมื่ออายุมากขึ้นสรีระร่างกายและระบบต่าง ๆ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงของแต่ละคนจะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วต่างกัน ขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ โภชนาการ วิถีชีวิต โรคภัยไข้เจ็บและสภาพแวดล้อม แต่ผู้สูงอายุสามารถยืดเวลาสำหรับการมีร่างกายแข็งแรง ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นานขึ้นด้วยการมีโภชนาการที่ดี ผู้สูงอายุต้องการสารอาหารต่างๆ เหมือนกับคนทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ แต่อยู่ในปริมาณที่ต่างกับผู้ที่อายุน้อยกว่า การได้รับสารอาหารให้ครบถ้วนอาจจะเป็นสิ่งที่ทำได้ยากสำหรับผู้สูงอายุบางคนที่มีปัญหาทางสุขภาพ ทำให้การรับประทานอาหารถูกจำกัด เช่น ปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร ปัญหาการเคี้ยว การกลืนอาหาร หรือแม้แต่ผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยามาก ๆ จนอาจทำให้ไม่หิว รวมไปถึงประสาทรับรู้รสที่เปลี่ยนไป สารอาหารที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุคือ อาหารโปรตีน อาหารประเภทเกลือแร่ อาหารประเภทวิตามิน ส่วนอาหารที่ควรรับประทานที่ควรรับประทานให้น้อยลงได้แก่ อาหารกลุ่มอาหารประเภทแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารกลุ่มนี้แต่พออิ่ม ไม่มากจนเกินไป ส่วนอาหารอาหารประเภทไขมัน อาหารกลุ่มนี้ให้พลังงานสูงมากที่สุด ผู้สูงอายุจึงควรบริโภคไขมันในปริมาณที่น้อยที่สุด (<http://www.yourhealthyguide.com/article/ao-food.html>)

นอกจากอาหารแล้วการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ จากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านพบว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์คือ ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจ ทำงานดีขึ้น ทำให้การทรงตัวดีขึ้นและเดินได้คล่องแคล่ว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อต่อกระดูก เพิ่มความยืดหยุ่น ช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน ทำให้กระดูกแข็งแรงไม่หักง่าย ลดความดันโลหิต ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เพิ่มไขมันชนิดดีที่มีประโยชน์ต่อร่างกายคือ โคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูงและช่วยลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดแข็ง ลดหรือป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ควบคุมน้ำหนัก และผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด กระตุ้นให้อยากรับประทานอาหารและช่วยให้นอนหลับสบาย (<http://www.chulalongkornhospital.go.th>) นอกจากนั้นแล้วทางด้านจิตใจก็เกิดผลคืออย่างมากทำให้มีจิตใจที่แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า ไม่ซึมเศร้า และรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้มีสมรรถภาพเป็นประโยชน์สังคมอีกนาน(นพวรรณ ภัทรวงศา, 2542: 1) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ การเดิน การวิ่งช้าๆ การบริหารท่าต่างๆ การรำมวยจีน โยคะ เป็นต้น โดยการออกกำลังกายนั้น ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่หักโหมและรุนแรงก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนงานวิจัยในหลายเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ พฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (วิษชุดา เจริญกิจการ, 2543; นพรัตน์ เจริญกิจ, 2543; เอกรัตน์ เชื้ออินฐา, 2540) แต่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองโดยกระทำพฤติกรรมดังที่กล่าวนี้ได้ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น ดังเช่นนพรัตน์ เจริญกิจ(2543) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกมลพรรณ หอมนาน(2539) พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การศึกษาของขวัญหทัย บุญชู(2545) ที่ศึกษาความรู้ ภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบ้านเกาะกลาง อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ และผลการวิจัยพบว่าความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจากที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาของสุदारณ อุราสาย (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมของเครือญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมบัติ ไชยวัฒน์และคณะ, 2543)

จากความสำคัญของปัญหาและเหตุผลดังที่กล่าวข้างต้น งานวิจัยนี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะ ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง

ปัญหาการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นอย่างไร
2. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี หรือไม่ และมีความสัมพันธ์อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษา ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการ ปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และศึกษาการได้รับการสนับสนุน จาก จากบุคคลในครอบครัว (สามี/ภรรยา บุตร ญาติ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรม ผู้สูงอายุผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว (สามี/ภรรยา บุตร ญาติ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคมของผู้สูงอายุประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
2. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว (สามี ภรรยา บุตร ญาติ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 1.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้
- 1.2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

1.4 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว (สามี ภรรยา บุตรญาติ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

นิยามตัวแปรในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ จากนิยามขององค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรม (WHO, Expert Committee, 1989) การศึกษานี้ ผู้สูงอายุที่ศึกษา หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิก ของชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดกาญจนบุรี 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งโรงพยาบาลกำหนดอายุของสมาชิกชมรมตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป

2. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ รู้ มีความเข้าใจ และตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ในเรื่อง อาหารที่ถูกหลักโภชนาการ อาหารหลัก 5 หมู่ ประเภทของอาหารที่ควรลด ลด หรือเพิ่มการรับประทาน อาหารที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ รู้ มีความเข้าใจ และตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ในเรื่อง ความถี่ ความหนักเบา ระยะเวลาและชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6. ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นหรือคิดว่า เมื่อตนเองปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

7. ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นหรือคิดว่า เมื่อตนเองปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

8. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หรือการให้กำลังใจให้สิ่งของหรือเงินเพื่อการดูแลสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร และญาติ

9. การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์หรือพยาบาล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หรือการดูแลสุขภาพ หรือการให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพจากแพทย์หรือพยาบาล

10. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หรือการดูแลสุขภาพ หรือการให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพจากเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ

11. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การบริโภคอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน การบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มี แป้ง ไขมัน และไขมันสูง รวมถึงอาหารหรือขนมที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

12. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เช่น มีการออกกำลังกายเป็นประจำใช้ระยะเวลาการออกกำลังกายเป็นประจำใช้ระยะเวลาการออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งวัดและประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จ.กาญจนบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนศึกษาวิจัย ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. โภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย
 - ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง
 - แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม
5. ชุมชนผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า เมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรม (WHO, 1989) เช่นเดียวกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย(สมลักษณ์ ศุกระศร, 2551: 10)

- 1) ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง
- 2) ผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

บรรลุ ศิริพานิช (2551) ให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้อายุเป็นหลักในการแยกจากบุคคลอายุอื่นๆ โดยถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไป

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6-7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร(2544:10-11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของบาร์โรว์ และสมิธ (Barrow and Smith) ว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุแต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากราชการ เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น
2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุ คือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้นๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปีขึ้นไป

1.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุเป็นไปตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีอัตราเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันทั้งตัวบุคคล และระบบสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะลดอัตราความเจริญลงไปสู่ความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ และความเสื่อมจะเพิ่มตามลำดับทำให้มีผลกระทบต่อตัวบุคคล ทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม (วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ อังถึงใน ธีรรัตน์ ดันติกฤติยา 2548: 14) โดย วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆดังนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 7-23)

ระบบหล่อหุ้มร่างกาย ระบบหล่อหุ้มร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ผิวหนัง ต่อมเหงื่อ ผม และเล็บ ซึ่งนอกจากเกิดจากความชราแล้วการเปลี่ยนแปลงยังได้รับอิทธิพล จากกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม อาหารและสุขภาพต่างๆ ไปมาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีดังนี้

- ผิวหนัง ลักษณะผิวหนังของผู้สูงอายุ แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของร่างกาย เช่น บริเวณหน้า จะมีรอยตีนกาบริเวณหางตา บริเวณคอมีรอยย่นมาก เพราะมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย ผิวหนังมักซีดไม่มีน้ำมันวลเหมือนวัยหนุ่มสาว เนื่องจากหลอดเลือดฝอยบริเวณหน้าลดลง บางคนหน้าเป็นฝ้ามากขึ้น บริเวณแขนขา หลังมือ มีไขมันใต้ผิวหนังน้อยเช่นเดียวกันทำให้มองเห็นเป็นรอยย่นชัดเจน ผิวหนังมักบางมองเห็นหลอดเลือดใต้ผิวหนังได้ชัดและบางแห่งอาจมีพรายน้ำ (senile purpura) เพราะหลอดเลือดฝอยเปราะแตกง่าย บางแห่งมีจุดเหมือนขี้แมลงวัน (senile lentigo) มากขึ้น บางแห่งมีรอยด่างและสีไม่สม่ำเสมอ เรียกว่า ตกกระ (actinic keratosis) ส่วนบริเวณลำตัว โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและสะโพกจะมีไขมันใต้ผิวหนังมาก ทำให้มีลักษณะพุงพลุ้ย ผิวหนังตามตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายเหล่านี้ เมื่อเป็นแผลแล้วจะหายช้ามาก เพราะเซลล์แบ่งตัวได้ช้า

- ต่อมเหงื่อ จะขับเหงื่อได้น้อยลง ขนาดของต่อมเหงื่อเล็กลงและจำนวนเหลือน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว จึงระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุร้อนมากเมื่ออากาศร้อนจนอาจเป็นลมจากความร้อนได้ง่าย สาเหตุของการระบายความร้อนไม่ดีมีส่วนหนึ่งเกิดจากประสาทอัตโนมัติที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นไม่ดี ทำให้การขยายของหลอดเลือดฝอยและการขับเหงื่อของต่อมเหงื่อเป็นไปค่อนข้างช้า และทนต่อความหนาวเย็นไม่ค่อยได้ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังบริเวณแขนขาลดลง

- ผม จะเปลี่ยนเป็นสีขาวแห้ง และร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อผิวหนังศีรษะเหี่ยวลง การไหลเวียนของโลหิตลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บจะยาวช้ากว่าปกติ มีลักษณะแข็งและเปราะง่าย

ระบบไหลเวียน การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนมีผลทำให้ระบบอื่นๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนและอาหารลดลง อันเป็นต้นเหตุของการเสื่อมของอวัยวะอื่นๆ ตามมา การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่

- หัวใจของผู้สูงอายุมักมีรูปร่างและขนาดไม่เปลี่ยนแปลงนอกจากบางรายที่มีขนาดเล็กลง ภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีสารไขมันเรืองแสงซึ่งเชื่อว่าการเสื่อมของเซลล์และกำลังถูกกำจัดให้สลายจึงมักอยู่ใกล้กับไลโซโซม (liposome) สารนี้ถือเป็นสารแห่งความชรา (aging pigment) เรียกว่า ไลโปฟุสซิน (lipofuscin) เยื่อหัวใจหนาขึ้นและมีไขมันแทรกซึมอยู่ในกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจมักหนาและแข็งเป็นผลจากการมีพังผืด (fibrosis) เกิดขึ้น ทำให้การนำกระแสประสาทไม่ดี การทำงานของหัวใจลดลง

- หลอดเลือดจะเสียความยืดหยุ่น ทำให้มองเห็นหลอดเลือดได้ชัดเจน ตรงบริเวณศีรษะ คอ แขน ขา การที่ผนังหลอดเลือดแข็งและเสียความยืดหยุ่นนี้ทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ ค่าความดันเลือดสูงขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนดังกล่าวแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยง่าย เมื่อออกกำลังกาย บางรายอาจมีอาการหน้ามืดเป็นลม เพราะการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจไม่ดีและการทำงานซดเซยเมื่อเกิดภาวะเครียดไม่ดีพอ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดิม เกิดความกลัววิตกกังวล ถ้าไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้

ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเช่นเดียวกับระบบไหลเวียนซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- อวัยวะช่วยหายใจ ทรวงอกมีรูปร่างคล้ายถังเบียร์ คือ มีความหนาจากหน้าไปหลังเพิ่มขึ้น กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังมีการเคลื่อนไหวขณะหายใจเข้า หายใจออกลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอ่อนแอลง การหายใจส่วนใหญ่ต้องใช้กระบังลมช่วยกล่อ่งเสียงเสื่อม ทำให้มีเสียงแหบห้าวและแห้ง

- ปอด มีแนวโน้มที่จะมีขนาดโตขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อปอดไม่ดี เชื้อหุ้มปอดแห้งทึบ และมีการคั่งของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย เช่น หลังผ่าตัดหรือเมื่อร่างกายมีความต้านทานลดลงจากเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบหายใจได้ง่าย

ระบบกล้ามเนื้อ จากการศึกษาพบว่าปริมาณกล้ามเนื้อ (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 ตัวเลขนี้อาจแตกต่างกันบ้างในการศึกษาแต่ละครั้ง แต่ได้ข้อสรุปที่เหมือนกัน คือ ปริมาณกล้ามเนื้อลดลงและปริมาณไขมันเพิ่มขึ้น การเพิ่มของไขมันเกิดจากร่างกายดึงไปใช้น้อยลง ทำให้มองเห็นผู้สูงอายุมีลักษณะกล้ามเนื้อหย่อนยาน ซึ่งเห็นได้ชัดบริเวณแขนและมีลักษณะลงพุง

การทำงานประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อเสื่อมลง การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาด

ความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุมักเดินก้าวสั้นๆ ทำทางเดินไม่ค่อยมั่นคง มีไหล่ห่อเนื่องจากกล้ามเนื้อต้นแขนเล็กลง และปุ่มกระดูก Acromion process เล็กลง

ระบบกระดูก กระดูกจะบางลงเพราะมีการเกาะของแคลเซียมลดลง เนื่องจากการใช้แรงงานในชีวิตประจำวันลดลง กระดูกจึงรับแรงที่มากกว่าที่มันสามารถรับได้ ซึ่งแรงที่มากกว่าต่อกระดูกนี้จะสามารถกระตุ้นการสร้างกระดูกให้หนาขึ้นได้ สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากการขาดโปรตีนและเกลือแร่ ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามิน หรือขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งช่วยในการดูดซึมแคลเซียมและมีการจับของแคลเซียมในเนื้อกระดูก จึงมักพบภาวะกระดูกพรุนในเพศหญิงหลังหมดประจำเดือนมากกว่าผู้สูงอายุชาย การเกิดกระดูกพรุน ทำให้ผู้สูงอายุมีกระดูกเปราะและหักง่าย

ข้อกระดูกต่างๆ ก็เสื่อมลงเช่นกัน เยื่อหุ้มข้อ เยื่อหุ้มกระดูกจะเสื่อมสภาพไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าไม่มีการใช้งานจะยิ่งเสื่อมมาก ข้อใดที่ยังใช้งานจะเสื่อมน้อยกว่า ตามปกติกระดูกผิวข้อจะไม่มีเลือดหรือเส้นประสาทมาเลี้ยง การสึกกร่อนระยะแรกจึงยังไม่มีอาการปวด ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นกระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลง จนถึงเนื้อกระดูกที่รองรับอยู่ทำให้รู้สึกปวดและไม่สามารถรับน้ำหนักได้เหมือนปกติ

การมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทำให้ผู้สูงอายุต้องจำกัดกิจกรรมลง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว หรือรู้สึกลำบากใจถ้าต้องอยู่ในภาวะเร่งรีบ การเดินทางออกจากบ้านอาจจะน้อยครั้งลง เพราะกลัวว่าจะไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับบ้านมากขึ้น และถ้าการอยู่กับบ้านเป็นการจำกัดให้ผู้สูงอายุใช้แรงงานในชีวิตประจำวันน้อยลงแล้ว จะยังทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกและข้อมากขึ้น

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

การนำกระแสประสาทจะช้าลงเนื่องจากมีการทำลายของปลอกประสาท พบว่า ปลอกประสาทบางส่วนหายไปเป็นช่วงๆ บางส่วนมีการงอกใหม่ซึ่งอาจเหลือร่องรอยไว้ทำให้ขัดขวางการนำกระแสประสาท ซึ่งมีผลให้การนำกระแสประสาทรับรู้ลึกเข้าสู่สมองช้าลง ผู้สูงอายุจึงตอบสนองต่อการกระตุ้นและปฏิกิริยาสะท้อนกลับช้าลงกว่าเดิม ซึ่งพบว่าการนำการรับรู้ในระบบประสาทลดลง 15% เส้นประสาทที่นำส่งงานของกล้ามเนื้อก็เสื่อมลงเช่นกัน ผู้สูงอายุ

จึงมักทำอะไรได้ช้ากว่าปกติ ความเมื่อยจะเสียไปมาก เนื่องจากการทำงานของสมองและอวัยวะต่างๆ ไม่ประสานกันเท่าที่ควร ร่วมกับความอ่อนแอของกล้ามเนื้อและการเสื่อมของกระดูกและข้อ ทำให้ผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุจากการหกล้มได้ง่าย

ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ (Special Senses) ระบบประสาทสัมผัสพิเศษประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ซึ่งเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะมีเปลี่ยนแปลงดังนี้คือ

- ตา การเสื่อมของตาทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาความปลอดภัยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสุขสบายอื่นๆ อย่างมาก การเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นตั้งแต่หนังตาบนซึ่งปกติจะบางไม่มีไขมันใต้ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นจึงเกิดหนังตาหย่อนได้ง่าย หนังตาล่างจะบวม (senile elastosis or puffy lids) เนื่องจากไขมันที่อยู่ใต้ลูกตาดันออกมาเพราะหนังตาไม่แข็งแรง ผู้สูงอายุมักสายตายาว การปรับสายตาดูจากมองใกล้เป็นมองไกล หรือมองไกลเป็นมองใกล้ได้ไม่ดี เมื่อมองวัตถุที่เคลื่อนไหวเร็วๆ จะรู้สึกเวียนศีรษะ เพราะการทรงตัวในผู้สูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งต้องอาศัยการมองเห็น เลนส์ตามักขุ่นทำให้ทึบแสงมากขึ้น และมีสีเหลืองเพิ่มขึ้น เมื่อแสงผ่านเลนส์ตาลักษณะนี้จะถูกกรองเก็บแสงสีน้ำเงินและสีม่วงไว้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นวัตถุที่มีสีม่วงและสีน้ำเงินไม่ชัดและไม่สามารถแยกความแตกต่างของสี 2 สีนี้ได้อย่างชัดเจน แต่ผู้สูงอายุจะมองเห็นวัตถุสีแดงและสีเหลืองได้ชัดเจนดีมาก เนื่องจากเลนส์ตาที่กลายเป็นสีเหลืองต้องใช้แสงสว่างมากขึ้น เพื่อการมองที่ชัดเจนและการมองเห็นเกี่ยวกับความลึกลดลง เนื่องจาก การตอบสนองของจอตาต่อแสงที่ไปกระตุ้นถูกขัดขวาง จึงทำให้ความสามารถในการเพ่งมอง (light accumulation) ลดลง และถ้าเลนส์ตามักขุ่นมากจนมีลักษณะทึบแสงเรียกว่า เป็นต้อกระจก

- หู การเปลี่ยนแปลงของหูชั้นนอก มีไขมันมากขึ้น หูชั้นกลางมีการเปลี่ยนแปลงของแก้วหู คือ มักจะแข็งและฝ่อ ส่วนหูชั้นในและหลังโคเคลีย มีการตายของเซลล์ขนตรงบริเวณก้นหอย ซึ่งมักเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงร่วมกับมีของเหลวอยู่ภายในก้นหอยมากขึ้น ทำให้ผนังบวมกดดันเซลล์ขนจนในที่สุดเซลล์ขนตาย ก่อนตายอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนมีเสียงในหู เวียนศีรษะแบบบ้านหมุน การได้ยินลดลงซึ่งจะสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงมากกว่าเสียงที่มีความถี่ต่ำ การสูญเสียการได้ยินทำให้ผู้สูงอายุถูกตัดขาดจากสิ่งแวดล้อม เมื่ออยากได้ยินเสียงอาจต้องขอร้องให้ผู้พูดพูดเสียงดัง ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการพูดตวาดก็ได้ หรือถูกหลานอาจ แสดงอาการหงุดหงิด ถ้าผู้สูงอายุฟังไม่รู้เรื่อง

- ลิ้น จำนวนปุ่มรับรส ที่ยังทำงานได้ลดลงจากเดิมถึง 80% คือเหลือเพียงประมาณ 1/3 เท่านั้น ทำให้การรับรสได้ไม่ดี โดยเฉพาะรสหวาน ซึ่งมีปุ่มรับรสอยู่บริเวณปลายลิ้นจะ

สูญเสียก่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่หวานจัดขึ้น จึงจะรู้สึกหวานชื่นใจ ต่อมาจะสูญเสียการรับรสเค็มก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุชอบอาหารที่มีรสเค็มจัดขึ้นเช่นกัน จากการที่ปุ่มรับรสเหลือน้อยลงประกอบกับการมีน้ำลายในปากน้อยลงและจมูกรับกลิ่นได้ลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารได้ง่าย

- จมูก ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากจำนวนใยประสาทรับกลิ่นมีจำนวนน้อยลง ความสามารถในการรับกลิ่นลดลงนี้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่คนเดียวเพราะอาจไม่ระวังไวต่อกลิ่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจจะรับประทานอาหารที่บูด โดยไม่ทราบ เพราะทั้งจมูกดมกลิ่นและลิ้นรับรสเสียไปก็ได้

- ผิวหนัง ความรู้สึกจากการสัมผัสที่ผิวหนังลดลง อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย เพราะความรู้สึกต่อแรงกดและความเจ็บปวดลดลง

ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่

- ฟัน มักจะหักเหลือน้อยลง ซึ่งที่เหลือน้อยมักจะโยกคลอนไม่แข็งแรงพอที่จะขบเคี้ยวอาหารแข็ง บางคนต้องใส่ฟันปลอม ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารที่มีลักษณะเหนียว และอาหารที่มีก้างหรือกระดูก

- หลอดอาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง จะรู้สึกอาหารติดคอถ้ารับประทานเร็ว หลอดอาหารมักขยายใหญ่ออก หูรูดของหลอดอาหารคลายตัว น้ำย่อยในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้หลอดอาหารอักเสบได้ง่าย และผู้ป่วยจะรู้สึกเสแสร้ง

- กระเพาะอาหารบีบตัวน้อยลง ขับน้ำย่อยคือ กรดเกลือ ได้น้อยลงกว่าหนุ่มสาวถึง 35% ทำให้ย่อยโปรตีนได้น้อยลง และยังทำให้การดูดซึมเหล็ก แคลเซียมและวิตามินบี 12 ลดลง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของกรดต่าง ปริมาณการไหลเวียนเลือดและการเจริญเติบโตของแบคทีเรียบางชนิดด้วย การที่กระเพาะอาหารบีบตัวได้ช้าลงทำให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะนานขึ้น

- ลำไส้ ตลอดความยาวของลำไส้มีการฝ่อของเยื่อเป็นหย่อมๆ ประกอบกับน้ำย่อยจากกระเพาะลดลง เซลล์ที่ทำหน้าที่ดูดซึมน้ำน้อยลง และเลือดมาเลี้ยงลำไส้ใหญ่ช้าลง ร่วมกับการขับเมือกของลำไส้ใหญ่มีน้อยลง กากอาหารที่ผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่จะดูดซึมน้ำกลับไปมาก จึงทำให้อุจจาระแห้งมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงท้องผูกได้ง่าย

ระบบทางเดินปัสสาวะ มีการเปลี่ยนแปลงคือ

- ไต ขนาดของไตเล็กลง เพราะมีการสูญเสียเซลล์ประมาณร้อยละ 0.6 ต่อปี ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของไตลดลงถึงร้อยละ 40-60 เมื่ออายุ 75 ปี เลือดไหลผ่านไตลดลงถึงร้อยละ 53 ทำให้ประสิทธิภาพการกรองลดลง ค่าอัตราการกรอง (Glomerulo Filtration Rate) ของคนอายุ 90 ปี ลดลงจากคนอายุ 20 ปีถึง ร้อยละ 50 การดูดซึมน้ำกลับของไตลดลงทำให้ปัสสาวะของผู้สูงอายุเข้มข้นน้อยลง

- กระเพาะปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ร่วมกับภาวะหย่อนยานของกระบังลม ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะหลังถ่ายปัสสาวะ ประกอบกับกระเพาะปัสสาวะจุน้ำปัสสาวะได้น้อยลงจาก 500 ซีซี. เหลือเพียง 250 ซีซี. จึงทำให้กระเพาะปัสสาวะเต็มง่าย ทำให้ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน ซึ่งเป็นเวลาที่มีเลือดไหลผ่านไตมาก หูรดกระเพาะปัสสาวะหย่อนยานโดยเฉพาะในหญิงสูงอายุที่ผ่านการคลอดบุตรหลายคน ร่วมกับการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้อวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอ่อนแอ เกิดปัสสาวะเล็ดขณะไอหรือจาม (Stress incontinence of urine) ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ของตน

- การขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ชายที่อายุเกิน 50 ปี มักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้อุดตันทางเดินปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีปัสสาวะค้างค้างในกระเพาะมาก ปัสสาวะออกช้า และสายปัสสาวะไม่พุ่งซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทรมานมากและกังวลเมื่อต้องเดินทางไกล

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อต่างๆ จะเริ่มเสื่อมลงได้แก่ ต่อมใต้สมองส่วนหน้า ต่อมไทรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ ต่อมหมวกไต ตับอ่อน ต่อมเพศชาย ต่อมเพศหญิง

ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์นั้นเป็นผลจากระดับฮอร์โมนเพศลดลงคือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง และฮอร์โมนเทสโทสเตอร์โรนในเพศชาย (โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2541: 7-23)

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม

จากความเสื่อมทางด้านร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมลดลง ผู้สูงอายุมักรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองลดลงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น รวมถึงการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาทในสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์หงุดหงิด กังวลใจ ใจน้อย มีเรื่องกระทบกระเทือนใจได้ง่าย มีความรู้สึกว่าเป็นคนไร้ประโยชน์ เหงา ว้าเหว่ สิ้นหวังอาการเหล่านี้

มักเกิดร่วมกับอารมณ์อื่นๆ เช่น มีพฤติกรรมถดถอย เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ ฟุ้งซ่าน หลงลืม สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่สามารถสังเกตได้ เช่น บุคลิกภาพ (Personality) ผู้สูงอายุจะมีสุขหรือทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังหรือการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความอบอุ่น มีความรัก เห็นความสำคัญของผู้อื่น ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ด้านสติปัญญา ผู้สูงอายุที่คงความปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ และพยายามเรียนรู้สิ่งต่างๆ การเรียนรู้เมื่ออายุ 70 ปี จะเริ่มเรียนรู้การทำงานได้ยากมากขึ้น ในด้านความจำ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้น แต่ในความจำระยะยาวการเรียกกลับและการตระหนักถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมายังสูงอยู่ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในผู้สูงอายุสามารถคิดได้โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมานาในอดีตช่วยแก้ไขปรับปรุง และค้นหาแนวทางใหม่

ด้านพฤติกรรม ร่างกายจะมีการปรับตัวเพื่อสภาพร่างกายและจิตใจ ให้อยู่ในภาวะสมดุลเมื่อเกิดความเครียดขึ้น โดยใช้กลไกหรือวิธีการต่างๆ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน เช่น พฤติกรรมการยอมรับ ความเป็นตัวของตัวเอง มีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าของชีวิต หรือ พฤติกรรมของผู้สูงอายุและมีพลังใจค่อนข้างสูงจะมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มองเห็นประโยชน์ที่จะให้กับสังคม สำหรับพฤติกรรมต้องการความสนใจ ความเอาใจใส่จากครอบครัวมากกว่าปกติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสิ้นหวังในชีวิต มักพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีความเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุบางรายที่เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งอาจทำให้อัตวินิบาการได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ๆ มีการเลือกสิ่งต่างๆ หรือกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับตนเอง และมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในชีวิต

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ โดยการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบเกษียณ ย่อมต้องหยุดการทำงานทำให้สูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัวไป การถูกทอดทิ้งเนื่องจากบุตรหลานต้องทำงานทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ความเคารพเชื่อถือนอกจากบุตรหลานข้างน้อยลงเนื่องจากคนส่วนใหญ่มองว่ามี

ความสามารถน้อยลง ทำให้ความเคารพนับถือในฐานะผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปนอกจากนี้
ข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคม
มีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินทางสังคมมีมากขึ้นตามไปด้วย (<http://www.agingthai.org/page/668>)

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางชีวภาพและ
ทางสังคมที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป เมื่อสมาชิกของสังคมมีอายุมากขึ้น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539: 7)

ประเวศ วะสี(2543: 4) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุว่า เป็นสุขภาวะที่
สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงคล่องแคล่ว มีกำลัง
ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัย ที่จำเป็นพอเพียงไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม
สุขภาพคำว่ากายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความ
เมตตาสัมพันธ์กับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไป
ด้วยเพราะตราบไคที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น
ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการ ที่ดีมี
ความเป็นประชาสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่
เกิดขึ้น เมื่อทำความดีหรือจิตสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมี
ความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นเจ้า เป็นต้น สุขทางจิตวิญญาณ
เป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อนุญต์หลุดพ้นจากความ
มีตัวตน(Self-transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปีติแผ่ซ่านมีความสุข
อันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

ภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสลับสับเปลี่ยนหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือ บางคนรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วย จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนาและการเจริญเติบโต ขณะที่บางคนมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อการใส่ใจในการต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย

ภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ โดยผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจบทบาท และสถานะทางสังคม มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย นิยามสุขภาพจึงอาจเปลี่ยนไปตามปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2539: 119-122) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นจึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงประกอบด้วย การมีกำลังทำในสิ่งที่ต้องการ พึ่งพาตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน และมองโลกในแง่ดี สามารถเผชิญกับความเป็นจริง และยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดหรือแก้ไขได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539 :2-3)

กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สุขภาวะที่เป็นความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

เมื่ออายุมากขึ้นสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย และหากเจ็บป่วยแล้วจะมีความรุนแรงหรือหายช้า ปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญ ประกอบไปด้วย ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งก็ได้แก่ความเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ รายงานของคณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมวุฒิสภา(2543: 15-19) เสนอไว้ว่า สภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่นๆ เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานของระบบต่างๆ การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดอย่างช้าๆ ภาวะปกติอวัยวะของระบบต่างๆ ยังทำหน้าที่ได้ตามปกติ แต่ในภาวะที่มีการ

บีบคั้นทางอารมณ์ หรือทางร่างกาย จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลของร่างกายไว้ได้ ทำให้เกิดการผิดปกติและทำให้เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ นำมาซึ่งการเกิดโรคต่างๆได้ง่าย ซึ่งโรคหรืออาการที่มักพบกับผู้สูงอายุ ได้แก่

- โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคนี้เป็นสาเหตุการป่วยและตายสำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ

- โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงอันตรายจากโรคนี้มากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า

- โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคนี้นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหัวใจวายในผู้สูงอายุ

- โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากการลดลงของ Glucose tolerance ลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และเป็นโรคทางพันธุกรรมด้วย

- โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างปัญหาความเจ็บปวดให้กับผู้สูงอายุมากที่สุด พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 75 ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้

- โรคมะเร็ง (Malignancy) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุที่สำคัญ โรคนี้เกิดขึ้นเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันที่จะทำลายเซลล์มะเร็งเสื่อมลง เมื่อมีอายุมากขึ้นจึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคพบได้มากขึ้น

- โรคติดเชื้อ เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง ไม่ว่าจะเป็นระบบภูมิคุ้มกันเฉพาะและภูมิคุ้มกันไม่เฉพาะ

- โรคทางจิตและประสาท พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นเนื่องจาก มีการลดลงของเซลล์สมองและมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมองร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะแวดล้อม

- โรคสมองเสื่อม (Dementia) พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 50 เป็นโรคสมองเสื่อมโดยไม่ทราบสาเหตุ ส่วนที่เหลืออาจมาจากสาเหตุเสริม 3 ประการ คือ การมีภาวะโภชนาการบกพร่อง การขาดการกระตุ้นจากสังคม และพันธุกรรม

- โรคขาดสารอาหาร เป็นโรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทั้งปริมาณและคุณค่า

3. โภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

3.1 โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารนี้ยังคงเดิม ดังนั้นอาหารของผู้สูงอายุควรจัดให้มีปริมาณและคุณภาพพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกวัน ในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญและควรปฏิบัติ ในการแนะนำอาหารสำหรับผู้สูงอายุเพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันให้มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์และพึงประสงค์

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์อยู่แล้ว ควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่และควรมีการปรับเปลี่ยนอยู่บ้าง ดังต่อไปนี้ (<http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/Thaiweb/diet3.htm>)

หมู่ที่ 1 อาหารประเภทแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ถั่วเขียว เผือก มัน ลำปะหูล ซึ่งประกอบเป็นสารอาหารหลัก และให้พลังงานแก่ร่างกายมากกว่าสารอาหารจากกลุ่มอื่น ผู้สูงอายุจะมีความต้องการพลังงานลดลง เนื่องจากความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารกลุ่มนี้แต่พออิ่มไม่มากเกินไป เพราะส่วนที่เกินจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมตามแหล่งที่ต่างๆ อันจะเป็นผลเสียต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมีผลต่อข้อเข่าทำให้เสื่อมเร็วขึ้นและปวดเข่าเวลาเดินภายหลัง

หมู่ที่ 2 อาหารประเภทโปรตีนหรือเนื้อสัตว์ ยังพบในพืชจำพวกถั่วชนิดต่างๆ อาหารกลุ่มนี้จำเป็นในการซ่อมแซม และสร้างเนื้อเยื่อที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งผู้สูงอายุถึงแม้จะไม่เจริญเติบโตอีกแต่ร่างกายก็ต้องมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ เพื่อทดแทนของเดิมที่สูญสลายไปตลอดเวลา ผู้สูงอายุจึงยังต้องการสารอาหารกลุ่มนี้มากกว่าในวัยหนุ่มสาว เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว เนื้อสัตว์ที่ผู้สูงอายุควรรับประทานคือ เนื้อไก่ที่ลอกหนังออกเนื่องจากหนังไก่จะมีไขมันมากเกินไป เนื้อปลาซึ่งยังมีกรดไขมันชนิดโอเมก้า3 ที่สามารถป้องกันหลอดเลือดแข็งและโรคหัวใจได้ รวมทั้งยังมีแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุ ต้องการอีกด้วย ถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ก็เป็นแหล่งอาหารโปรตีนราคาไม่แพงที่ให้คุณค่าไม่แพ้เนื้อสัตว์ ทั้งยังมีกากใยทำให้ลำไส้บีบตัวดี ป้องกันท้องผูกได้

หมู่ที่ 3 อาหารประเภทไขมัน เช่น น้ำมันพืชที่ใช้ประกอบอาหาร กะทิซึ่งเป็นน้ำมันจากมะพร้าว หรือไขมันจากสัตว์ เช่น หนังไก่ หนังหมู ไข่แดง นม อาหารกลุ่มนี้จะให้พลังงานสูง

มากที่สุด ซึ่งถ้ารับประทานมากเกินไปจะเป็นผลเสียต่อร่างกาย อย่างมาก ทำให้หลอดเลือดแข็งและเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญลดลง เช่น สมองและหัวใจ ผู้สูงอายุจึงควรกินไขมันน้อยที่สุด

หมู่ที่ 4 อาหารประเภทเกลือแร่ แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการและมักจะขาดคือ ธาตุแคลเซียมและธาตุสังกะสี ธาตุแคลเซียมเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก พบมากในนม ก้อนเต้าหู้ ผักผลไม้ เมล็ดงา กระดุกสัตว์ เช่น ปลาป่นหรือปลากระป๋อง ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานนมบ้าง แต่ควรเป็นนมพร่องไขมันเนย เพื่อลดปริมาณไขมันที่ไม่จำเป็นออกไป ส่วนธาตุสังกะสีมีความจำเป็นต่อร่างกายหลายระบบโดยเฉพาะผิวหนังซึ่งมีมากในอาหารทะเลเป็นต้น

หมู่ที่ 5 อาหารประเภทวิตามิน วิตามินนั้นมีหลายชนิดแต่ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจจะขาดได้บ่อยเช่น วิตามินบีหนึ่ง วิตามินอี วิตามินดีและกรดโฟลิก ถ้าผู้สูงอายุท่านนั้นอยู่แต่ในบ้านโดยไม่ออกนอกบ้าน เพื่อรับแสงแดดบ้างเพราะแสงแดดอ่อนๆ สามารถกระตุ้นให้ผิวหนังสร้างวิตามินขึ้นเองได้ ส่วนวิตามินบีหนึ่ง พบมากในข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ ส่วนวิตามินอี พบมากในน้ำมันพืช ถัวนิดต่างๆ กรดโฟลิกจะพบมากในพืชผักสดใบเขียวทุกชนิด ขณะที่ผู้สูงอายุไทยมักไม่ขาดวิตามินบีสิบสอง ซึ่งต่างจากประเทศทางตะวันตกเพราะวิตามินบีสิบสอง มีมากในกะปิและน้ำปลา

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ

1. พลังงาน ในวัยสูงอายุ กิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การใช้แรงงานหนักต่างๆ ก็น้อยลงและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานน้อยลงด้วย ดังนั้นความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุจะลดลงร้อยละ 20-30 เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน ของกลุ่มอายุ 20-30 ปี กล่าวคือ

- ผู้สูงอายุชายอายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 2,200 กิโลแคลอรี/วัน
- ผู้สูงอายุหญิงอายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 1,850 กิโลแคลอรี/วัน
- ผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงานโดยเฉลี่ยลดลง 10-12 % ของกลุ่ม อายุ 60-69 ปี

พลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ควรน้อยกว่า 1200 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ นอกจากการจำเป็นจะต้องลดน้ำหนักตัว ถ้าได้รับพลังงานน้อยกว่าที่กำหนดควรได้รับวิตามินและเกลือแร่ในรูปของยาเม็ดเสริมให้ด้วย

ผู้สูงอายุ ควรระวังอย่าให้อ้วน เพราะจะตามมาด้วยโรคหลายอย่าง เช่น เบาหวาน หัวใจ ไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นต้น ดังนั้น ควรกินอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และพยายามรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือพอมเกินไป

2. โปรตีน สารอาหารโปรตีน จำเป็นในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ตั้งแต่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ผู้สูงอายุต้องการโปรตีนประมาณ 0.88 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน หรือเมื่อคิดเป็นพลังงาน ควรได้พลังงานจากโปรตีนประมาณ 12-15 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานที่ควรได้รับทั้งหมดใน 1 วัน และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพ ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้ง

ผู้สูงอายุ ต้องการโปรตีนน้อยกว่าบุคคลในวัยเจริญเติบโต และวัยทำงาน เนื่องจากไม่มีการเสริมสร้างการเจริญเติบโตของร่างกาย ต้องการเพียงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ รักษาระดับความสมดุลของร่างกาย และป้องกันการเสื่อมสภาพของร่างกายก่อนวัยอันควรเท่านั้น

3. ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงาน ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เป็นตัวนำวิตามินที่ละลายในไขมันให้ใช้ประโยชน์ได้ในร่างกาย และยังช่วยให้อาหารมีรสอร่อยและทำให้รู้สึกอิ่ม ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง จึงควรลดการบริโภคไขมันลงด้วย โดยการกินอาหารพวกไขมันแต่พอสมควร คือไม่ควรเกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมด ที่ได้รับต่อวัน ไขมันที่ใช้ควรเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ เพื่อป้องกันไขมันในเลือดสูง ปริมาณน้ำมันพืชที่ผู้สูงอายุควรได้รับประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวันในการประกอบอาหารต่าง ๆ

4. คาร์โบไฮเดรต เรามักจะได้รับพลังงานส่วนมากจากคาร์โบไฮเดรต เพราะเป็นอาหารที่ราคาไม่แพง อร่อย และเป็นสิ่งที่เก็บไว้ได้นาน ไม่เสียง่าย เป็นอาหารที่ประกอบได้ง่ายและกินง่าย เคี้ยวง่าย แต่ผู้สูงอายุควรลดการกินอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลต่าง ๆ เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงานผู้สูงอายุได้รับการโบไฮเดรต ร้อยละ 55 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน การกินควรอยู่ในรูปของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน แป้งที่เชิงซ้อน เช่น ถั่วลิสง ถั่วเมล็ดแห้ง มัน ข้าว และแป้ง เพราะนอกจากร่างกายจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้วยังได้วิตามินและแร่ธาตุอีกด้วย

5. วิตามิน ช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเท่ากับวันหนุ่มสาวแต่จะลดปริมาณวิตามินบางตัว เช่น วิตามินบี ซึ่งจะสัมพันธ์กับความต้องการของพลังงานที่ลดลง การที่ผู้สูงอายุกินอาหารอ่อน ๆ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟัน อาจทำให้การได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผัก ผลไม้สด ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้กินผักผลไม้เพียงพอในแต่ละวัน

6. แร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุเท่าเดิม แต่ส่วนมากปัญหาคือ การกินที่ไม่เพียงพอแร่ธาตุที่สำคัญ และเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ แร่ธาตุเหล็ก และแคลเซียม

6.1 แร่ธาตุเหล็ก โดยทั่วไปอาหารของผู้สูงอายุจะมีปริมาณโปรตีนต่ำ ซึ่งจะมีผลทำให้ได้รับเหล็กต่ำไปด้วย ถ้าขาดทำให้เป็นโรคซีด หรือโลหิตจาง พบว่า แม้จะกินในปริมาณที่เพียงพอ แต่การดูดซึมในผู้สูงอายุ น้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว อาหารที่แร่ธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ เป็นต้น และเพื่อให้การดูดซึมแร่เหล็กดีขึ้น ควรกินผักสด หรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงด้วย ผู้สูงอายุต้องการแร่ธาตุเหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัม ต่อวัน

6.2 แคลเซียม คนทั่วไปมักคิดว่าเมื่อร่างกายโตเต็มที่แล้ว ไม่จำเป็นต้องได้แคลเซียมเพื่อการสร้างกระดูกและฟันอีก แต่ความเป็นจริงแล้ว แคลเซียมมีความสำคัญต่อร่างกายอีกหลายอย่าง เช่น ช่วยในการแข็งตัวของโลหิต เกี่ยวกับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น เมื่อร่างกายได้แคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอ ก็จะดึงจากกระดูก และการขาดแคลเซียมพบมากในผู้สูงอายุ ทั้งนี้สาเหตุมาจากการกินแคลเซียมน้อย นอกจากนี้การดูดซึมและการเก็บไว้ในร่างกาย ยังมีน้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว จึงทำให้เกิดปัญหาโรคกระดูกพรุน อาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียม ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เป็นต้น

7. น้ำ มีความสำคัญต่อร่างกายมาก ช่วยให้ระบบย่อยอาหาร และการขับถ่ายของเสีย ส่วนมากผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ 6 - 8 แก้ว เป็นประจำทุกวัน

8. เส้นใยอาหาร แม้ว่าเส้นใยอาหารจะไม่ใช่สารอาหาร แต่เส้นใยอาหารเป็นสารที่ได้จากพืชและผักทุกชนิด ซึ่งน้ำย่อยไม่สามารถย่อยได้ มีความสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์มาก เพราะถ้ากินเส้นใยอาหารเป็นประจำ จะช่วยให้ท้องไม่ผูก ลดไขมันในเส้นเลือด ในทางตรงกันข้าม หากกินอาหารที่มีเส้นใยน้อยจะทำให้ร่างกายเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น ท้องผูก ริดสีดวงทวาร โรคอ้วน ไขมันในเส้นเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น การกินเส้นใยอาหารทำให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวก ทำให้อวัยวะไม่หมักหมมสิ่งบูดเน่า และสารพิษบางอย่างไว้ในร่างกายนานเกินควร จึงควรป้องกันการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ได้ คุณสมบัติพิเศษของเส้นใยอาหารที่ป้องกันโรครังกล่าวได้ นอกจากจะไม่ถูกย่อยด้วยน้ำย่อย แต่ดื่มน้ำทำให้อุจจาระนุ่มมีน้ำหนักรวม และถ่ายง่ายแล้ว เส้นใยอาหารยังมีไขมันและแคลอรีต่ำมาก

ดังนั้นเพื่อให้ร่างกายได้รับเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารที่ปรุงและประกอบด้วยผักเป็นประจำ แลควรกินผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้สด จะให้เส้นใยอาหารมากกว่าดื่มน้ำผลไม้ นอกจากนี้ควรกินอาหารประเภทถั่วเมล็ดแห้ง และข้าวซ้อมมือเป็นประจำ

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุได้ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่สามารถยืนตัวตรงได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีลักษณะโครงสร้างผิดปกติ ไม่สามารถยืนตัวตรงได้ เช่น ขาโก่ง หลังโก่ง โครงสร้างกระดูกทรุด เป็นต้น ให้คำนวณค่าดัชนีมวลกาย โดยการใช้ความยาวของช่วงแขน (arm span) แทนความสูง (การวัด arm span ให้วัดจากปลายนิ้วกลางของมือข้างหนึ่ง ถึงปลายนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่ง โดยให้ผู้ถูกวัดกางแขนทั้ง 2 ข้างขนานไหล่ และเหยียดแขนให้ตรง) ให้วัดหน่วยนับเป็นเมตร ใช้แทนส่วนสูงแล้วคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ตามสูตร

$$\text{สูตรการคำนวณ ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

การประเมิน

น้ำหนักปกติ ค่าอยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9 กก./ม²

ภาวะโภชนาการเกิน ค่าอยู่ระหว่าง 25 - 29.9 กก./ม²

โรคอ้วน ค่าอยู่ระหว่าง 30 กก./ม² ขึ้นไป

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ แต่โรคหัวใจขาดเลือดสามารถป้องกันได้ ถ้าผู้สูงอายุปฏิบัติตน ดังนี้

1. ควบคุมน้ำหนักตัวอย่าให้อ้วน
2. ลดการกินอาหารที่มีไขมันสูง (ที่มีโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูง) เช่น ไขมันจากสัตว์ หนังไก่ นม เนย ที่ยังไม่ได้สกัดไขมันออก ไข่แดง อาหารที่ปรุงจากกะทิและน้ำมันมะพร้าว มันสมอง สัตว์ที่มีกระดูก อาหารรสจัด เช่น รสหวานจัด พริกขี้หนู และกะเพรา
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม
4. ควรรับประทานเนื้อปลา เนื้อไก่ นมพร่องมันเนย
5. พักผ่อนให้เพียงพอ
6. ควบคุมการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติ
7. งดการสูบบุหรี่ และกาแฟ
8. ควบคุมไม่ให้เกิดความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ

สาเหตุของปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ (โภชนศาสตร์ครอบครัว 102-103)

ปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุมักจะมีสาเหตุเนื่องมาจาก

1. บริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุบางคนยึดมั่นอยู่กับบริโภคนิสัยที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องมาตั้งแต่อายุยังน้อยและเป็นการยากลำบากที่จะเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากเคี้ยวได้ง่าย มีความรู้สึกที่ว่ามันเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยดื่มนมกัน เมื่อคิดถึงผลไม้ก็คิดว่าต้องเปรี้ยวจึงไม่ชอบรับประทาน บริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องนี้เป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ
2. ได้รับอาหารไม่เพียงพอ อาจพบในผู้สูงอายุที่เคยทำงานมีรายได้มากพอ เมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน ไม่มีงาน ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง หรือมีแต่น้อยไม่พอกับการยังชีพ เงินทองที่จะมีไว้ซื้ออาหารย่อมไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารได้
3. การย่อยและการดูดซึมเสื่อมประสิทธิภาพ การบีบของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ลดลง น้ำย่อยมีความเป็นกรดลดลง เป็นผลทำให้การดูดซึมแคลเซียมและเหล็กลดลง ทำให้เกิดการขาดสารอาหารต่างๆได้
4. ความผันแปรทางอารมณ์ เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิต เช่น มีการพลัดพราก การปลดเกษียณ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเหงา หดหวน นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ความคิดสับสน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมรับประทานอาหาร ซึ่งจะนำไปสู่การขาดอาหารได้

จากสาเหตุที่กล่าวข้างต้น ทำให้เกิดปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุได้แก่

1. ภาวะขาดสารอาหาร ทำให้น้ำหนักตัวน้อยได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เจ็บป่วยง่าย ขาดวิตามิน ที่พบบ่อยคือ วิตามินบี 1 ทำให้เป็นโรคเหน็บชา โรคขาดวิตามินบี 2 ทำให้เป็นโรคแผลมุมปาก โรคขาดวิตามินซี ขาดแร่ธาตุ ได้แก่โรค โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคกระดูกพรุน พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน หลังหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ทำให้เนื้อกระดูกลดน้อยลง จึงขาดความแข็งแรง กระดูกจึงเปราะ หักได้ง่าย นอกจากนี้ การดื่มน้ำและสูบบุหรี่ จะทำให้เนื้อกระดูกน้อยลงได้

2. ภาวะโภชนาการเกิน ทำให้เป็น

โรคอ้วน เกิดจากการมีไขมันสะสมตามส่วนต่างๆ ของร่างกายมากกว่าปกติ เพราะผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง

โรคเบาหวาน เกิดจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติจนทำให้ขับออกมาในปัสสาวะ ส่วนมากเกิดจากกรรมพันธุ์ และคนอ้วนมาก

โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการรับประทานอาหารเค็มจัด รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันมาก การสูบบุหรี่ เครียด รับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลมากตลอดจนเกิดการอุดตัน ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอทำให้เกิดการขาดเลือด จนหัวใจวายได้ มีอาการหัวใจวายได้ มีอาการปวดศีรษะ หรืออาจจะไม่มีอาการอะไรเลยก็ได้

ภาวะกลอสเตอรอลในเลือดสูง เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงเกินความต้องการ ซึ่งจะไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว อุดตันและทำให้หัวใจขาดเลือดได้

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นภาวะที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการตีบตัน เพราะมีไขมันไปเกาะตามผนังในหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

ในข้อ กรดยูริกมาจากสารพิวรีน ที่มีมากในอาหารจำพวกเครื่องในสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้ง พบว่าเป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่เป็นจะทำให้ข้อบิดเบี้ยวเดินลำบากและปวด

3.2 การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากการทำกิจวัตรประจำวัน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศและวัย มุ่งเน้นให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ (<http://www.agingthai.org/page/1790>)

การออกกำลังกายกับสุขภาพ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง สามารถวัดได้จากสมรรถภาพทางกาย ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน ดังนี้

1. ความทนทานของหัวใจและปอด หมายถึง ความสามารถของหัวใจ หลอดเลือดและปอดที่จะนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงความสามารถของกล้ามเนื้อในการดึงออกซิเจน เพื่อใช้ในการเผาผลาญพลังงานด้วย การออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้มากขึ้น มีผลทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจ และระบบ

ไหลเวียนเลือด สามารถช่วยป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ความดันเลือดสูง โรคอ้วน ความเครียด ความอ้วน ช่วยชะลอความชราทำให้ดูอ่อนกว่าวัย เป็นต้น

ลักษณะการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด ต้องเป็นการออกกำลังกายที่ค่อนข้างเป็นแบบแผน ด้วยความแรงที่เหมาะสม สะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ทำทุกวันหรือเกือบทุกวัน ประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงสำหรับการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความทนทานและเพิ่มสมรรถภาพของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด สามารถวัดด้วยการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย คนที่มีอายุมากและอายุน้อยจะแตกต่างกันไป อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกายคือ ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ หรืออาจพิจารณาจากความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละบุคคล โดยอยู่ในระดับเริ่มรู้สึกเหนื่อยหรือค่อนข้างเหนื่อย แต่ยังพูดกับคนข้างเคียงได้รู้เรื่อง รูปแบบการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิก คือมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เป็นจังหวะ มีความต่อเนื่อง เป็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ๆ ที่แขนและขา เช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว เดินขึ้นบันได ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน การฝึกชกมวยหรือไทเก๊ก เป็นต้น

2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึงแรงสูงสุดที่เกิดขึ้นจากการหดตัว หรือกล้ามเนื้อที่จำเป็นในการออกแรงดึง ดัน ยก แบกหามสิ่งของ

3. ความทนทานของกล้ามเนื้อหมายถึง ความสามารถที่จะหดตัวซ้ำๆ กันของกล้ามเนื้อในระยะเวลาหนึ่ง

การทํากิจวัตรประจำวันจะต้องใช้ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ถ้ามีความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อไม่เพียงพอจะเกิดการเสียสมดุล ทำให้ผู้สูงอายุพลัดล้มได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน จะยังมีการแตกหักของกระดูกง่ายเมื่อล้ม

ลักษณะการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและมวลกระดูก นอกจากนี้ยังช่วยลดไขมันในร่างกายและไขมันในเลือด ลดความดันเลือด ควบคุมเบาหวาน

การเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามลักษณะของน้ำหนักที่ใช้ คือ

- การใช้น้ำหนักหรือแรงต้านทานของตนเอง การฝึกออกกำลังกายที่สร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อด้วยการใช้น้ำหนักหรือแรงต้านทานของตนเอง สามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษใดๆ ไม่ต้องมีสถานที่ออกกำลังกายโดยเฉพาะ การฝึก

ออกกำลังกายชนิดนี้มีประโยชน์มากสำหรับผู้ไม่มีเวลาเฉพาะในการออกกำลังกาย ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อต่อ เช่น ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ข้อ หรือหลังการตัดข้อ การออกกำลังกายชนิดนี้ได้แก่ การดึงตัว งอตัว ลูกนั่ง หรือเกร็งกล้ามเนื้อมัดต่างๆ โดยเกร็งกล้ามเนื้อเต็มที่และคงที่ไว้เป็นเวลา 6-10 นาทีจึงผ่อนแรง ควรทำวันละ 5 ครั้ง ไม่จำเป็นต้องต่อเนื่อง ถ้าทำต่อเนื่องต้องมีระยะพักระหว่างการเกร็งครั้งที่หนึ่งถึงครั้งต่อไปไม่ต่ำกว่า 1 นาที การออกกำลังกายชนิดนี้ไม่ควรแบ่งลมหายใจขณะออกแรง คือไม่สูดหายใจเข้าเต็มที่แล้วกั้นไว้ ให้หายใจเข้าออกปกติ เพราะการแบ่งลมหายใจจะทำให้แรงดันเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเกิดอันตรายได้ในผู้ที่มีปัญหากับอวัยวะที่เกี่ยวข้องโดยไม่รู้ตัว เช่น โรคหัวใจ โรคถุงลม เป็นต้น

- การใช้น้ำหนักภายนอก การฝึกออกกำลังกายที่สร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อด้วยการใช้น้ำหนักภายนอก เช่น ดัมเบลล์หรือเครื่องยกน้ำหนักชนิดต่างๆ สิ่งสำคัญคือ ความหนักของการออกแรงต้องมากพอและจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการฝึกควรทำ 5-10 ครั้ง โดยไม่ต้องฝึก ถ้าต้องการความแข็งแรงมากขึ้น ต้องเพิ่มน้ำหนักมากขึ้นจำนวนครั้งน้อยลง ถ้าต้องการความทนทานต้องใช้น้ำหนักเบาจำนวนครั้งมากขึ้น หากไม่สามารถออกแรงยกได้สูงสุด อาจเริ่มต้นด้วยการยกน้ำหนักเบาก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น การยกน้ำหนักเพื่อสุขภาพควรใช้น้ำหนักปานกลางก็เพียงพอ การออกกำลังกายชนิดนี้จะทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้น ขณะออกแรงยกหรือเกร็ง อย่ากลั้นหายใจ ให้หายใจปกติ ในการเหยียดกล้ามเนื้อและปล่อยน้ำหนักลง อาจทำให้กล้ามเนื้อเกิดเจ็บได้ จึงควรระมัดระวังในขั้นตอนต่างๆ

4. ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง ช่วงกว้างการเคลื่อนไหวของข้อต่อ หรือกลุ่มข้อต่อที่มีผลต่อความอ่อนตัว คือ กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อ ความยาวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและเนื้อเยื่อรอบข้อต่อ การฝึกความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลายรูปแบบ ที่ทำได้ง่าย คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้องค่อยๆ ทำอย่างช้าๆ จนถึงจุดที่รู้สึกตึงแต่ไม่เจ็บปวด ค้างไว้ทำนั้นประมาณ 10-30 วินาที ถ้ามีการเกร็งกล้ามเนื้อให้ค้างในท่านั้น 3-6 วินาที ในระหว่างการยืดเหยียดให้หายใจเข้าออกตามปกติ ไม่กลั้นหายใจ การมีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้การเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างคล่องแคล่ว

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

ขั้นตอนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง มีอายุยืนยาวและชะลอความชราได้ การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายหรือการอุ่นเครื่อง

เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายจริง เหมือนกับก่อนที่รถยนต์จะออกวิ่งควรมีการอุ่นเครื่องก่อนขึ้นไค ก่อนออกกำลังกายก็ต้องมีการอุ่นร่างกายก่อน เช่น ถ้าเราจะออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ก็ไม่ควรที่จะวิ่งลงทันทีเมื่อไปถึงสนาม แต่ควรจะอุ่นร่างกายให้มีอุณหภูมิสูงขึ้นก่อนซักๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายสลับแขน สลับขา แกว่งแขน วิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่ซักๆ ช่วงระยะเวลาหนึ่งก่อนแล้วจึงออกวิ่ง ตัวอย่างที่ดีที่เห็นได้ชัดก็คือ ก่อนที่นักมวยจะชกกันบนเวที นักมวยจะมีการไหว้ครู การไหว้ครูเป็นการอุ่นร่างกายอย่างหนึ่ง จะเห็นว่าขบวนการไหว้ครูจะมีทั้งยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ก่อนที่จะต่อสู้กันอย่างรุนแรง ในผู้ที่เป็โรคหัวใจ ถ้าไม่มีการอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย จะทำให้หัวใจล้มเหลวถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น การอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะต้องกระทำก่อน

ผลดีของการอุ่นร่างกายต่อสมรรถภาพร่างกาย มีดังนี้

- เพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อสามารถหดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
- ทำให้การประสานงานระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ หรือระหว่างกลุ่ม กล้ามเนื้อด้วยกันเป็นไปอย่างถูกต้องและราบรื่น
- ปรับการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดให้เข้าไกลักษณะคงที่ เป็นการย่นระยะการปรับตัวในระหว่างการออกกำลังกาย

การอบอุ่นร่างกายควรเพิ่มความหนักและความถี่ของการเคลื่อนไหวทีละน้อย โดยทั่วไปแล้วใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที การอบอุ่นร่างกายประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1. การยืดเหยียด (Stretching exercise) เป็นการเตรียมความพร้อมของเอ็นข้อต่อ และเส้นใยกล้ามเนื้อ โดยการยืดเหยียดให้มีความยาวและนุ่มกว้างกว่าปกติ สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อส่วนหลัง คอ ไหล่

2. การบริหารมือเปล่า (Calisthenics) เป็นการบริหารกายเพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะทั่วร่างกายได้เคลื่อนไหว โดยทำภายหลังกายอบอุ่นร่างกายแบบยืดเหยียดแล้วใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3. การออกกำลังกายเฉพาะกิจกรรม (Specific activity) เป็นช่วงสุดท้ายของการอบอุ่นร่างกายก่อนลงแข่งขัน โดยเตรียมให้กล้ามเนื้อพร้อมในการทำงานหนัก เป็นการฝึกระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเฉพาะกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายจริงจัง

การจะทำให้การออกกำลังกายได้ผลสมบูรณ์ เป็นประโยชน์แก่ร่างกายจะต้องเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเผาไหม้อาหารในร่างกาย โดยใช้ออกซิเจนในอากาศด้วยการหายใจเข้าไป เพื่อทำให้เกิดพลังงานจนถึงระดับหนึ่ง การที่จะออกกำลังกายได้ถึงระดับนี้ เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ออกกำลังกายจะต้องเข้าใจให้ถูกต้อง

การออกกำลังกายไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็จะเกิดการทำให้กล้ามเนื้อพร้อมทั้งข้อต่อต่างๆ ของร่างกายหดและยืดเกิดการเคลื่อนไหวได้ กรรมวิธีเช่นนี้ ร่างกายจะต้องใช้พลังงานทำให้กล้ามเนื้อสามารถยืดหดอยู่ได้ พลังงานดังกล่าวได้มาจากการเผาไหม้อาหารที่กินเข้าไป และจะถูกนำไปยังตำแหน่งที่จะใช้แรงงานโดยใช้ออกซิเจนในเลือด ซึ่งเม็ดเลือดแดงนำมาจากการทำงานของปอด ในการเผาไหม้จะเกิดของเสีย คือ คาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเม็ดเลือดจะเป็นผู้นำออกไป หัวใจทำงานมากขึ้น เต้นเร็วและแรงขึ้น ปอดทำงานมากขึ้นเกิดการหายใจเร็วและถี่ขึ้น การออกกำลังกายที่มีผลทำให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้นเช่นนี้ เรียกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise)

การเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นนี้ควรเพิ่มมากขึ้นเพียงใดจึงจะเกิดประโยชน์แก่ร่างกายขึ้นอยู่กับอายุของคนนั้นด้วย โดยมีวิธีคิดเป็นสูตรของ American College of Sports Medicine คือ เอาอายุของคนนั้นๆ ลบออกจาก 220 ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นความสามารถของหัวใจที่เต้นสูงสุดของคนนั้นใน 1 นาที ร้อยละ 65-80 ของการที่หัวใจเต้นได้สูงสุดเป็นอัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมของคนนั้น

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายผ่อนคลายหรือการเบาสบาย

เป็นช่วงเวลาที่ระบบต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะระบบไหลเวียนกำลังปรับตัวคืนสู่สภาวะปกติ การเบาสบายมีความจำเป็น เพราะขณะออกกำลังกาย จะมีการเพิ่มการสูบฉีดเลือดมา

เลี้ยงกล้ามเนื้อมาก ถ้าหยุดออกกำลังกายทันที จะมีเลือดที่ค้างอยู่ที่กล้ามเนื้อมาก ทำให้เลือดกลับสู่หัวใจลดลง เลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลงด้วย โดยเฉพาะสมอง ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ ในผู้ที่มีปัญหาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอาจเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจวายได้ การเบาเครื่องควรจะทำอย่างค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อยแทนการหยุดการออกกำลังกายโดยทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่ค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ การเบาเครื่องยังช่วยให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อและการปรับตัวของร่างกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตัวอย่างของการเบาเครื่อง คือ เมื่อออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ถ้าวิ่งจนครบกำหนดแล้วให้ค่อยๆ ลดความเร็วลง เป็นวิ่งช้าๆ เดินเร็ว เดินช้าและหยุดพัก ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที อย่างน้อยที่สุด 5 นาที

การออกกำลังกายที่ดี จะต้องคำนึงถึง ความถี่ในการออกกำลังกาย ความหนักเบาในการออกกำลังกาย ระยะเวลาของการออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกาย

หลักการออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ มีหลักปฏิบัติ ดังนี้

1. ความถี่ในการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน

2. ความหนักเบาในการออกกำลังกาย หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับประเภทและวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายเพื่อให้เกิดผลกระทบบ้างขึ้นต้องเพิ่มความหนักโดยการยกน้ำหนักมากขึ้น บ่อยขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความทนทานของกล้ามเนื้อ ต้องเพิ่มจำนวนครั้งให้มากขึ้น ในการเพิ่มผลกระทบบ้างของผู้สูงอายุต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่หักโหม เพราะกล้ามเนื้ออาจฉีกขาดได้ การยกน้ำหนักแต่ละครั้งห้ามเบ่งหรือกลั้นหายใจ ต้องหายใจตามปกติ เพราะการกลั้นหายใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีเส้นเลือดที่สมองเปราะบางอาจแตกเกิดอัมพาตได้ สำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของระบบไหลเวียนเลือดเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับเลือดอย่างเพียงพอ สำหรับผู้สูงอายุแนะนำให้ใช้ท่าที่ใช้ร่างกายตนเองเป็นหลัก เพราะสามารถควบคุมได้ สำหรับการใช้น้ำหนักภายนอกหรืออุปกรณ์สำหรับยกน้ำหนัก น้ำหนักที่เหมาะสมคือน้ำหนักประมาณครึ่งหนึ่งของน้ำหนักที่ท่านสามารถยกท่านั้นได้เพียง 1 ครั้ง โดยน้ำหนักที่แนะนำ คือ ใช้ขวดน้ำอัดลมชนิด 1-2 ลิตร ใส่น้ำให้เต็มแล้วใส่ในตะกร้าที่มีที่จับแข็งแรงและใหญ่พอควร แล้วทำท่ายกกลัมน้ำหนักนั้นๆ เช่น ท่ากางแขน อาจจะลองเพิ่มน้ำหนักอีกประมาณครึ่งขวดลิตร หากยกไม่ขึ้นเท่ากับรายการไม่ขึ้นที่น้ำหนักประมาณ 4 กิโลกรัมๆ ก็ให้ใช้น้ำหนักใน

การยกท่าทางไหลประมาณ 2 กิโลกรัม หรือใช้น้ำหนักที่ท่านสามารถยกได้ประมาณ 8-10 ครั้งแล้วพอดีเมื่อยกก็ได้

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรนานติดต่อกันครั้งละ 20-30 นาที แต่สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อยๆ เท่าที่ทำได้ อาจเป็น 5-10 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนสามารถออกกำลังกายนานติดต่อกัน 20-30 นาที

การออกกำลังกายมิใช่ยาวิเศษที่จะออกฤทธิ์ทันที แต่จะต้องใช้เวลานานพอสมควร โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุ หมายถึง ความเสื่อมที่ได้สะสมมาหลายปี ในขณะที่เดียวกันจะไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างหนักเพื่อให้เกิดผลทันที เพราะจะมีข้อเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้ ดังนั้น การออกกำลังกายควรค่อยๆ เริ่มอย่าใจร้อนหรือหักโหม ควรรู้ข้อจำกัดของตนเอง รู้การบริหารที่อาจจะมีผลเสียต่อตนเอง และควรรู้ว่าจะต้องหยุดออกกำลังกายทันทีเวลาใด

ชนิดของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีหลายชนิด การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การเดิน จะเป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรือความพิการของเท้าและข้อเท้าที่ทำให้ลำบากในการเดิน) ข้อควรปฏิบัติ คือ ต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเดินเป็นการออกกำลังกายที่เท้าเป็นส่วนใหญ่ จึงควรแกว่งแขน บริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน ควรเดินในที่อากาศบริสุทธิ์ ปลอดภัย และควรเดินในตอนเช้า

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

3. การบริหารท่าต่างๆ ก็เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

4. การรำมวยจีน หลักการของการรำมวยจีน คือ การเคลื่อนไหวช้าๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิสำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องมีครูฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสม และต้องใช้เวลาปฏิบัติจริงจัง

5. โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน ต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะให้ประโยชน์สูง

ชนิดของการออกกำลังกายยังมีอีกมาก รวมถึงกีฬาต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ถ้าผู้สูงอายุได้รู้หลักที่ถูกต้อง และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาพร่างกาย ไม่หักโหม ไม่รุนแรง ไม่แข่งขัน ก็จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ด้านการแพทย์แล้วการออกกำลังกายถือว่าเป็นยาวิเศษขนานแท้ มีการศึกษามากมายที่พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ภาวะกระดูกพรุน และโรคมะเร็ง น้อยกว่าผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ดังการศึกษาจากสถาบันของนายแพทย์คูเปอร์ที่ถือได้ว่า เป็นผู้ริเริ่มการออกกำลังกายแบบแอโรบิค พบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมากกว่าบุคคลในวัยเดียวกันมีอัตราการเสียชีวิตลดลงถึงร้อยละ 20 หากการออกกำลังกายนั้นทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ เกิดประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นก็จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อีก

การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ระบบต่างๆ ของร่างกายจะทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย สรุปได้ดังนี้

1. ช่วยชะลอความชรา ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ดูเป็นหนุ่มเป็นสาว กระชับกระเฉง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายและการลดลงของประสิทธิภาพในการทำงาน เกิดช้ากว่าที่ควรเป็น ช่วยยืดอายุให้ยืนนาน
2. การทรงตัว และการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีความกระชับกระเฉง ว่องไว เคลื่อนไหวได้ดีโดยไม่พลัดตกหกล้ม
3. ลดน้ำหนักตัว ควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างดีขึ้น
4. ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส
5. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
6. ลดความดันเลือด

ผลดีของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีผลชะลอความเสื่อมหรือความพิการให้ผลในการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะเกือบทุกระบบของร่างกายในทางที่ดีขึ้นที่เห็นได้ชัด คือ

1.ระบบเคลื่อนไหว

ระบบเคลื่อนไหวประกอบด้วย กระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายทำให้มีการเปลี่ยนแปลง คือ

- กระดูกจะมีความหนาและแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะบริเวณที่มีกล้ามเนื้อเกาะ
- ข้อต่อ เอ็นของข้อต่อมีความเหนียวและหนาขึ้น ทำให้ข้อต่อมีความแข็งแรงสามารถเคลื่อนไหว ไปได้เต็มวงการเคลื่อนไหวอย่างมีประสิทธิภาพ ในข้อที่มีการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงข้อเยื่อจะสร้างน้ำหล่อเลี้ยงในปริมาณพอเหมาะที่ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปโดยคล่องตัว และไม่ทำให้บริเวณหัวกระดูกเกิดการเสียดสีกันจนเกิดอันตราย
- กล้ามเนื้อ เอ็นของกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้นและยืดหยุ่น ได้มาก ทำให้สามารถลดแรงที่มากกระทำต่อกล้ามเนื้อโดยทันใดได้เป็นจำนวนมากเป็นการลดอันตรายที่จะเกิดแก่กล้ามเนื้อและเอ็นกล้ามเนื้อในตัวกล้ามเนื้อ ถ้าเป็นการออกกำลังกายชนิดต่อต้านกับน้ำหนักมาก (การฝึกกำลังกล้ามเนื้อ) กล้ามเนื้อจะมีขนาดใหญ่ขึ้น มีแรงในการหดตัวมากขึ้น แต่ถ้าเป็นการออกกำลังกายชนิดแรงต้านทานไม่มาก แต่มีการทำซ้ำเป็นเวลานาน (การฝึกความอดทน) ขนาดของกล้ามเนื้ออาจไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะมีการกระจายของหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อสามารถรับออกซิเจนและสารอาหารที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันจะมีการสะสมสารอาหารที่ให้พลังงานโดยเฉพาะพวกแป้ง สารเร่งปฏิกิริยาในการเผาผลาญสารอาหารจำพวกแป้งและไขมันให้เกิดพลังงานมากขึ้น กล้ามเนื้อจึงสามารถทำงานได้ดีติดต่อกันเป็นเวลานานขึ้น

2.ระบบการหายใจ

- การออกกำลังกายทำให้ระบบการหายใจดีขึ้น โดยกล้ามเนื้อในการหายใจ คือ กล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลมแข็งแรงขึ้น
- ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น มีเลือดหล่อเลี้ยงมากขึ้น และมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนอาการดีขึ้น
- ในขณะที่พัก อัตราการหายใจจะลดต่ำลง เป็นการประหยัดพลังงานที่ใช้ในการหายใจ
- ปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจเข้าออกได้สูงสุดเพิ่มมากขึ้น

3. ระบบการไหลเวียนเลือด

ระบบการไหลเวียนเลือด ประกอบด้วย หัวใจ หลอดเลือด และเลือด การออกกำลังกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ

- หัวใจ ในการออกกำลังกายประเภทที่ใช้ความอดทนเป็นเวลานาน หัวใจจะมีปริมาตรมากขึ้น กล้ามเนื้อความแข็งแรง สามารถสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจได้ครั้งละมากขึ้น มีการกระจายของหลอดเลือดฝอยมากขึ้นในกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดหล่อเลี้ยงเพียงพอ ไม่เกิดการขาดเลือดได้ง่าย ในขณะที่พักอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มน้อยกว่าเดิมทำให้สามารถเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายได้มากกว่าเดิม ปริมาตรเลือดที่หัวใจสามารถสูบฉีดออกได้สูงสุดเพิ่มขึ้น

- หลอดเลือด มีการกระจายของหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อ และอวัยวะเกี่ยวกับการออกกำลังกายมากขึ้น ความยืดหยุ่นดีขึ้นความดันเลือดลดลง

- เลือด ปริมาตรเพิ่มขึ้นมีสารสำหรับจับออกซิเจนเพิ่มขึ้น (ฮีโมโกลบิน) สารเคมีบางตัวในเลือดลดลง เช่น ไชมัน

4. ระบบประสาท

- ระบบประสาททำงานในอำนาจจิต โดยเฉพาะการสั่งงานกล้ามเนื้อจะทำงานได้ดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ ประสานงานกันได้ดี การเคลื่อนไหวเป็นไปโดยถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

- ระบบเสริม ประสาทมีอยู่ 2 พวก ทำหน้าที่เหนี่ยวนำซึ่งกันและกัน จะทำงานได้สมดุลกันทั้งในขณะที่พักและขณะออกกำลังกาย ทำให้อวัยวะต่างๆ ที่ควบคุมด้วยระบบประสาทเสริมทำงานได้ดีขึ้น เช่น ระบบไหลเวียนเลือด การหลั่งเลือด การหลั่งเหงื่อ การย่อยอาหาร การขับถ่ายและต่อมที่ให้ออร์โมนต่างๆ

- จิตใจ การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อจิตใจช่วยลดความเครียดได้ การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยแก้ไขสภาพที่ผิดปกติทางจิตใจบางอย่างได้ นอกจากนั้นผลของการออกกำลังกายต่อระบบอื่นๆ ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสมรรถภาพร่างกายดี จึงมีผลทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นด้วย

1. ระบบต่อมไร้ท่อ สร้างฮอร์โมนที่มีผลต่อการเพิ่มน้ำตาลในเลือด ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี

2. ระบบเผาผลาญอาหารเพิ่มการสร้างและสลายสารอาหารที่ให้พลังงานช่วยลดน้ำหนักได้

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

1. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป การออกกำลังกายครั้งแรกควรคำนึง

- ถ้าไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่เคยมีความผิดปกติของร่างกายมาก่อน การเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มต้นด้วยการเดินก่อน แล้วเพิ่มเวลาเดินขึ้นจนถึง 20 นาที ถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยผิดปกติให้เพิ่มเป็นเดินเร็วๆ ถ้าไม่เหนื่อยให้เริ่มวิ่งเหยาะๆ จนถึงวิ่ง

- ถ้ามีโรคประจำตัวอยู่หรือมีความผิดปกติ เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง เคยแน่นหรือเจ็บหน้าอก เป็นลมหน้ามืด เวียนศีรษะ ข้อเสื่อมหรือมีปัญหาทางกระดูก น้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐาน 10 กิโลกรัม ประวัติครอบครัวมีปัญหาโรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ อย่างไร แค่นั้น

2. การออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง

- สถานที่ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนเกินไป
- เครื่องนุ่งห่มควรใส่สบาย ไม่ฟิต/รัดรูป ให้อุ่นพอโดยเฉพาะในเวลาอากาศหนาวเย็น
- รองเท้าที่ใช้ใส่ออกกำลังกาย ควรให้เหมาะสม ใส่แล้วรู้สึกสบาย
- เวลาจะเป็นเวลาเช้า กลางวัน เย็น หรือก่อนนอนก็ได้ แต่ควรก่อนรับประทานอาหารหรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงขึ้นไป

3. ชนิดของการออกกำลังกาย ควรเป็นแบบแอโรบิก คือ มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ วิ่ง ว่ายน้ำ รำมวยจีน ถีบจักรยาน ถีบจักรยานอยู่กับที่ เต้นแอโรบิก เป็นต้น

4. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถ และสภาพร่างกายต้องไม่แข่งขัน เพราะการแข่งขันอาจทำให้ฝืนร่างกายให้หักโหมเกินไป อาจเกิดอันตรายได้

5. ควรเลิกสูบบุหรี่

6. การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดอาหารหวานหรืออาหารที่มีไขมันมาก หลีกเลี่ยงการใช้ยาลดน้ำหนักโดยเด็ดขาด เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

7. ควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงมากหรือท่าท่าที่ไม่คุ้นเคย

8. ต้องมีความอดทนและไม่ท้อถอย เพราะการฝึกให้ร่างกายแข็งแรงอยู่ตัวได้ต้องใช้เวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์ขึ้นไป

9. พยายามใช้ประโยชน์จากกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา และเป็นการเคลื่อนไหวหลายๆแบบ

10. ทำงานที่ต้องออกแรงให้เป็นกิจวัตรเพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ได้ยืดตัว เช่น ทำสวน เดินเร็วๆ เป็นต้น ควรกำหนดเวลาให้แน่นอนเพื่อไม่ให้ลืมนั่น

11. ควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง เนื่องจากการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงภายหลังได้

12. ควรออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ อย่างต่อเนื่องหรือเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ รำมวยจีน เป็นต้น วันละประมาณ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดเบาๆ ถึงชนิดหนักปานกลาง ทำอย่างต่อเนื่อง

ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อาจมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับวัย ถ้าหักโหมมากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายได้ ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก กระโดด หรือวิ่งด้วยความเร็วสูง เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ

2. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงกระแทก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ข้อเข่า เช่น การกระโดด การขึ้นลงบันไดสูงมากๆ บ่อยๆ หรือนั่งยองๆ เนื่องจากการเสื่อมของข้อตามวัยอยู่ก่อนแล้ว

3. ไม่ควรบริหารร่างกายที่ต้องใช้ความเร็วสูง ต้องเปลี่ยนทิศทางอย่างฉับพลันหรือเดินพลาด กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุจะมีการหดตัวช้าลง ทำให้การรักษาสมดุลของร่างกายทำได้ช้า การใช้ความเร็วสูงจะทำให้เกิดการเคล็ดขัดยอกของกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ ได้

4. ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าวหรือแดดจัด ซึ่งจะทำให้ ร่างกายเสียน้ำและเกลือแร่ได้มาก เนื่องจาก ระบบการระบายความร้อนและไตเสื่อมลง ประสิทธิภาพในการระบายความร้อนและการขับถ่ายของเสียลดลง ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงระหว่างออกกำลังกายได้

5. ผู้สูงอายุมีสายตาพร่ามัว มอง ไช้หลัง และเส้นประสาทเสื่อมลง มองสิ่งงานช้าลง จึงไม่ควรออกกำลังกายที่มีการแข่งขัน เพราะจะทำให้เกิดอันตรายจากการแข่งขันได้ เนื่องจากการหลบทลึงช้าลง เช่น วิ่งชนสิ่งกีดขวาง โดนลูกบอลหรือถูกเทนนิสกระแทก เป็นต้น

6. ไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบาย

7. ในขณะที่ออกกำลังกาย ถ้าเกิดอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรหยุดออกกำลังกาย แล้วปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำต่อไป

4. แนวคิด และทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

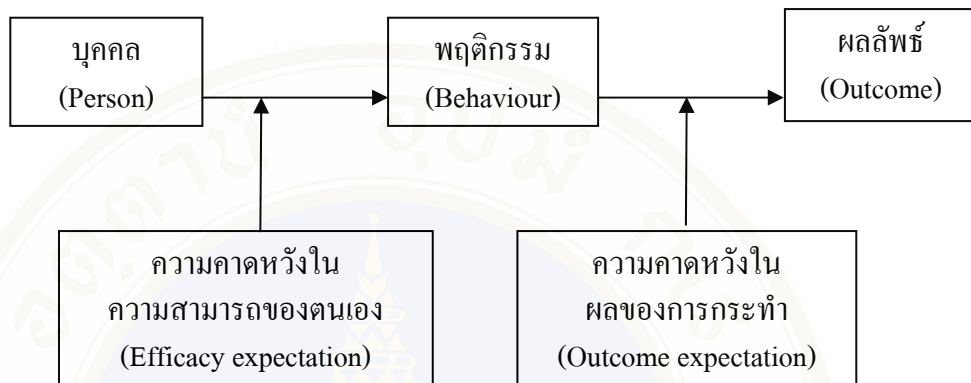
การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีรายละเอียดของแนวคิดทฤษฎีดังนี้

1. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory)

Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา เป็นผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งมีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self - Efficacy) นั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูรา (Bandura) เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามี ความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึกจิตใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด (Bandura, 2003 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2549: 95) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จ และมีความเป็นอยู่ที่ดี เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม ถึงแม้จะล้มเหลวเขาก็จะมองความผิดพลาดไปที่พยายามไม่เพียงพอหรือขาดความรู้หรือทักษะ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมองงานที่ยากว่าเป็นภาวะคุกคาม จะหลีกเลี่ยงและล้มเลิกการทำงานนั้นๆ เมื่อมีความผิดพลาดก็จะมองว่าตนเองด้อยขาดความสามารถ (สุปรียา ตันสกุล, 2549: 95) การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวัง

เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว
 ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความ
 คาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977: 193)

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กัน
 มากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของ
 บุคคลนั้นๆซึ่งจะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 2

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผล
 ที่จะเกิดขึ้น (Bandura: 1978 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต:2549)

จากแผนภูมิที่ 2 สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำนั้นจะได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ แต่คาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง แสดงว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถของตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการคำนึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการที่จะดำเนินงานบางอย่างให้สำเร็จด้วยระดับความสามารถเฉพาะที่แตกต่างกัน (Bandura, 1977)

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลทางการศึกษาสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคล ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมจัดว่าเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ โดยจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Brandt & Weinert, 1985, p. 2) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล (Norbeck, 1982, pp. 22-29) และยังทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถให้สิ่งที่ดี ให้การบริการและการป้องกันให้กันและกันในเวลาคับขันหรือเวลาเกิดอันตราย (Cobb, 1976, pp. 300-301) เนื่องจากความสำคัญดังกล่าวทำให้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นจำนวนมาก จึงมีแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ กันดังนี้

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

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

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และสุปรียา ตันสกุล (2548: 27) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าหมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่มีหลายประเภท เช่น ข้อมูลข่าวสาร เงิน และเป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล 2 ฝ่าย คือฝ่ายผู้ให้ เช่น บิดา มารดา และครู กับฝ่ายผู้รับ เช่น บุตรหรือนักเรียน ได้รับคำแนะนำตักเตือนจากบุคคลดังกล่าว เป็นต้น

จากที่ได้ศึกษานิยามหรือการให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา นั้นพอจะสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มักเป็นการให้ความช่วยเหลือระหว่างกันและกันของบุคคลที่มีการติดต่อสัมพันธ์กัน ซึ่งการช่วยเหลือจะมีหลายรูปแบบ ตลอดจนความแตกต่างระหว่างความสัมพันธ์ในระหว่างผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือก็มีอีกหลายรูปแบบเช่นกัน

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 257-259 อ้างใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และสุปรียา ตันสกุล, 2548: 28) แบ่งแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันทางธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา มารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตรและให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support System) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรวิชาชีพ (Organized Support Religious Systems of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลทางสุขภาพ ผู้ช่วยเหลืที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organize Support Groups Not Directed By Health Professional) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่นกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์เหมือนกัน

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้ และ ผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีความสนใจเอาใจใส่และมีความรัก ความหวังอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่าเขาเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุน อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือ การมีสุขภาพดี

รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

เฮ้าส์ (House: 1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) ได้แก่ การให้ความพอใจ การยอมรับ และความห่วงใย
2. การสนับสนุนในการประเมิน (Appraisal Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนหลัง (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมารวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้
3. การให้ข้อมูลสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร
4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrument Support) ได้แก่ แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจึงขึ้นอยู่กับคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล และลักษณะกลุ่มสังคม

5. ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นชมรมผู้สูงอายุระดับจังหวัด ได้ก่อตั้งเมื่อปีพ.ศ. 2533 ตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล (โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา, 2533 และโรงพยาบาลมะการักษ์, 2533) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

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

สวัสดิการของสมาชิก

1. เมื่อสมาชิกถึงแก่กรรม ได้รับค่าทำศพรายละ 2000 บาท นำพวงหรีดไปเคารพศพ และเป็นเจ้าภาพ 1 คืน
2. กรณีสมาชิกเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน ได้รับของเยี่ยมวงเงินไม่เกิน 500 บาท กรณีป่วยที่บ้าน คณะกรรมการจะร่วมกันวางแผนเยี่ยมเป็นรายๆไป
3. สมาชิกจะได้รับการตรวจสอบสุขภาพและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในวันประชุมสมาชิกและได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง
4. ในกรณีที่สมาชิกประสบภัยต่างๆ (วาทภัย อัคคีภัย และอุทกภัย) คณะกรรมการจะพิจารณาเป็นรายๆไป

การบริหารชมรม

มีการประชุมคณะกรรมการบริหารชมรมทุกเดือน ในวันพฤหัสบดีแรกของเดือน และมีการประชุมสมาชิกทุก 2 เดือน ในวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน สำหรับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ส่วนโรงพยาบาลมหาราชนิก มีการประชุมคณะกรรมการบริหารชมรมทุกเดือน เช่นเดียวกันแต่เป็นวันพุธแรกของเดือน และตามแต่โอกาส คือถ้ามีกิจกรรมอะไรพิเศษจะมีการนัดประชุมกันอีกตามวาระ

กิจกรรมของชมรม

1. กิจกรรมของชมรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสอบสุขภาพสมาชิก มีการให้ความรู้ อบรมวิชาการ เช่น โรคสมองเสื่อม, การใช้สมุนไพร, โรคต่างๆที่พบในผู้สูงอายุ มีกิจกรรมการออกกำลังกาย
2. ด้านการส่งเสริมวัฒนธรรมและประเพณีไทย มีการจัดงานวันสำคัญที่เกี่ยวข้อง ประเพณีศาสนาและสังคม งานวันผู้สูงอายุ ส่งเสริมการแสดงที่เป็นวัฒนธรรมพื้นฐาน
3. กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ปฏิบัติธรรม ทอดผ้าป่า กิจกรรมงานบุญ งานกุศล ถือน้ำศีล ปฏิบัติธรรม เป็นต้น
4. กิจกรรมเพื่อสังคมและการศาสนา ได้แก่ สงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือด้อยโอกาส การเข้าร่วมจิตอาสา ร่วมเป็นคณะกรรมการสถานพินิจ ร่วมกิจกรรม สาขาสภาผู้สูงอายุ ประจำจังหวัดกาญจนบุรี ร่วมกิจกรรมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

เช่น ปลูกต้นไม้ เป็นคณะกรรมการของวัดและกิจกรรมที่หน่วยงานต่างๆขอมา ร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัด

5. กิจกรรมเพื่อการเอื้ออาทรและสวัสดิการแก่สมาชิก ได้แก่ ระดมทุนโดยการออมทรัพย์ ส่งเสริมการออมเพื่อสนับสนุนเศรษฐกิจพอเพียง เขียนเขียนให้กำลังใจเมื่อเจ็บป่วยที่บ้าน ร่วมงานศพเมื่อสมาชิกถึงแก่กรรม

6. มีการศึกษาดูงานในส่วนของผู้สูงอายุชมรมอื่นๆ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

กมลพรรณ หอมน่าน (2539) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้การสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ และใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบวัดความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=.330$; $P<.001$, $r=.233$; $p<.01$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.168$; $p<.05$, $r=.236$; $P<.01$) ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.250$; $p<.0.1$, $r=.193$; $p<.05$) แต่รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ($r=-.188$, $p<.05$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19.7 ผลการศึกษาควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักคุณค่าของตนเองและมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่ดีของตนเองต่อไป

น้อมจิตต์ สกุดพันธ์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจรับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.277$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 11.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นพรัตน์ เจริญกิจ(2543) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์, และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเอง ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย และความคาดหวังในผลลัพธ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 31.8

สุทธศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบอำนาจ การทำนายของปัจจัยพื้นฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และระยะเวลาในการศึกษาสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 57.0 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

วิชชุดา เจริญกิจการ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

แบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย อิทธิพลระหว่างบุคคล และเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้ร้อยละ 49 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุตาจันทร์ วัชรกิตติ (2535) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีจำนวนบุคคลในเครือข่ายเฉลี่ย 6 คน ชนิดความสัมพันธ์เป็นแบบเครือข่ายและเพื่อน ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด เฉลี่ย 5 คน และมีการติดต่อกันเฉลี่ย 22 ครั้ง/เดือน นอกจากนี้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า ด้านในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน จากการหาความสัมพันธ์พบว่า เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.649$, $P<0.01$) โดยเครือข่ายทางสังคมด้านการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากที่สุด เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.149$, $P<0.05$) โดยเครือข่ายทางสังคมรายด้านมีเพียงจำนวนบุคคลในเครือข่าย และชนิดความสัมพันธ์เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< .05$) กับการสนับสนุนทางสังคมการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r=.296$, $P<0.01$) โดยการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองในรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์

สุธีรัตน์ อนันต์(2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัย ที่สามารถทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการ รับรู้ความสามารถของตนเองต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณ แบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ที่สุดได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพได้ร้อยละ 41.6 นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา การ รับรู้ ประโยชน์และอายุ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วย เบาหวานได้ร้อยละ 50.5

สุปราณี แสงวงษ์ (2547) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า รายได้ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทาง สังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 49 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 จากผลการวิจัยทำให้ได้ข้อสรุปว่า ควรมีการจัดบริการสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุโดยเน้นเรื่องการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดตั้งชมรมต่าง ๆ ในชุมชน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกรัตน์ เชื้ออินฐา (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับประทานเมี่ยง หมากพลู การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน และการตรวจสุขภาพประจำปี สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับกลางคืน และการ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานเมี่ยง หมากพลู การ สูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม รายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานเมี่ยง หมากพลู การป้องกันท้องผูก การออกกำลังกายและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการออก กกำลังกาย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ชุตีวรรณ ปุรินทรภิบาล (2541) ศึกษาเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัด

ปทุมธานี พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขวัญหทัย บุญชู (2545) ศึกษาความรู้ ภาวะโภชนาการ และความ สัมพันธ์ระหว่างความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบ้านเกาะกลาง อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย 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) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และอำนาจการตัดสินใจในการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี จำนวน 160 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบางแพะ, โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน, โรงพยาบาลจอมบึง และโรงพยาบาลวัดเพลง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความคาดหวังในผลลัพธ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 31.8 ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เช่นการจัดให้เห็นตัวแบบ ในผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จและความล้มเหลวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กรณีตัวอย่าง เหล่านี้รวมถึงผู้ป่วยที่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ และผู้ป่วยที่แสวงหาความรู้ โดยการศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการนี้จะกระตุ้นให้พวกเขาสามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วย และมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

สุพุมล แสนพวง (2543) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอำนาจการตัดสินใจของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผล ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี จำนวน 120 คน ที่มารับการตรวจรักษา ที่คลินิกโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลบางแพ, โรงพยาบาลวัดเพลง, โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง คะแนนเฉลี่ยรับรู้อุปสรรคในการบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อวิเคราะห์ ถอดอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และระดับการศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 38.3 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยเน้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความเข้าใจ ถึงประโยชน์ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

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

นางนวล พูลเกษร (2544) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยนำ PRECEDE Framework มาเป็น กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชรแบบหลายขั้นตอน จำนวน 420 คน เป็นชาย 198 คน หญิง 222 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว 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) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ โดยนำ PRECEDE Model ประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 424 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ four stages sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsons Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติการจำแนกหมู่คูณ (Multiple Classification Analysis) ผลการวิจัยพบว่า อายุ เพศ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีและการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การมีและเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การวิเคราะห์การจำแนกหมู่คูณ พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 8 ตัวแปรที่มีความสามารถ ทำนายมากที่สุดในกลุ่มปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรสังคมคือ เพศและเขตที่อยู่อาศัยปัจจัยนำสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 3 ปัจจัยเอื้อสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 7 ตัวแปรที่มีความสามารถทำนายมากที่สุดในกลุ่มปัจจัยเอื้อ คือ การมีและเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริมสามารถทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 14 ตัวแปรที่มีความสามารถทำนาย มากที่สุดในกลุ่มปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ สาธารณสุข ตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 18 ตัวแปรที่มีความสามารถทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือ ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในต่างประเทศ

Leili Salehi et al. (2010) ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้ของผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ประเทศอิหร่าน จำนวน 422 คน ในระหว่างเดือนกันยายน 2007- เมษายน พ.ศ. 2549 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 90 ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความถี่ในการบริโภคผักและผลไม้ต่อวัน และปริมาณที่เหมาะสมในการบริโภค 1 มื้ออาหาร นอกจากนี้พบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการได้รับการสนับสนุนจัดครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lin W, Lee YW(2005) ศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิด และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ของผู้สูงอายุชาวไต้หวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,937 คน ศึกษาในช่วงปี พ.ศ.2540-2541 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ทางโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะ ความรู้ทางโภชนาการที่สัมพันธ์กับโรค ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ แต่ไม่สนใจข้อมูลทางโภชนาการ แต่จะได้รับข้อมูลจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

Conn, Vicki S. (1998) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทดสอบและหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 65-100 ปี จำนวน 147 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย นอกจากนี้พบว่าอายุ และการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมากมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

Young-Shinและคณะ(2006) ศึกษาปัจจัยทำนายการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาย-หญิง อยู่ในระหว่างช่วงอายุ 60-75ปี จำนวน 267 คน โดยศึกษาตัวแปรได้แก่ ตัวแปรทั้งหมด ได้แก่ เพศ รายได้ ประสิทธิภาพการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถด้วยตนเองสำหรับการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้ของความดัน

โลหิต อุปสรรคในการออกกำลังกาย แรงงูใจภายในเพื่อสุขภาพ แรงงูใจสำหรับการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า เพศชายได้ ประสบการณ์การออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถด้วยตนเองสำหรับการออกกำลังกาย, การรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้ของความดันโลหิต, อุปสรรคในการออกกำลังกาย แรงงูใจภายในเพื่อสุขภาพ, แรงงูใจสำหรับการออกกำลังกาย มีผลกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

Sandra O'Brien Cousins (1995) ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับการออกกำลังกายในผู้หญิงสูงอายุในประเทศแคนาดา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายของสตรีสูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 70 -98 ปีในเมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดา จำนวน 327 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย มาจาก เพื่อน ครอบครัว และแพทย์ประจำตัว

Kaiser และคณะ (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่อาศัยอยู่ในชนบทซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนที่มีรายได้น้อยและอาศัยอยู่ในชนบท จำนวน 137 คน ของเมือง wisconsin พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แต่มีเพียงร้อยละ 8 ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการอาหาร และพบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองและการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายโดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและ การรับรู้อุปสรรคสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้อุปสรรคต่ำ

Baker AH, Wadle J. (2003) ศึกษาเกี่ยวกับเพศกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ในผู้สูงอายุโดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 1,024 คน ในประเทศอังกฤษ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายรับประทานอาหารผักและผลไม้มีน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงผู้สูงอายุเพศชายได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารผักและผลไม้มีน้อยกว่าเพศหญิง

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พอสรุปได้ว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและคุณลักษณะทางสังคม ปัจจัยทางปัญญา และปัจจัยแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านคุณลักษณะสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีดังนี้

1. **เพศ** : พบว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทภายในครอบครัว ชุมชน ตลอดจนในสังคม ซึ่งส่งผลให้มีหน้าที่แตกต่างกัน ดังงานวิจัยของ สมลักษณ์ สุกระสร (2551:140) เอกรัตน์ เชื้ออินตา (2540: 103) กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540:108) และวาสนา เกื่อนวงศ์ (2540: 134)

2. **อายุ** : อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจาก อายุที่เพิ่มขึ้น ย่อมทำให้สภาพร่างกายมีความเสื่อมถอยซึ่งจะเสื่อมถอยมากขึ้นแตกต่างกันตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ดังข้อค้นพบในการวิจัยของจินตนา ทองสุขนอก มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ(2551: 107-123) นงนวล พูลเกษตร (2544:14) และศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539:143)

3.**สถานภาพสมรส** : สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ ย่อมมีเพื่อนคู่คิด คอยสนับสนุน ส่งเสริมในการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสคอยดูแลและเป็นเพื่อนคู่คิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางร่างกายและจิตใจจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งผลการวิจัยของหลายท่านที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของจินตนา ทองสุขนอก มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์และนิรัตน์ อิมามิ (2551: 107-123) ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540:98) วาสนา เกื่อนวงศ์ (2540:134) และกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540:109)

4. **ระดับการศึกษา** : ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถแสวงหาแหล่งความรู้ในหลายทางเพื่อนำมาพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังผลการวิจัยของสมลักษณ์ สุกระสร (2551:139) ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539:144) และกมลพรรณ หอมนาน (2539:62) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

5. **รายได้** : รายได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเนื่องจาก รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ตลอดจนเป็นสิ่งที่เอื้อประโยชน์ต่อการแสวงหาแหล่งความรู้ในการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยของ ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540:98) กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540:110) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางปัญหาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีดังนี้

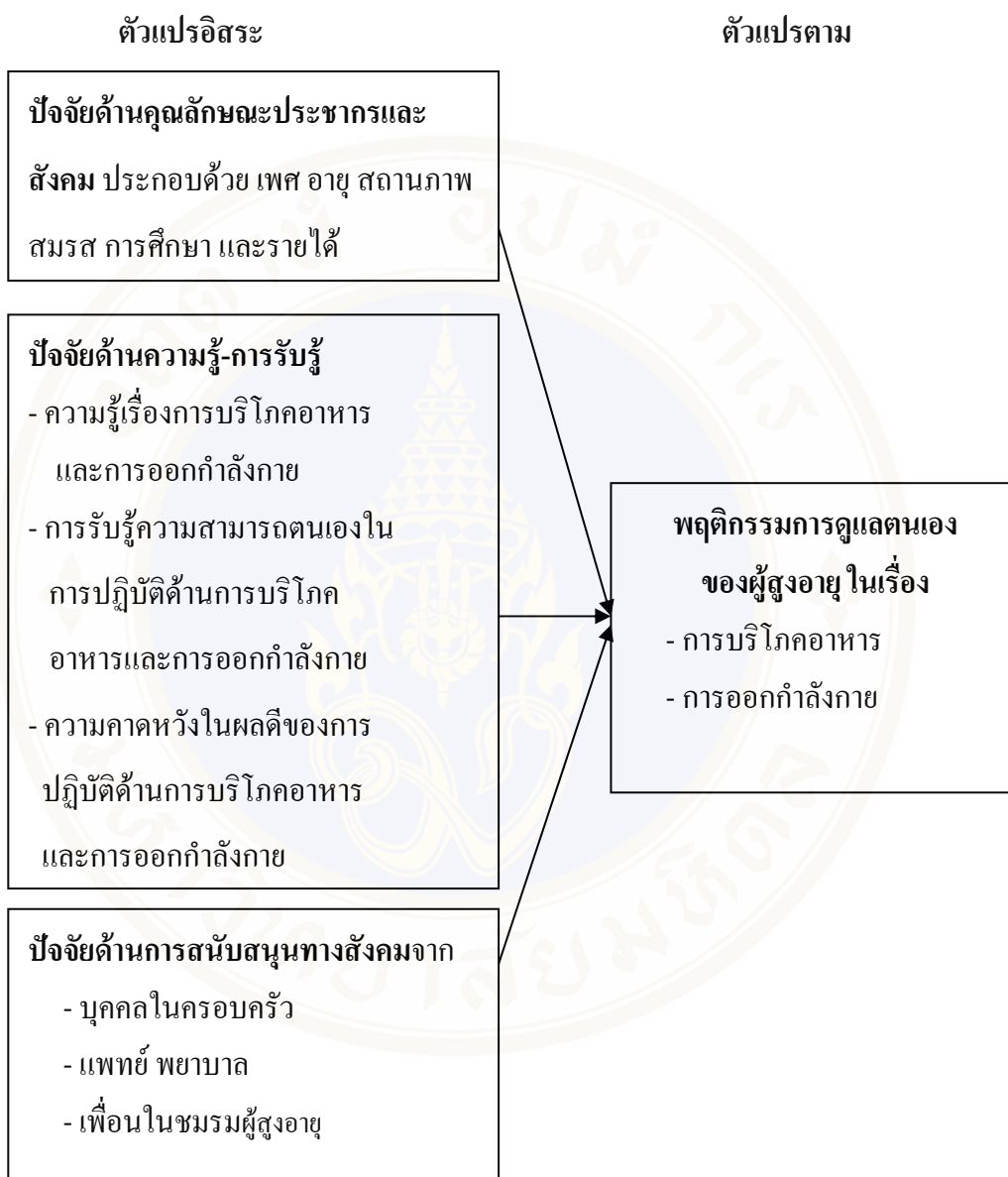
1. ความรู้: ความรู้จัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมได้อย่างมีเหตุผล เนื่องมาจากการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ บุคคลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆเสียก่อน เพราะความรู้ ความเข้าใจจะเป็นพื้นฐานการคิด การไตร่ตรอง ตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้จัดเป็นปัจจัยนำพื้นฐานที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังงานวิจัยของ Schwartz (1975) ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันก่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ และงานวิจัยในหลายเรื่องก็พบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่นงานวิจัยของนิรัตน์ อิมามี และสกุลรัตน์ ประเสริฐผล. (2549) สกุลรัตน์ ประเสริฐผล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี (2548) และขวัญหทัย บุญชู (2545) Lin W, Lee YW(2005)

2. การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม : การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีหรือผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม ซึ่งเบนคูรา (Bandura, 1977) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาทฤษฎีนี้ มีความเชื่อว่าความสามารถที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถตนเอง(Self - efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ได้ นอกจากนี้ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูง บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมเป้าหมายนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำด้วยบุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่ทำในพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์จึงเป็นตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังผลการศึกษาของสมลักษณ์ สุกระสร (2551:136) ชุตีวรรณ ปุรินทราภิบาล(2541:ง) นพรัตน์ เจริญกิจ(2543) นพวรรณ ภัทรวงศา(2542:100) Kaiser et al. (2010) และ Conn, Vicki S. (1998) และ Vicki S Conn et al. (2003)

3. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง : ดังที่กล่าวมาแล้วว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต โดยจะมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Brandt & Weinert, 1985, p. 2) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล (Norbeck, 1982, pp. 22-29) และยังทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถให้สิ่งที่ดี ให้การบริการและการป้องกันให้กันและกันในเวลาคับขันหรือเวลาเกิดอันตราย (Cobb, 1976, pp. 300-301) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังผลการศึกษาของ นงนวล พูลเกษร (2544) สุดาจันทร์ วัชรกิตติ (2535) Sandra O'Brien Cousins (1995) และ Leili Salehi *et al.* (2010)

โดยสรุปจากการทบทวนงานวิจัย ทำให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้โดยตัวแปรอิสระจะทำการศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล และเพื่อนในชมรม ซึ่งคาดว่าตัวแปรอิสระดังที่กล่าวนี้จะมีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ดังแผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็นรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว ณ ช่วงเวลาที่กำหนด (Cross - sectional design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหน่วยในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี มีขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างมีดังนี้

1. ขั้นตอนแรก ทำการศึกษาข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลประจำจังหวัด คือ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งพบว่าชมรมผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน 2 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี และชมรม

ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาญจนบุรี กล่าวคือ ชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง มีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ มีประธานชมรม กรรมการชมรม และสมาชิกชมรม รวมทั้งมีกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะสุ่มเลือกจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกใน 2 ชมรมดังกล่าว

2. ทำการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วน ของ Daniel (1991) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้

$$n = \frac{N Z^2 \alpha/2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha/2 pq}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร โดยใช้ฐานประชากรในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกทั้ง 2 ชมรม จำนวน 2,635 คน

P = ค่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายในการศึกษานี้ใช้ค่าสัดส่วนพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเมื่อเดือนกรกฎาคม 2551 พบว่ามีผู้สูงอายุออกกำลังกาย 19 คน จาก 48 คน ดังนั้น ค่า $p=0.4$

$P = 0.4$

$q = 1-P = 0.6$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของ p ที่ยอมให้เกิดขึ้นได้สูงสุด

ในการศึกษานี้กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ 12 ค่า d จะมีค่าประมาณ 0.05

$Z \alpha/2$ = ระดับนัยสำคัญทางสถิติในที่นี้ = 1.96

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{(1.96)^2 (2,635)(0.4)(0.6)}{(1.96)^2 (0.4)(0.6) + (2,634)(0.05)^2} \\
 &= \frac{2429.42784}{0.92198 + 6.585} \\
 &= \frac{2429.42784}{7.50698} \\
 &= 323.5146
 \end{aligned}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 324 คน

3. ทำการคำนวณสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละชมรม จากจำนวนสมาชิกทั้งสองชมรมรวมจำนวน 2,635 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพหลพล-พยุหเสนาจำนวน 1,329 คน และโรงพยาบาลมะเร็ง จำนวน 1,306 คน ดังนั้นจำนวนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลที่คำนวณได้ คือ

- กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 163 คน

- กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมะเร็ง จำนวน 161 คน

4. จากจำนวนตัวอย่างของแต่ละชมรม ทำการเลือกตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 50 - 80 ปี ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยโดยการฟังและการพูดได้ดี

3. ยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การตัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ

1. ผู้สูงอายุที่รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และไม่สมัครใจให้ข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์
2. ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในวันที่สัมภาษณ์และไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ในช่วงระยะเวลาการรวบรวมข้อมูลได้

3. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ให้ความสำคัญต่อจริยธรรมการวิจัยอย่างยิ่ง ดังนั้นการวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ MUPH2009-186 ดังรายละเอียดในภาคผนวก และก่อนทำการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

โครงการนี้ไม่มีการทดลองใดๆ จึงไม่มีความเสี่ยงจากการดำเนินการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีความเสี่ยง ต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นได้จากการรั่วไหลของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนตัว ในแบบสัมภาษณ์ หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ ข้อมูลที่กล่าวมาจะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การเผยแพร่ข้อมูลจะต้องเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล

การบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ สามารถทำได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือการรับบริการจากโรงพยาบาลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

4. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว(สามี/ภรรยา บุตร ธิดา) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
- ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
- ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลจากบุคคลในครอบครัว (สามี/ภรรยา บุตร ธิดา) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล และข้อคำถามเกี่ยวกับการศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และแบบเติมข้อมูลลงในช่องว่าง มีคำถามรวม 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวนคำถามรวม 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกที่ถูกต้องเพียง 1 ตัวเลือก ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คำถามส่วนนี้มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 1-10 คะแนน

จากคะแนนความรู้ที่ได้ ทำการจัดระดับความรู้แบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์การจัดระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971: 47) ได้ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนจากแบบสัมภาษณ์	ระดับความรู้
80-100	9-10	สูง
60-79	7-8	ปานกลาง
0- 59	0-6	ต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ประเมินจากความคิดเห็นที่มีต่อข้อความ ซึ่งมีจำนวน 13 ข้อความ การแสดงลักษณะความคิดเห็นที่มีต่อข้อความใช้แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำได้แน่นอน ทำได้ ทำไม่ได้

และทำไม่ได้แน่นอน โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ 1 ความคิดเห็นต่อ 1 ข้อความ แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 13-52 คะแนน ข้อความที่ใช้ในการประเมินจะมีทั้งข้อความด้านบวก (Positive Statement) และข้อความด้านลบ (Negative Statement) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก (Positive Statement)			ข้อความด้านลบ (Negative Statement)		
ทำได้แน่นอน	=	4	ทำได้แน่นอน	=	1
ทำได้	=	3	ทำได้	=	2
ทำไม่ได้	=	2	ทำไม่ได้	=	3
ทำไม่ได้แน่นอน	=	1	ทำไม่ได้แน่นอน	=	4

จากคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เป็นไปได้ ทำการจัดระดับคะแนนการรับรู้ โดยประยุกต์เกณฑ์การจัดระดับการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1971: 47) ได้ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์	ระดับการรับรู้
80-100	46-52	สูง
60-79	38-45	ปานกลาง
1-59	13-37	ต่ำ

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ประเมินจากความเห็นที่มีต่อข้อความข้อความ รวม 13 ข้อ ลักษณะความคิดเห็นที่มีต่อข้อความ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ 1 ความคิดเห็นต่อ 1 ข้อความ แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 13-52 คะแนน ข้อความที่ใช้ในการประเมินจะมีทั้งข้อความด้านบวก (Positive Statement) และข้อความด้านลบ (Negative Statement) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก (Positive Statement)			ข้อความด้านลบ (Negative Statement)		
เห็นด้วยอย่างมาก	=	4	เห็นด้วยอย่างมาก	=	1
เห็นด้วย	=	3	เห็นด้วย	=	2
ไม่เห็นด้วย	=	2	ไม่เห็นด้วย	=	3
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	=	1	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	=	4

จากคะแนนความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมที่เป็นไปได้ ทำการจัดระดับคะแนนความคาดหวังโดยประยุกต์เกณฑ์การจัดระดับการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1971: 47) ได้ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์	ระดับความคาดหวัง
80-100	46-52	สูง
60-79	38-45	ปานกลาง
1-59	13-37	ต่ำ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ประเมินจากการกระทำพฤติกรรมตามคำถาม ซึ่งมีจำนวน 21 ข้อ ลักษณะของการถามจะถามการความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-3 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (4-5 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นประจำ (6-7 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบตามการปฏิบัติของตนเองเพียง 1 คำตอบต่อ 1 คำถาม คำถามส่วนนี้มีค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63คะแนน จากคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เป็นไปได้ ทำการจัดระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971: 47) ได้ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์	ระดับพฤติกรรม
80-100	49-63	ถูกต้องมาก
60-79	37-48	ถูกต้องปานกลาง
1-59	0-38	ถูกต้องน้อย

ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป คำถามส่วนนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย 1) สามี/ภรรยา 2) บุตร 3) ธิดา การได้รับแรงสนับสนุนจาก แพทย์และพยาบาล และการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนในชมรม ลักษณะคำถามเป็นการถามถึงสนับสนุนที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลทั้ง 3 กลุ่ม เกี่ยวกับเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกาย หรือพาไปพบแพทย์ และการสนับสนุนที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป หรืออื่นๆ

การให้คะแนนพิจารณาจาก ถ้าตอบเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกาย หรือพาไปพบแพทย์ ให้ 2 คะแนน ตอบข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้ 1 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 3 กลุ่มบุคคลมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน จากคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นไปได้ ทำการจัดระดับคะแนนโดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971: 47) ได้ดังนี้

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	คะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
80-100	31-36	สูง
60-79	25-30	ปานกลาง
0- 59	18-24	ต่ำ

การสร้างแบบสัมภาษณ์ และการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำการศึกษาเอกสาร หนังสือหรือตำราที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอคำแนะนำจากอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อนำมากำหนดกรอบการสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามโครงสร้าง เนื้อหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิดการวิจัย

3. สร้างคำถามแต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์ และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อและเกณฑ์การจัดระดับคะแนนตามตัวแปรหลัก

4. ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงเนื้อหา โดยการนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและจัดทำแบบสัมภาษณ์ใหม่เพื่อไปตรวจสอบความเที่ยง

5. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ด้านความเที่ยง โดยการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล แต่มีคุณลักษณะอื่นๆ คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 40 คน เพื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของเครื่องมือในด้านภาษา และตรวจสอบลักษณะของคำถามในด้านการสื่อความหมายที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

6. จากข้อ 5 เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสัมภาษณ์สามารถวัดเนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องกัน เมื่อวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแล้ว นำผลการวิเคราะห์ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 3 ท่าน เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์ ได้ผลดังนี้

- ความรู้เรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

มีข้อคำถามในการทดสอบคุณภาพ จำนวน 10 ข้อ จากการวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.6857 ซึ่งไม่มีการตัดคำถามข้อใดออกเนื่องจากไม่มีคำถามข้อใดที่มีค่าความเที่ยงติดลบ หรือต่ำกว่า 0.6 ดังนั้นคำถามทั้ง 10 ข้อ จะนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

มีคำถาม(ข้อความที่ใช้ถาม) จำนวน 16 ข้อ การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงในครั้งแรกได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7434 และมีคำถามที่มีค่าความเที่ยงติดลบ จำนวน 3 ข้อ และเป็นคำถามที่มีลักษณะใกล้เคียงกับคำถามในบางข้อจึงทำการตัดออกทั้ง 3 ข้อ และทำการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงใหม่ ได้ค่า

ความเที่ยงเท่ากับ 0.8852 สรุป คำถามส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีคำถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจริงจำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก ทั้ง 13 ข้อ

- ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

มีคำถาม (ข้อความที่ใช้ถาม) จำนวน 13 ข้อ การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9173 การพิจารณาค่าความเที่ยงรายข้อ ไม่มีข้อใดติดลบ จึงไม่มีการตัดข้อคำถามออก มีแต่การปรับปรุงภาษาที่ใช้ สรุปคำถามส่วนนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก ทั้ง 13 ข้อ

- คำถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรวจสอบเฉพาะความตรงในเนื้อหาและภาษาที่ใช้เนื่องจากคำถามในส่วนนี้เป็นการถามการปฏิบัติจริงและการได้รับสิ่งสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง

7. ทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์และจัดทำแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์จัดทำแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูลจริง

5. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะการักษ์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุ

2. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษาและกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลเพื่อขอเข้าร่วมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและรายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการช่วยสัมภาษณ์ตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่พยาบาลของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา และพยาบาลประจำการของโรงพยาบาลมะการักษ์ รวมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 10 คน การเตรียมผู้ช่วยวิจัยทำโดยการประชุมและผู้วิจัยอธิบายแบบสัมภาษณ์และวัตถุประสงค์ในแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนข้อมูล และวิธีการสัมภาษณ์ในแต่ละส่วนข้อมูล เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน หลังจากนั้นนัดวันเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย

4. ขอรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมจากโรงพยาบาล และทำการสุ่มเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นผู้ประสานงานกับผู้สูงอายุและนัดมาพบกันที่ห้องประชุมของโรงพยาบาล

5. ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพลพยุหเสนา ก่อน เมื่อได้ตัวอย่างครบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมะการักษ์ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 324 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 – กรกฎาคม 2553 ช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในช่วงเช้าเวลา 9.00 น.-12.00 น. เนื่องจากความสะดวกของผู้สูงอายุ สถานที่ที่ใช้สัมภาษณ์ได้แก่ หอประชุมของโรงพยาบาล และ ลานกิจกรรมของโรงพยาบาล

6. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ดำเนินการดังนี้

6.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัยต่อผู้สูงอายุ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาสัมภาษณ์

6.2 เริ่มต้นการสัมภาษณ์ โดยสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุจากตัวผู้สูงอายุแล้วสอบถามตามข้อมูลต่างๆ ตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดเตรียมไว้

6.3 ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะพูดคุยและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตอบคำถามโดยไม่คาดคั้นเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดและเบื่อหน่ายในการให้ข้อมูล ในกรณีที่ผู้สูงอายุตอบไม่ได้หรือไม่เต็มใจที่จะตอบคำถามข้อใด ผู้วิจัยจะข้ามไปถามข้ออื่นๆ ก่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ ก่อนที่จะถามซ้ำในข้อดังกล่าว

6.4 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยได้กล่าวคำขอบคุณแก่ผู้สูงอายุที่ได้ให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล แล้วตรวจให้คะแนนและนำไปลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจากคอมพิวเตอร์ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1 ข้อมูลด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ เป็นต้น
วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ระดับคะแนนความรู้ การรับรู้ และการได้รับการสนับสนุนทาง
สังคม วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามสมมติฐานการวิจัย ใช้
สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 324 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การเก็บข้อมูลใช้เวลา 7 เดือน หลังจากเก็บข้อมูลนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและจัดทำรหัสข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติบนคอมพิวเตอร์ จากการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์มีแบบสัมภาษณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวนทั้งสิ้นจำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 91.6 ของจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ไม่สนใจที่จะให้ข้อมูลในบางข้อผู้วิจัยจึงคัดออกจากการศึกษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ งานบ้านที่ทำเป็นประจำ งานอดิเรก โรคประจำตัว พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 5 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลบุคคลในครอบครัว (สามี ภรรยา บุตรญาติ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ งานบ้านที่ทำเป็นประจำ งานอดิเรก โรคประจำตัว พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในตารางที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

เพศ กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง ที่เหลือเป็น เพศชาย

อายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 66-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.7 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 61-65 ปี ร้อยละ 32 และอายุ 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.2

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 58.9 หม้าย ร้อยละ 25.9 และโสด ร้อยละ 8.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส

คุณลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน (n=297)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	183	61.6
ชาย	114	38.4
อายุ		
54-60 ปี	48	16.2
61-65 ปี	95	32.0
66-70 ปี	103	34.7
มากกว่า 71 ปี	51	17.2
อายุเฉลี่ย 65.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.7 อายุต่ำสุด 54 ปี อายุสูงสุด 77 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	25	8.4
คู่	175	58.9
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	77	25.9
หย่า/แยกกันอยู่	20	6.7

จากตารางที่ 2 พบข้อมูลดังนี้

ระดับการศึกษา ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ที่เหลือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 12.5 และร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

รายได้ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 25.9 และร้อยละ 9.4 ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเกษียณอายุราชการแล้ว ร้อยละ 63.3 และมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.4 ที่ปัจจุบันยังทำงานอยู่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

คุณลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน (n=297)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	9.4
ประถมศึกษา	139	46.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	11.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	37	12.5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพตอนต้นและตอนปลาย	14	4.7
อนุปริญญา	12	4.0
ปริญญาตรี	33	11.1
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท	149	50.2
5,001-10,000 บาท	77	25.9
10,001-15,000 บาท	27	9.1
15,000-20,000 บาท	16	5.4
มากกว่า 20,000 บาท	28	9.4
อาชีพ		
เกษียณอายุราชการแล้ว	189	63.3
ปัจจุบันยังทำงาน	108	36.4

จากตารางที่ 3 พบข้อมูลดังนี้

งานบ้านที่ทำเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการทำงานบ้านเป็นประจำคือ ปัดกวาด เช็ดถูบ้าน ร้อยละ 66.3 รองลงมา คือ ทำกับข้าวและอาหาร และ ซักผ้า-รีดผ้า ร้อยละ 59.3 และร้อยละ 44.1 ตามลำดับ

งานอดิเรก งานอดิเรกที่กลุ่มตัวอย่างทำเป็นส่วนมาก ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 74.1 ออกกำลังกาย ร้อยละ 55.9 และ ปลูกต้นไม้ ร้อยละ 54.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามงานบ้านที่ทำเป็นประจำ และงานอดิเรก

คุณลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
งานบ้านที่ทำเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อยู่เฉยๆไม่ได้ทำอะไร	40	13.5
ปัด กวาด เช็ดถูบ้าน	197	66.3
ซักผ้า-รีดผ้า	131	44.1
ทำกับข้าว-ทำอาหาร	176	59.3
เย็บผ้า	35	11.8
ทำสวน ทำไร่	82	27.6
งานอดิเรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ดูโทรทัศน์	220	74.1
ออกกำลังกาย	166	55.9
ปลูกต้นไม้	163	54.9
สวนมนต์	146	49.2
ฟังวิทยุ	137	46.1
เลี้ยงสัตว์	95	32.0

จากตารางที่ 4 พบข้อมูลดังนี้

โรคประจำตัว จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.9 ที่มีโรคประจำตัว และกลุ่มตัวอย่างที่เหลือไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.1 สำหรับโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน และ โรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 15.8 เท่ากัน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	166	55.9
ไม่มี	131	44.1
รวม	297	100.0
โรคประจำตัวที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1)		
โรคความดันโลหิตสูง	115	38.7
โรคเบาหวาน	47	15.8
โรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ	47	15.8
โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ	34	11.4
โรคตา	32	10.8
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	16	5.4
โรคระบบทางเดินหายใจ	14	4.7
โรคระบบทางเดินอาหาร	7	2.4

จากตารางที่ 5 พบข้อมูลดังนี้

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 84.5 รองลงมาคือดื่มบ้างแต่ไม่บ่อย(สัปดาห์ละ 1-2 วัน) ร้อยละ 11.1 และดื่มทุกวัน ร้อยละ 1.7

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.8 รองลงมาคือ ปัจจุบันไม่ได้สูบแต่เมื่อก่อนเคยสูบ ร้อยละ 13.8 และปัจจุบันสูบทุกวัน ร้อยละ 5.1

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (n=297)	ร้อยละ
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	251	84.5
ดื่มบ้างแต่ไม่บ่อย(สัปดาห์ละ 1-2 วัน)	33	11.1
ดื่มบ่อย(สัปดาห์ละ 3-4 วัน)	4	1.3
ดื่มเกือบทุกวัน(สัปดาห์ละ 5-6 วัน)	4	1.3
ดื่มทุกวัน	5	1.7
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	234	78.8
ปัจจุบันไม่สูบแต่เมื่อก่อนเคยสูบ	41	13.8
ปัจจุบันสูบทุกวัน	15	5.1
ปัจจุบันสูบนานๆครั้ง	7	2.4

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เท่ากับ 6.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.03 เมื่อจัดระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 35.0 และ ร้อยละ 17.8 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาความรู้ในแต่ละเรื่อง พบว่า ร้อยละ 65.7 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่ค่อยถูกต้องในเรื่อง ชนิดของนมที่ควรดื่ม ร้อยละ 59.3 เรื่องจำนวนวันที่เหมาะสมที่ควรออกกำลังกาย ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	53	17.8
ระดับปานกลาง	104	35.0
ระดับต่ำ	140	47.2
รวม	297	100.0
คะแนนเฉลี่ย = 6.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.03		
คะแนนต่ำสุด = 1 คะแนนสูงสุด = 10		

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเป็นรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. กลุ่มตัวอย่างควรรับประทานอาหารประเภทใดให้น้อยลงหรือลดลง	218	73.4	79	26.6
2. อาหารต่อไปนี้ ข้อใดเป็นอาหารที่กลุ่มตัวอย่างควรเลือกรับประทานมากที่สุด	256	86.2	41	13.8
3. ผู้สูงอายุควรดื่มนมชนิดใด	102	34.3	195	65.7
4. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละกี่แก้ว	208	70.0	89	30.0
5. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานอาหารประเภทใดให้น้อยลงหรือลดลง	193	65.0	104	35.0
6. การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างไร	179	60.3	118	39.7
7. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างน้อยกี่วัน	121	40.7	176	59.3
8. การออกกำลังกายที่ให้ผลดีต่อสุขภาพ ควรใช้เวลาการออกกำลังกายกี่นาที	198	66.7	99	33.3
9. การออกกำลังกายเป็นประจำ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอะไรได้	238	80.1	59	19.9
10. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายอย่างไร	219	73.7	78	26.3

ส่วนที่ 3 ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีข้อความประเมินรวม 13 ข้อ มีค่าพิสัยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ระหว่าง 13-52 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เท่ากับ 43.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.71 เมื่อจัดระดับการรับรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.8 มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม อยู่ในระดับสูง รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถตนเองฯ อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 36.7 และร้อยละ 21.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในรายละเอียดแต่ละประเด็น พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งหรือประมาณ 1 ใน 4 ที่ยังขาดการรับรู้ความสามารถตนเองคือไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติตัวได้ เช่น เรื่องการรับประทานข้าวมีอยู่ไม่เกิน 2 ทัพพี การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ต่อวัน การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่ออาทิตย์โดยใช้เวลาออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที และการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสุขภาพของตัวเอง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
สูง	124	41.8
ปานกลาง	109	36.7
ต่ำ	64	21.5
รวม	297	100.0
คะแนนเฉลี่ย = 43.01 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.71		
คะแนนต่ำสุด 23 คะแนนสูงสุด 52		

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถตนเอง
ในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รายข้อ

ข้อความ	มั่นใจว่า ทำได้แน่นอน		มั่นใจว่า ทำได้		มั่นใจว่า ทำไม่ได้		มั่นใจว่า ทำไม่ได้แน่นอน	
	จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารที่มีไขมัน สูง เช่น ขาหมูพะโล้ เครื่อง ในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันให้ น้อยลง	146	49.2	112	37.7	37	12.5	2	0.7
2. สามารถใช้น้ำมันพืชที่ทำจาก ถั่ว หรือเมล็ดทานตะวันใน การปรุงอาหารแทนน้ำมันหมูได้	200	67.3	73	24.6	24	8.1	0	0.0
3. สามารถลดปริมาณการ รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม: อาหารหมักดอง	147	49.5	113	38.0	36	12.1	1	0.3
4. สามารถรับประทานข้าวมีธัญพืช ไม่เกิน 2 ทัพพีได้	129	43.4	96	32.3	62	20.9	10	3.4
5. สามารถงดการรับประทาน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลำไย	132	44.4	112	37.7	45	15.2	8	2.7
6. สามารถงดการรับประทาน อาหาร ที่มีคลอเลสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึกได้	132	44.4	110	37.0	53	17.8	2	0.7
7. สามารถงด/เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์(เหล้าสุราเบียร์ ยาแดง)	218	73.4	47	15.8	24	8.1	8	2.7
8. มั่นใจว่ารับประทานอาหารให้ ครบ 5 หมู่ต่อวัน	115	38.7	103	34.7	74	24.9	5	1.7
9. มั่นใจว่าออกกำลังกายเป็น ประจำอย่างน้อย 3 วันต่ออาทิตย์ โดยใช้เวลา ครั้งละ 30 นาทีได้	141	7.5	79	26.6	71	23.9	6	2.0

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถตนเอง
ในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	มั่นใจว่า ทำได้แน่นอน		มั่นใจว่า ทำได้		มั่นใจว่า ทำไม่ได้		มั่นใจว่า ทำไม่ได้แน่นอน	
	จำนวน		จำนวน		จำนวน		จำนวน	
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
10. สามารถออกกำลังกายได้ เหมาะสมกับสุขภาพของ ตัวเอง	152	51.2	73	24.6	66	22.2	6	2.0
11. สามารถออกกำลังกายได้เอง โดยไม่ต้องมีเพื่อนร่วมออก กำลังกาย	165	55.6	70	23.6	53	17.8	9	3.0
12. สามารถหาวิธีการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับตัว ท่าน เองได้	159	53.5	81	27.3	49	16.5	8	2.7
13. สามารถหาเวลาออกกำลังกาย ในแต่ละวันได้เป็นประจำ	150	50.5	83	27.9	56	18.9	8	2.7

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีข้อความที่ใช้ในการถามจำนวน 13 ข้อ มีค่าพิสัยของคะแนนระหว่าง 13-52 คะแนน จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 46.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.50 เมื่อจัดระดับความคาดหวัง ตามเกณฑ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57.2 รองลงมา มีความคาดหวังฯ ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 23.6 และร้อยละ 19.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 10

เมื่อพิจารณาความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในรายละเอียดแต่ละประเด็นการถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินร้อยละ 50 มีความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ในเรื่อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสุขภาพแข็งแรง การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเพิ่มความแข็งแรงหรือสมรรถภาพของระบบหัวใจและหายใจ การรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อปลาจะช่วยให้ระบบย่อยอาหาร ย่อยได้ง่ายกว่าอาหารที่ทำจากเนื้อหมู หรือไก่ การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่นผักและผลไม้เป็นประจำทุกวันจะช่วยให้ไม่มีอาการท้องผูก ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ระดับความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
สูง	170	57.2
ปานกลาง	70	23.6
ต่ำ	57	19.2
รวม	297	100.0
ค่าเฉลี่ย 46.44 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 6.50		
คะแนนต่ำสุด 22 คะแนนสูงสุด 52		

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นรายข้อ

ข้อความ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ในปริมาณพอเหมาะช่วยควบคุม น้ำหนักตัวให้คงที่ได้	187	63.3	93	31.3	13	4.4	4	1.3
2. การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ในแต่ละมื้ออาหารช่วยให้ ร่างกายแข็งแรง	205	69.0	74	24.9	17	5.7	1	0.3
3. การรับประทานอาหารเช้าที่ปรุง ด้วยกะทิหรืออาหารประเภททอด ให้น้อยลงช่วยลดการเกิดไขมัน อุดตันในเส้นเลือดได้	200	67.3	69	23.2	22	7.4	6	2.0
4. การรับประทานผักและผลไม้เป็น ประจำ ช่วยให้ขับถ่ายเป็นปกติ	184	62.0	76	25.6	33	11.1	4	1.3
5. การรับประทานขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม ทำให้น้ำหนัก เพิ่มมากขึ้น	201	67.7	60	20.2	28	9.4	8	2.7
6. การรับประทานอาหารที่มีกากใย สูง เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุก วัน ช่วยไม่ให้มีอาการท้องผูก	209	70.4	62	20.9	19	6.4	7	2.4
7. การรับประทานอาหารที่ทำจาก เนื้ปลา ช่วยให้ระบบย่อยอาหาร ย่อยง่ายกว่าอาหารจากเนื้อหมู/ไก่	228	76.8	53	17.8	15	5.1	1	0.3
8. การออกกำลังกายที่ไม่ใช่การ ทำงานประจำ เช่น การเดิน การวิ่ง การออกกำลังกายบริหารเพื่อสุขภาพถ้า ทำเป็นประจำจะช่วยลดไขมันใน เลือดได้	187	63.0	75	25.3	31	10.4	4	1.3

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลดี
ของการบริโภคอาหารและและการออกกำลังกายเป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง	229	77.1	46	15.5	18	6.1	4	1.3
10. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควร ออกกำลังกาย สม่ำเสมอช่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	203	68.4	63	21.2	25	8.4	6	2.0
11. การออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของ ระบบหัวใจและหายใจ	215	72.4	55	18.5	23	7.7	4	1.3
12. การออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยผ่อนคลายความเครียด	213	71.7	58	19.5	20	6.7	6	2.0
13. การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที หรือจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก มาก จึงจะมีผลดีต่อร่างกาย	185	62.3	59	19.9	45	15.2	8	2.7

ส่วนที่ 5 การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไปจากบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายจากบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 การได้รับแรงสนับสนุนจาก สามิ/ภรรยา บุตร และ ญาติ กลุ่มที่ 2 การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนในชมรม กลุ่มที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนจากพยาบาลและแพทย์ ลักษณะคำถามเป็นการถามถึงสิ่งสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ดังกล่าว

ผลการวิเคราะห์ระดับการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยภาพรวมจากบุคคลทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 60 ได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพในระดับปานกลาง รองลงมาได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพน้อย ร้อยละ 42.4 และมีเพียง 1 คน ที่ได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 0.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

เมื่อวิเคราะห์การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลแต่ละกลุ่มดังรายละเอียดในตารางที่ 13 ตารางที่ 14 และตารางที่ 15 ซึ่งสรุปได้ดังนี้

การได้รับแรงสนับสนุนจาก สามิ/ภรรยา พบว่า สิ่งสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากเป็นลำดับที่ 1 คือเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 42.1 ลำดับ 2 ได้แก่ ชื่อหรือหายาบำรุงต่างๆ ให้รับประทาน ร้อยละ 31.3 และลำดับ 3 คือ การพูดคุย/แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 27.3

การได้รับแรงสนับสนุนจากบุตร กลุ่มตัวอย่างได้รับสิ่งสนับสนุนจากบุตรมากเป็นลำดับ 1 คือ พูดคุยแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 57.2 ลำดับ 2 คือ พูดคุย/แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 36.0 ลำดับ 3 คือ ชื่อหรือปรุ้งอาหารให้รับประทาน ร้อยละ 19.9

การได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ได้แก่ พี่ น้อง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากญาติซึ่งเป็นพี่หรือน้องในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 57.2 พูดคุยหรือแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 29.3 ลำดับ 3 คือ ชื่อหรือหายาบำรุงต่างๆ ให้รับประทาน ร้อยละ 9.8

การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 71.0 พุคคฺย/แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 49.2 ลำดับ 3 คือ คอยแนะนำให้ออกกำลังกายหรือเป็นเพื่อนออกกำลังกายร้อยละ 11.4

การได้รับแรงสนับสนุนจากพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากพยาบาลในเรื่องการตรวจสุขภาพ และให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป มากเป็นลำดับ 1 ร้อยละ 49.5 ลำดับ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ร้อยละ 45.1 ลำดับ 3 คือ แจกเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพร้อยละ 43.8

การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากแพทย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากแพทย์ในเรื่องการตรวจสุขภาพ และให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป มากเป็นลำดับ 1 ร้อยละ 91.6 ลำดับ 2 คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ร้อยละ 71.0 ลำดับ 3 คือ แจกเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพร้อยละ 66.7

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวม

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
สูง	1	0.4
ปานกลาง	170	57.2
ต่ำ	126	42.4
รวม	297	100.0

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
จากสามีหรือภรรยา บุตรและญาติ

เรื่องที่สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	บุคคลที่ให้การสนับสนุน					
	สามี/ภรรยา		บุตร		ญาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. พุดคุยแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป	125	42.1	170	57.2	181	60.9
2. พุดคุย/แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	81	27.3	87	29.3	107	36.0
3. ซื้อหรือปรุงอาหารให้รับประทาน	67	22.6	59	19.9	12	4.0
4. คอยแนะนำให้ออกกำลังกาย	16	5.4	6	2.0	6	2.0
5. เป็นเพื่อนหรือออกกำลังกายด้วย	1	.3	6	2.0	6	2.0
6. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้อ่านหรือดู	5	1.7	8	2.7	14	4.7
7. พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพ	8	2.7	58	19.5	27	9.1
8. ให้เงินท่านเพื่อใช้จ่ายส่วนตัว	15	5.1	28	9.4	2	0.7
9. ซื้อหรือหายาบำรุงต่างๆ ให้รับประทาน	93	31.3	56	18.9	29	9.8

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย จากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

เรื่องที่สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	บุคคลที่ให้การสนับสนุน เพื่อน/เพื่อนบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ
1. พูดคุยแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป	211	71.0
2. พูดคุย/แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	146	49.2
3. คอยแนะนำให้ออกกำลังกายหรือเป็นเพื่อนออกกำลังกาย	34	11.4
4. พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพ	3	1.0
5. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้อ่าน/ดู	30	10.1
6. พูดคุยเรื่องทั่วไป	32	10.8

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
จากพยาบาล และ แพทย์

เรื่องที่สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	บุคคลที่ให้การสนับสนุน			
	พยาบาล		แพทย์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ตรวจสุขภาพ และให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป	147	49.5	272	91.6
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย	134	45.1	211	71.0
3. แจกเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ	130	43.8	198	66.7
4. จัดกิจกรรมให้ทำร่วมกับสมาชิกในชมรม เช่น จัดกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา จิตอาสา(ช่วย เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ) เป็นต้น	73	24.6	-	-

ส่วนที่ 6 ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ซึ่งมีคำถามจำนวน 21 ข้อ มีค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความถี่ของพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเท่ากับ 40.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.80 เมื่อจัดระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 49.2 มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับถูกต้องปานกลาง รองลงมา มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับถูกต้องน้อย และถูกต้องมาก ร้อยละ 40.4 และ ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

เมื่อจำแนกตามความถี่ของพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิน 1 ใน 3 มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ รับประทานอาหารหลากหลายชนิดไม่ซ้ำกันและ ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน รับประทานอาหารที่ปรุงจากผัก เช่น ผักผัก ต้มจืดผักออกกำลังกายน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ด้วยการเดิน แกว่งแขน ปั่นจักรยาน อบอุ่นร่างกายทุกครั้งก่อนออกกำลังกาย ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ถูกต้องมาก	31	10.4
ถูกต้องปานกลาง	146	49.2
ถูกต้องน้อย	120	40.4
รวม	297	100.0
ค่าเฉลี่ย= 40.40 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 6.80		
คะแนนต่ำสุด 20 คะแนนสูงสุด 61		

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นรายข้อ

หนึ่งเดือนที่ผ่านมาท่าน การรับประทานอาหาร และออกกำลังกายอย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ							
	เป็นประจำทุกวัน/ ทุกมื้ออาหาร		3-4 วันต่อ สัปดาห์ /บางมื้ออาหาร		1-2 วันต่อ สัปดาห์ /หนึ่งมื้ออาหาร		ไม่เคยปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารหลากหลายชนิด ไม่ซ้ำกันและ ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	76	25.6	167	56.2	44	14.8	10	3.4
2. รับประทานอาหารที่ปรุงจากผัก เช่น ผัดผัก แกงจืดใส่ผัก	135	45.5	137	46.1	20	6.7	5	1.7
3. รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น แดงโม สาลี่ แอปเปิ้ล หลัง รับประทานอาหาร	104	35.0	111	37.4	65	21.9	17	5.7
4. รับประทานอาหารที่ปรุงจากปลา เช่น ปลาทอด ปลานึ่ง เป็นต้น	87	29.3	151	50.8	52	17.5	7	2.4
5. รับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ไช้ทอด หนั๋งไก่ทอด	14	4.7	80	26.9	174	58.6	29	9.8
6. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง หนั๋ง ไก่ หนั๋งหมู	13	4.4	49	16.5	164	55.2	71	23.9
7. รับประทานข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าว ผัดกระเพรา ข้าวคลุกกะปิ ข้าวผัดหมู	10	3.4	80	26.9	154	51.9	53	17.8
8. รับประทานขนม เช่น ขนมปัง ขนม เค้ก โดนัท พิชซ่า คุกกี้ บอยเบียงได	14	4.7	43	14.5	175	58.9	65	21.9
9. รับประทานขนมปัง โดนัท พิชซ่า คุกกี้ ขนมเค้ก แยมโรล	12	4.0	62	20.9	186	62.6	37	12.5
10. รับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น เกี๊ยมล่าดองเค็ม ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง เป็นต้น หรือ อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม หรืออาหาร กระป๋อง	13	4.4	53	17.8	170	57.2	61	20.5
11. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	174	58.6	68	22.9	34	11.4	21	7.1

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ
การออกกำลังกายเป็นรายข้อ (ต่อ)

หนึ่งเดือนที่ผ่านมาท่าน การรับประทานอาหาร และออกกำลังกายอย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ							
	เป็นประจำทุกวัน/ ทุกมื้ออาหาร		3-4 วันต่อ สัปดาห์ /บางมื้ออาหาร		1-2 วันต่อ สัปดาห์ /หนึ่งมื้ออาหาร		ไม่เคยปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12. ดื่มนมจืดหรือนมพร่องมันเนยวันละ 1-2 แก้ว/ กล่อง	56	18.9	82	27.6	93	31.3	66	22.2
13. ดื่มน้ำผลไม้ วันละ 1 แก้ว	72	24.2	49	16.5	97	32.7	79	26.6
14. ดื่มน้ำเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ	17	5.7	81	27.3	134	45.1	65	21.9
15. ดื่มน้ำปลา/น้ำปลาพริก ลงในข้าวเวลา รับประทานอาหาร	43	14.5	70	23.6	119	40.1	65	21.9
17. มีการอบอุ่นร่างกายทุกครั้งที่ออก- กำลังกายโดยการแกว่งแขนไปมาเบาๆ ก่อนเริ่มออกกำลังกาย	106	35.7	68	22.9	83	27.9	40	13.5
18. มีการออกกำลังกายหลังรับประทานอาหาร อาหารอิ่มทันที	30	10.1	25	8.4	69	23.2	173	58.2
19. ทำงาน เช่น ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ 20. ทำงานบ้านจนรู้สึกเหนื่อยและเหงื่อ ออก เช่น เก็บกวาดดูบ้าน ล้างของ	67	22.6	77	25.9	93	31.3	60	20.2
20. ทำงานบ้านจนรู้สึกเหนื่อยและเหงื่อ ออก เช่น เก็บกวาดดูบ้าน ล้างของ	109	36.7	91	30.6	69	23.2	28	9.4
21. ปฏิบัติแพทย์หรือพยาบาลก่อนออก กำลังกายหรือเมื่อมีอาการไม่สบาย	114	38.4	74	24.9	85	28.6	24	8.1

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) มีรายละเอียดดังนี้

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

จากตารางที่ 18 พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ค่า $p\text{-value} > 0.05$

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (n=297)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ประชากรและสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง						X ²	df	p
	ถูกต้อง น้อย		ถูกต้อง ปานกลาง		ถูกต้อง มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ									
ชาย	51	44.7	49	43.0	14	12.3	2.897	2	0.235
หญิง	69	37.7	97	53.0	17	9.3			
อายุ (ปี)									
54-60	15	31.3	26	54.2	7	14.6	5.906	6	0.434
61-65	45	47.4	40	42.1	10	10.5			
66-70	41	39.8	51	49.5	11	10.7			
มากกว่า 70	19	37.3	29	56.9	3	5.9			
สถานสมรส									
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	42	34.4	66	54.1	14	11.5	3.073	2	0.215
คู่	78	44.6	80	45.7	17	9.7			
การศึกษา									
ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา	75	44.9	79	47.3	13	7.8	7.925	4	0.094
มัธยมศึกษา ปวช.	33	38.8	39	45.9	13	15.3			
อนุปริญญา ปริญญาตรี	12	26.7	28	62.2	5	11.1			
รายได้ต่อเดือน									
≤ 5,000 บาท	62	41.6	74	49.7	13	8.7	4.307	4	0.366
5,001-10,000 บาท	35	45.5	35	45.5	7	9.1			
>10,000 บาท	23	32.4	37	52.1	11	15.5			

7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.007$ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน ดังตารางที่ 19

การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน

ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง
ในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=297)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง						X ²	df	p
	ถูกต้อง น้อย		ถูกต้อง ปานกลาง		ถูกต้อง มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร									
ระดับน้อย	69	49.3	60	42.9	11	7.9	14.022	4	0.007
ระดับปานกลาง	39	37.5	55	52.9	10	9.6			
ระดับมาก	12	22.6	31	58.5	10	18.9			
การรับรู้ความสามารถตนเอง									
ระดับต่ำ	47	73.4	16	25.0	1	1.6	66.446	4	<0.001
ระดับปานกลาง	48	44.0	58	53.2	3	2.8			
ระดับสูง	25	20.2	72	58.1	27	21.8			
ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม									
ระดับต่ำ	38	66.7	18	31.6	1	1.8	32.534	4	<0.001
ระดับปานกลาง	33	47.1	34	48.6	3	4.3			
ระดับสูง	49	28.8	94	55.3	27	15.9			

7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ในชมรมผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการ ออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ พยาบาลและแพทย์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ $p\text{-value}=0.080$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ พยาบาลและแพทย์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($n=297$)

การสนับสนุนจาก บุคคลในครอบครัว เพื่อนในชมรม ผู้สูงอายุ พยาบาลและแพทย์	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง						X ²	df	p
	ถูกต้อง น้อย		ถูกต้อง ปานกลาง		ถูกต้อง มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับน้อย	60	47.6	53	42.1	13	10.3	5.063	2	0.080
ระดับปานกลาง และมาก	60	35.1	93	54.4	18	10.5			

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว(สามี ภรรยา บุตร ธิดา) เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพทั่วไป รวมทั้งปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 297 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ การรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 7 เดือน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 4 ซึ่งมีประเด็นต่างๆ ที่สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ 4 ข้อ คือ

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
2. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว(สามี ภรรยา บุตร ธิดา) เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานมีรายละเอียดดังนี้

สมมุติฐานข้อ 1. ปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคมประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ สามารถอภิปรายแต่ละปัจจัยย่อยได้ดังนี้

เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีการมาร่วมกิจกรรมชมรมอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจึงน่าจะเหมือนกันจึงทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติกาญจน์ นัทรุ่งและละนณพน์ สึงห์ลาว (2547: 9) ที่พบว่าเพศของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของสมลักษณ์ สุกระสร(2551: 140) ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพียงพอของผู้สูงอายุ โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง 2.01 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง งานวิจัยของกันยารัตน์ อุบลวรรณ(2540: 108) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของเอกรัตน์ เชื้ออินธา(2540: 103) ก็พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยสูงอายุเหมือนกันรวมทั้งยังเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเหมือนกันและยังเป็นกลุ่มที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงความสนใจในเรื่องสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการวิจัยของจินตนา ทองสุขนอก มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ (2551: 107-123) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขัดแย้งกับการศึกษาของชุดิกาญจน์ จัตรุงและ นพนันท์ สิงห์ลาว (2547: 9) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสอยู่ และจากการสัมภาษณ์ก็พบว่ายังอยู่กับคู่สมรส จึงทำให้มีความสนใจในเรื่องสุขภาพเพราะอาจต้องดูแลตนเองและคู่สมรส แต่สำหรับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่จากที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุแม้จะไม่มีคู่สมรสแต่ก็มีบุตร ญาติคอยดูแล หรือให้คำแนะนำต่างๆ ดังนั้นจึงอาจทำให้มีการดูแลตนเองได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีคู่สมรส นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องอาหารซึ่งก็คือพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมไม่ใช่เรื่องแปลกใหม่แต่เป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญในการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสหรือเดี่ยวย่อมต้องการอาหารมาเพื่อใช้เป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตเช่นเดียวกัน ยิ่งกว่านั้นผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งยังมีโรคประจำตัวที่ต้องให้ความสำคัญกับเรื่องอาหาร ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานเป็นต้น ดังนั้นจึงอาจได้รับความรู้และการฝึกเรื่องการดูแลตนเองเรื่องการบริโภคอาหารมาบ้างแล้วจึงทำให้ดูแลตนเองได้

ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพร่างกายที่สำคัญที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมของสภาพร่างกายตลอดจนทำให้สุขภาพดีทำให้ไม่ว่าสถานภาพสมรสเดี่ยวหรือคู่ ความปรารถนาที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงจึงไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง(2540: 100) ซึ่งพบว่า สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย แต่ขัดแย้งกับการวิจัยของจินตนา ทองสุขนอก มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์และนิรัตน์ อิมามิ (2551: 107-123) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้สูงอายุเพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการรับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แม้จะไม่พบความสัมพันธ์กันทางสถิติแต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือส่วนหนึ่ง ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 44.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. อนุปริญญา และปริญญาตรี จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องมากกว่า สอดคล้องกับการวิจัยของนิรัตน์ อิมามิ และ

สกลรัตน์ ประเสริฐผล (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีการรับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะมีการรับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกต้องมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่ามัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งอธิบายได้ว่าเรื่องการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีคู่สมรส บุตร และญาติ เป็นผู้คอยดูแล ส่วนเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพงในการออกกำลังกายแต่สามารถออกกำลังกายตามความพร้อมและสมรรถภาพด้านร่างกาย เช่น เดิน รำมวยจีน เป็นต้น ดังนั้นรายได้จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่งและนพนันท์ สิงห์ลาว (2547: 9) ที่พบข้อมูลเช่นเดียวกัน

สมมุติฐานข้อที่ 2 ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับปานกลางถึงมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องปานกลางถึงมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากความรู้จัดเป็นปัจจัยนำพื้นฐานที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังงานวิจัยของ Schwartz (1975) ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันก่อให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติ และที่สำคัญกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษานี้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งทางชมรมมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และการตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางถึงมากและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการวิจัยของขวัญหทัย บุญชู (2545) ที่ศึกษาความรู้ ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบ้านเกาะกลาง อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา และผลการวิจัยพบว่าความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมุติฐานข้อที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและ ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตอบรับสมมุติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับปานกลางถึงสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องปานกลางถึงถูกต้องมาก และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับปานกลางถึงสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องปานกลางถึงถูกต้องมากเช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องตามแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงด้วยเช่นกันบุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำด้วยบุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่ทำในพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้แนวคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1977) ยังได้กล่าวถึงการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคล โดยการจัดกิจกรรมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง (performance accomplishment) จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้ ในกรณีนี้อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ มีการเข้าร่วมและทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการออกกำลังกาย อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งการได้เห็นตัวอย่างจากการกระทำของเพื่อนสมาชิกชมรมด้วยกัน จึงอาจเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่สูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องปานกลางถึงมากด้วย การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพันธุ์ นันตา (2541: จ) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของสมลักษณ์ ศุกระสร (2551: 136) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพียงพอของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ ประณีต สิงห์ทอง(2541: บทคัดย่อ) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ชุตีวรรณ ปุรินทรภิบาล(2541: ง)

พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตรงกับ งานวิจัยของ สดใส ศรีสะอาด(2540:125-126) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี ความสัมพันธ์ใน ทิศทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ เจริญกิจ(2543:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภค อาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโดยรวมอยู่ในระดับ ก่อนข้างดี เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเอง ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย และความคาดหวังในผลลัพธ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการ บริโภคอาหารได้ร้อยละ 31.8

สมมุติฐานข้อที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว(สามี ภรรยา บุตร ญาติ) เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ พยาบาลและแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยนี้พบว่า การได้รับการสนับสนุนการสนับสนุนในเรื่องข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ หรือสิ่งของ เงินทองจากบุคคลในครอบครัว(สามี ภรรยา บุตร ญาติ) เพื่อนในชมรม ผู้สูงอายุ พยาบาลและแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภค อาหารและการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็น เพราะผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องที่ไม่ค่อย แตกต่างกัน โดยเรื่องที่พบมากคือการพูดคุยแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป และการพูดคุย หรือแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังเป็นกลุ่มที่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ไม่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง แม้จะมีโรคประจำตัวแต่ไม่ได้อยู่ในภาวะสุขภาพ ที่รุนแรงจึงทำให้สามารถดูแลตนเองได้ อีกประการหนึ่งอาจเนื่องมาจากการถามเรื่องการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการถามตามกรอบของสิ่งที่คาดว่าผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุน ซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมหรือตรงตามความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายก็อาจเป็นได้ ซึ่งผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ นิธิมา สุภารี (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ และการศึกษาของนางนวล พูลเกษร (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์และสาธาณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาล 2 แห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 297 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการเตรียมความพร้อมในการสัมภาษณ์เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการเก็บข้อมูลใช้เวลาทั้งสิ้น 7 เดือนระหว่างมกราคม พ.ศ. 2553 – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และสังคม ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม และสถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ของผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว(สามี ภรรยา บุตร ญาติ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-Square) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 297 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.6 และเป็นเพศชายร้อยละ 38.4 อายุอยู่ในช่วง 54-77 ปี อายุเฉลี่ย 65.9 ปี อายุในช่วง 66-70 ปีพบมากที่สุด ร้อยละ 34.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 61-65 ปี ร้อยละ 32 ผู้สูงอายุกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.9 และประมาณครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.8 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.2 ผู้สูงอายุส่วนมากเกษียณอายุราชการแล้ว ร้อยละ 63.3 การทำงานบ้านที่ผู้สูงอายุตอบว่าทำเป็นประจำ คือ ปัด กวาด เช็ดถูบ้าน ร้อยละ 66.3 รองลงมา คือ ทำกับข้าว-อาหาร ร้อยละ 59.3 และซักผ้า-รีดผ้า ร้อยละ 44.1 งานอดิเรกที่ทำเป็นประจำคือ ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 74.1 รองลงมา ออกกำลังกาย ร้อยละ 55.9 ผู้สูงอายุร้อยละ 55.9 มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวที่พบมาก 3 อันดับแรกคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.7 เบาหวาน 15.8 โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับถูกต้องปานกลาง รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับถูกต้องน้อย และถูกต้องมาก ร้อยละ 40.4 และ ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ค่า $p\text{-value} > 0.05$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 50 มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ รองลงมา มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 35.0 และ ร้อยละ 17.8 ตามลำดับ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ต่างกัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับสูง ร้อยละ 41.8 รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 36.7 และร้อยละ 21.5 ตามลำดับ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ต่างกัน

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับสูง ร้อยละ 57.2 รองลงมา มีความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 23.6 และร้อยละ 19.2 ตามลำดับ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน

7. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนในชมรม พยาบาลและแพทย์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยภาพรวมจากบุคคลทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 60 ได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพในระดับปานกลาง รองลงมาได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพน้อย ร้อยละ 42.4 และมีเพียง 1 คน ที่ได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 0.4 สำหรับสิ่งสนับสนุนที่กลุ่มผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่มนี้ ที่พบมากที่สุด คือ เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนในชมรม พยาบาลและแพทย์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ $p\text{-value} = 0.080$ ซึ่งสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ: จากผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดังนั้นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ควรมีการสร้างเสริมความรู้เป็นระยะทั้งเรื่องอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภค การออกกำลังกาย

กายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการเรียนรู้ด้วยตนเองและเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การให้คู่มือแบบ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการกระทำพฤติกรรม โดยรูปแบบของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาควรเน้นการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกเนื้อหาหรือหัวข้อการเรียนรู้ที่สนใจ และใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบสอนแนะ(Coaching) หรือการพูดคุยเสวนา การใช้เกมส์ การให้เรียนรู้จากตัวแบบการอธิบายประกอบกับการใช้สื่อต่างๆ เช่น การฉายวีดิทัศน์ ภาพพลิก แผ่นพับ เป็นต้น และจัดเวลาให้ฝึกปฏิบัติการเลือกอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาล รวมทั้งการติดตามสนับสนุนและกระตุ้นเตือนที่บ้าน

2. สร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โรงพยาบาลควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และฝึกทักษะให้บุคคลในครอบครัวที่มีส่วนสำคัญโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้รู้และเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะเรื่องอาหารและการออกกำลังกายซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองโดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) การดูแลตนเอง (self-care) ร่วมกับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2. ควรมีศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการปรับตัวตามวัยของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นอีก 2 ตัวแปรที่มีความสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเรื่องความต้องการการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ แหล่งของสิ่งสนับสนุน รวมทั้งบุคคลที่ควรให้การสนับสนุน โดยศึกษาทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม รวมทั้งศึกษาในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวและ กลุ่มที่มีโรคประจำตัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาสถานะสุขภาพ การรับรู้ต่อสุขภาพและความคิดเห็นต่อชมรมผู้สูงอายุของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและสามารถวางแผนการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองได้

การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-CARE BEHAVIORS REGARDING FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE OF THE ELDERLY CLUB MEMBERS, KANCHANABURI PROVINCE

นุชนัตร บุญมั่น 4936385 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, Ph.D., นิรัตน์ อิมามิ, Ph.D., สุปรียา ดันสกุล, ค.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากกลุ่มหนึ่งของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้โครงสร้างประชากรกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ.2548 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.3 และในปี พ.ศ.2553 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.7 เห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ประมาณการไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มสูงขึ้นอยู่ที่จำนวนประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสดเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย และหากเจ็บป่วยแล้วจะมีความรุนแรงหรือหายช้า ซึ่งร็อกวิลล์ (Rockville, 1982)

กล่าวว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวเรื้อรัง 1 โรคหรือมากกว่าจากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 58 มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวส่วนมากจะเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายจากการที่ถูกใช้งานมานาน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร โรคระบบประสาท และอวัยวะรับสัมผัส โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนโลหิตและโรคระบบต่อมไร้ท่อ ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้นแล้วจะให้ความแข็งแรงเหมือนกับวัยหนุ่มสาวไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่คิดที่จะดูแลสุขภาพตนเองและในที่สุดก็จะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นลำดับโดยมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นเป็นนโยบายระดับชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และในแผนฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งให้ความสำคัญต่อการรวมพลังสังคม เพื่อเพิ่มศักยภาพของชุมชน เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย เป็นรากฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วย โรคป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, <http://www.nesdb.go.th>)

อย่างไรก็ตามการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะดำเนินการโดยรัฐบาลเพียงลำพังนั้นอาจไม่เกิดผลสำเร็จเท่าที่ควร สิ่งสำคัญคือการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และโดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเองควรมีส่วนร่วมโดยตรงในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพในอนาคต ปัจจัยสำคัญที่จัดว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพที่ช่วยป้องกันและชะลอความเสื่อมหรือการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เมื่ออายุมากขึ้นสรีระร่างกายและระบบต่าง ๆ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงของแต่ละคนจะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วต่างกัน ขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ โภชนาการ วิถีชีวิต โรคภัยไข้เจ็บและสภาพแวดล้อม แต่ผู้สูงอายุสามารถยืดเวลาสำหรับการมีร่างกายแข็งแรง ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นานขึ้นด้วยการมีโภชนาการที่ดีและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

จากความสำคัญของปัญหาและเหตุผลดังที่กล่าวข้างต้น งานวิจัยนี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง

ปัญหาในการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรีหรือไม่ และมีความสัมพันธ์อย่างไร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และศึกษาการได้รับการสนับสนุนจาก จากบุคคลในครอบครัว(สามี/ภรรยา บุตร ธาตุ) เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว(สามี/ภรรยา บุตร ธาตุ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
2. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว(สามี ภรรยา บุตร ธิดา) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว ณ ช่วงเวลาที่กำหนด (Cross - sectional design)

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหน่วยในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ขั้นตอนแรก ทำการศึกษาข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพของโรงพยาบาลประจำจังหวัด คือ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งพบว่าชมรมผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน 2 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี และชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอด่านมะกอก จังหวัดกาญจนบุรี กล่าวคือ ชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง มีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ มีประธานชมรม กรรมการชมรม และสมาชิกชมรม รวมทั้งมีกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะสุ่มเลือกจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกใน 2 ชมรมดังกล่าว

2. กำหนดหาขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วน ของ Daniel (1991) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 324 ราย

3. ทำการคำนวณสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละชมรม จากจำนวนสมาชิกทั้งสองชมรมรวมจำนวน 2,635 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจำนวน 1,329 คน และโรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 1,306 คน ดังนั้นจำนวนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลที่คำนวณได้ คือ

- กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 163 คน
- กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 161 คน

เมื่อได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละชมรมแล้ว การเลือกตัวอย่างเพื่อทำการสัมภาษณ์แต่ละราย ทำการคัดเลือกโดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 50 - 80 ปี ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยโดยการฟังและการพูดได้ดี
3. ยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การตัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ

1. ผู้สูงอายุที่รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และไม่สนใจให้ข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน
2. ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในวันที่สัมภาษณ์และไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ในช่วงระยะเวลาการรวบรวมข้อมูลได้

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ให้ความสำคัญต่อจริยธรรมการวิจัยอย่างยิ่ง ดังนั้นก่อนทำการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

โครงการนี้ไม่มีการทดลองใดๆ จึงไม่มีความเสี่ยงจากการดำเนินการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีความเสี่ยง ต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นได้จากการรั่วไหลของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนตัว เช่น ข้อมูลในแบบในแบบสัมภาษณ์ หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ข้อมูลที่กล่าวมาจะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การเผยแพร่ข้อมูลจะต้องเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล

การบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ สามารถทำได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือการรับบริการจากโรงพยาบาลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลจากบุคคลในครอบครัว(สามี/

ภรรยา บุตร ญาติ) แพทย์และพยาบาล และเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลมะเร็ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุ
2. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษาและกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเพื่อขอเข้าร่วมรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและรายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล
3. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการช่วยสัมภาษณ์ตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่พยาบาลของโรงพยาบาลพลพยุหเสนา และพยาบาลประจำการของโรงพยาบาลมะเร็ง รวมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 10 คน การเตรียมผู้ช่วยวิจัยทำโดยการประชุมและผู้วิจัยอธิบายแบบสัมภาษณ์และวัตถุประสงค์ในแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนข้อมูล และวิธีการสัมภาษณ์ในแต่ละส่วนข้อมูล เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน หลังจากนั้นนัดวันเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย
4. ขอรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมจากโรงพยาบาล และทำการสุ่มเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเจ้าหน้าที่งานสุขศึกษาและงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับผู้สูงอายุให้และนัดมาพบกันที่ห้องประชุมของโรงพยาบาล
5. ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพลพยุหเสนาก่อน เมื่อได้ตัวอย่างครบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมะเร็ง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 324 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 7 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 – กรกฎาคม 2553 ช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในช่วงเช้าเวลา 9.00 น.-12.00 น. เนื่องจากความสะดวกของผู้สูงอายุ สถานที่ที่ใช้สัมภาษณ์ได้แก่ หอประชุมของโรงพยาบาล และ ลานกิจกรรมของโรงพยาบาล
6. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ดำเนินการดังนี้
 - 6.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้สูงอายุพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาสัมภาษณ์ในครั้งนี้
 - 6.2 เริ่มต้นการสัมภาษณ์ โดยสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุจากตัวผู้สูงอายุเองแล้วสอบถามตามข้อมูลต่างๆ ตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำไว้

6.3 ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะพูดคุยและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตอบโดยไม่คาดคั้นเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดและเบื่อก่อนในการให้ข้อมูล ในกรณีที่ผู้สูงอายุตอบไม่ได้หรือไม่เต็มใจที่จะตอบคำถามข้อใด ผู้วิจัยจะข้ามไปถามข้ออื่นๆ ก่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ ก่อนที่จะถามซ้ำในข้อดังกล่าว

6.4 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยได้กล่าวคำขอบคุณแก่ผู้สูงอายุที่ได้ให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปประมวลผลบนคอมพิวเตอร์ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1 ข้อมูลด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ เป็นต้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ และร้อยละ

1.2 ระดับคะแนนความรู้ การรับรู้ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ และร้อยละ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามสมมติฐานการวิจัย ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.6 และเป็น เพศชายร้อยละ 38.4 มีอยู่ อายุ 66-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 61-65 ปี ร้อยละ 32 และช่วงอายุ 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.2 ประมาณร้อยละ 58.9 มีสถานภาพสมรสคู่

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.8 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.2) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 25.9 และมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 9.4 และส่วนมากเกษียณอายุราชการแล้ว ร้อยละ 63.3 และปัจจุบันยังทำงานอยู่ ร้อยละ 36.4

โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.9 มีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.8

กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 49.2 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับถูกต้องปานกลาง รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับถูกต้องน้อย และถูกต้องมาก ร้อยละ 40.4 และ ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

จากการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่า $p\text{-value} > 0.05$

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ $p\text{-value} = 0.080$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอภิปรายแต่ละปัจจัยย่อยได้ดังนี้

เพศ จากการศึกษพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็น

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีการมาร่วมกิจกรรมชมรมอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจึงน่าจะเหมือนกันจึงทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติกานุจน์ ฉัตรรุ่งและนพนันท์ สิงห์ลาว (2547: 9) และดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540:98)พบว่าเพศของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของสมลักษณ์ สุกระสร (2551: 140) ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพียงพอของผู้สูงอายุ โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง 2.01 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยสูงอายุเหมือนกันและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเหมือนกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการวิจัยของจินตนา ทองสุขนอก มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ (2551: 107-123) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขัดแย้งกับการศึกษาของชุติกานุจน์ ฉัตรรุ่งและนพนันท์ สิงห์ลาว (2547: 9) และสดี สตรีสอาด (2540: 160) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากอาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญในการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสคู่หรือเดี่ยวย่อมต้องการอาหารมาเพื่อใช้เป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตเช่นเดียวกันและเมื่อพิจารณาตามวัยของผู้สูงอายุแล้วส่วนใหญ่ลูกหลานจะเป็นผู้ดูแลจึงทำให้สถานภาพสมรสไม่มีความแตกต่างกันมากนักในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ส่วนด้านการออกกำลังกายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่สำคัญที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมของสภาพร่างกายตลอดจนทำให้สุขภาพดี ทำให้ไม่ว่าสถานภาพสมรสเดี่ยวหรือคู่ ความปรารถนาที่มีสุขภาพดีจึงไม่ต่างกัน

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แม้จะไม่พบความสัมพันธ์กันทางสถิติแต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือส่วนหนึ่ง ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 44.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. อนุปริญญา และปริญญาตรี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องมากกว่า ดังการวิจัยของนิรัตน์ อิมามิ และสกุลรัตน์

ประเสริฐผล (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะมีการรับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกต้องมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งอธิบายได้ว่าเรื่องการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีคู่สมรส บุตร และญาติ เป็นผู้คอยดูแล ส่วนเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพงในการออกกำลังกายแต่สามารถออกกำลังกายตามความพร้อมและสมรรถภาพด้านร่างกาย เช่น เดิน รำมวยจีน เป็นต้น ดังนั้นรายได้จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่งและนพรัตน์ สิงห์ลาว (2547: 9) ที่พบข้อมูลเช่นเดียวกัน

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตอบรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับปานกลางถึงมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องปานกลางถึงมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากความรู้จัดเป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษานี้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และการตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากมีความรู้ในระดับปานกลางถึงมากและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของขวัญหทัย บุญชู (2545) ที่ศึกษาความรู้ ภาวะโภชนาการ และความ สัมพันธ์ระหว่างความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบ้านเกาะกลาง อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ และผลการวิจัยพบว่าความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้ความสามารถตนเองและ ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตอบรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับปานกลางถึงสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องปานกลางถึงถูกต้องมาก และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในระดับปานกลางถึงสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องปานกลางถึงถูกต้อง

มากเช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้เป็นไปตามแนวคิดโดยสรุปของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงด้วยเช่นกัน บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำด้วยบุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่ทำในพฤติกรรมนั้น

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว(สามี ภรรยา บุตร ญาติ) เพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ พยาบาลและแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับเรื่องที่ไม่ค่อยแตกต่างกัน โดยเรื่องที่พบมากคือการพูดคุยแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป และการพูดคุยหรือแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แม้จะมีโรคประจำตัวแต่ไม่ได้อยู่ในภาวะสุขภาพที่รุนแรงจึงทำให้สามารถดูแลตนเองได้ไม่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของนิธิตา สุภาภิ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ และการศึกษาของนนวล พูลเกษร (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร โดยศึกษาศึกษาในตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ และสาธารณสุข เหมือนกัน และพบว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ: จากผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดังนั้นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุควรมีการสร้างเสริมความรู้เป็นระยะทั้งเรื่องอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภค การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการเรียนรู้ด้วยตนเองและเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การให้คู่มือแบบ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการกระทำพฤติกรรม โดยรูปแบบของการจัดกิจกรรมสุข

ศึกษาควรเน้นการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกเนื้อหาหรือหัวข้อการเรียนรู้ที่สนใจ และใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบสอนแนะ(Coaching) หรือการพูดคุยเสวนา การใช้เกมส์ การให้เรียนรู้จากตัวแบบการอธิบายประกอบกับการใช้สื่อต่างๆ เช่น การฉายวีดิทัศน์ ภาพพลิก แผ่นพับ เป็นต้น และจัดเวลาให้ฝึกปฏิบัติการเลือกอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาล รวมทั้งการติดตามสนับสนุนและกระตุ้นเตือนที่บ้าน

2. สร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โรงพยาบาลควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และฝึกทักษะให้บุคคลในครอบครัวที่มีส่วนสำคัญโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้รู้และเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะเรื่องอาหารและการออกกำลังกายซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองโดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) การดูแลตนเอง (self-care) ร่วมกับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเรื่องความต้องการการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ แหล่งของสิ่งสนับสนุน รวมทั้งบุคคลที่ควรให้การสนับสนุน โดยศึกษาทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม รวมทั้งศึกษาในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวและ กลุ่มที่มีโรคประจำตัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-CARE BEHAVIORS
REGARDING FOOD CONSUMPTION AND EXERCISE OF THE ELDERLY
CLUB MEMBERS, KANCHANABURI PROVINCE

NUCHANEIT BOONMAN 4936385 PPHP/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MANIRAT THERAWIWAT, Ph.D., NIRAT
IMAMEE, Ph.D., SUPREYA TANSAKUL, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Elderly is one of the large population group of Thailand and the increase trend is increasing in which the population structure has been changing to the elderly society. In the year 2000, the number of the elderly was accounted for 9.4 percent of the country's population while in 2005 the elderly population had increased to be 10.3 percent comparing to 11.7 percent in 2010. It was evident the number of the elderly has increased every year. According to the National Statistics Office, it was estimated that in 2020 the number of the elderly aged over 60 years in Thailand will be increased to be 14.5 millions or 20.0 percent of the total population. (The National Statistics Office, 2004). When people entered the old-age, their physical, mental and social conditions tend to change in the degeneration direction, the functions of their body orgasm will be decreased. Therefore, they will have a chance to get sick easily and if they were sick, severity of the sickness will be expected as well as the delay of recovery. According to Rockville (1982), 80 percent of the elderly aged 65 years and

over will be found to have one or more chronic diseases. The studies of various academicians showed that 58 percent of the elderly had concomitant illness and most of the concomitant illnesses caused by the degeneration of the physical organs since these organs have been used for a long period of time, for example arthrosis, diseases of the digestive system, disease of the nervous system and senses organs, diseases of the respiratory system, diseases of the circulation system and diseases of endocrine system. Most of the health problems of the elderly caused by the degeneration of the body organs accordingly with the increasing age. Most of the elderly accepted these physical changes as the natural changes so that no older people will be as healthy as the reproductive age people. Therefore, the elderly did not do anything with their illness and this condition led to health problems.

Thai government has increased the recognition of the importance of the old age people gradually by setting the country's policy on the elderly in the Eighth National Economic and Social Development Plan (B.E.2540-2544), the Ninth National Economic and Social Development Plan (B.E.2545-2549) and the Tenth National Economic and Social Development Plan (B.E.2550-2554), in which the emphasis has been focused on the development of social power for enhancing community's capability, linking the social network as the fundamental factors for developing people's quality of life. The Tenth National Economic and Social Development Plan, in regard to the policy on elderly, has also emphasized that the life expectancy at birth should be increased to 80 years coupled with the decrease of morbidity rate of 5 preventable diseases : heart disease, hypertension, diabetes mellitus, cancer, and cerebrovascular disease (National Economic and Social Development Plan, <http://www.nesdb.go.th>)

However, health promotion program for the elderly can not be organized solely by the government organizations but the participation of family members and community as well as the elderly themselves is very important for the accomplishment of the program. The elderly should participate in the health promotion program directly in order to prevent health problems that may occur in the future. The important factors that have been recognized as the fundamental factors for promoting health, preventing

and delaying the organs' degeneration or the onset of chronic diseases among elderly, are balanced food consumption and regular exercise. When our year of age is going up, the changes of body's psychology and systems will occur, with the different rate depending on each individual. The rate of changes depends on heredity, nutrition, lifestyles, illness and environment. However, the elderly can prolong their healthy body, free from illness and good quality of life by good nutrition and regular exercise.

From the aforementioned problems' significance, this research project was aimed to assess perceived self-efficacy about self-care, social support from family members, public health personnel and other close persons, and self-care behaviors of the elderly who were the members of a elderly club. The data from this study will be beneficial for planning an-appropriate health promotion program for elderly relevantly with their problems and real needs.

Research Questions

Whether or not there is a relationship between perceived self-efficacy, social support, and food consumption and exercise behaviors of the elderly who were the members of the Elderly Club in Kanchanburi Province? If so, what kind of the relationship is?

Research Objectives

1. To assess self-care behaviors of the elderly in regard to food consumption and exercise.
2. To study perceived self-efficacy and social support received from family, public health personnel and closed persons in regard to food consumption and exercise.
3. To study the relationship between perceived self-efficacy, social support received from family, public health personnel and close persons and behaviors regarding food exercise of the elderly.

Research Hypotheses

1. There was a relationship between socio-demographic factors in regard to age marital status, education and income, and food consumption and exercise behaviors of the elderly.

2. There was a relationship between knowledge about food consumption and exercise and behaviors of the elderly regarding food consumption and exercise.

3. There was a relationship between perceived self-efficacy and expectation of the benefits of food consumption and exercise and behaviors of the elderly regarding food consumption and exercise.

4. There was a relationship between social support received from family members, and public health personnel and the behaviors of the elderly regarding food consumption and exercise.

Research Variables

1. Independent Variables :

1.1 Socio-demographic factors : age, marital status, education and income

1.2 Knowledge about food consumption and exercise

1.3 Perceived self-efficacy and expectation of the benefits from performing appropriate food consumption and exercise behaviors

1.4 Social support from family members, public health personnel and close persons

2. **Dependent Variable** : Food consumption and exercise behaviors of the elderly.

Scope of the Research

This research was carried out with the elderly who were the members of the Elderly Clubs of Paholpolpayuhasaena Hospital and Makarugs Hospital, Kanchanaburi Province, who participated in the Elderly Clubs' activities regularly or those who came to participate in the activities at least 4 times a year accordingly with the appointments made with the clubs' staff.

Research Methods

Research Design. This study was a survey research, a cross-sectional design.

Population and Samples

The population of the study were the elderly aged 50 years and over who were the members of the Elderly Clubs in Kanchanaburi Province.

The samples were the elderly aged 50 years and over who were the members of the Elderly Clubs in Kanchanaburi Province. The sampling procedures were as follows:

1. Studying the detailed information about elderly clubs in Kanchanaburi Province by collaborating with the staff of the Health Education Section of the Provincial Hospital of Kanchanaburi Province, Paholpolpayuhasaena Hospital. It was found that there were 2 official established elderly clubs in Kanchanaburi Province which were the Elderly Club of Paholpolpayuhasaena Hospital, Muang District, Province, and the Elderly Club of Makarugs Hospital, Tamaka District, Kanchanaburi Province. Therefore, the samples of this study were selected from these two Elderly Clubs.

In 2008, there were totally 2,635 members of these 2 Elderly Clubs, of whom 1,329 elderly in the Elderly Club of Paholpolpayuhasaena Hospital and 1,306 in the Elderly Club of Makarugs Hospital.

2. The sample size was calculated by using estimated proportion by applying the sample size calculation formula developed by Daniel (1987 : 157). The sample size was 324 cases.

3. The calculation of the sample's proportion was made in each elderly club. Where as the total number of the members of the Elderly Club in Paholpolpayuhasaena was 1,329 while in the Elderly Club of Makarugs Hospital was 1,306. Therefore, the total number of 2 clubs was 2,635. After calculation was made, the sample size of each Elderly Club was as follows :

- Paholpolpayuhasaena Hospital = 163

- Makarugs Hospital = 161

Total sample size = 324

The sampling procedures were then followed in accordance with the following criteria :

Inclusion Criteria

1. Those male and female members of the Elderly Clubs of Paholpolpayuhasaena Hospital and Makarugs Hospital, aged 50 years and above.

2. Those who could read and write.

3. Those who were willing to participate in the program and signed the written consent form.

Exclusion Criteria

1. The elderly who had hearing problem.

2. The elderly who felt uncomfortable, were unhappy and did not want to give information.

Research Ethics

This research highly recognized the importance of research ethics. Therefore, before starting to collect data, the researcher had asked every sampled member for his/her agreement to participate in the project.

Since, there was no experimentation in this research project, so there was no risk from the experimentation except the risk of leaking of the respondents' data especially personal data, for example, the data that were filled up in the questionnaires, or electronic data in a computer, etc. regarding this issue, the data collected will be kept safely and confidentially whereas other persons who did not involve in this research project could not be accessible to the data. The presentation of the data will be made in the form of general profile not individual presentation.

The samples were free to withdraw from the research project anytime with no any direct impact on the samples.

Research Instrument

The research instrument was a set of an interview schedule regarding knowledge, perceived self-efficacy, social support received from closed persons, food consumption and excise. The interview schedule was divided into 6 parts : Part 1 : General Information ; Part 2 : Knowledge About Nutrition and Exercise Elderly; Part 3 : Perceived Self-Efficacy Regarding Food Consumption and Exercise; Part 4 : Expectation of the Benefits of Performing Appropriate Food Consumption and Exercise; Part 5 : Food Consumption and Exercise Behaviors; and Part 6 : Social Support From Close Persons Regarding Food Consumption and Exercise.

Steps of Data Collection

1. Submitting the official letter from Mahidol University to the Directors of Paholpolpayuhasaena Hospital and Makarugs Hospital for getting permission to collect data of the members of the Elderly Clubs.

2. Collaborating with the Heads of the Health Education Section and the Social Medicine Sections of the hospitals for getting permission to collect data and informing the objective of the project and the details of the research procedures

3. Getting the name list of Elderly Clubs' member from the 2 accordance with the criteria set. The staff of the Health Education Section and the Social Medicaine Sections collaborated and made appointments with the selected elderly. The venues for meeting with the samples were the meeting rooms of the sampled hospitals.

4. The researcher introduced herself with the sampled elderly, informed the sampled elderly about the research's objectives and getting the agreement to participate in the research project by them signed the written consent forms.

5. Starting to interview the sampled elderly by using the following steps :

5.1 Introducing herself to the sampled elderly as well as informing them the objectives of the interview

5.2 Starting the interview in accordance with the interview schedule developed.

5.3 During the interview, the researcher made the good relationship with the interviewees and encouraged the interviewees to answer the questions without any force or insistence in order to make them feel easy and comfortable without boring. In case that the interviewees could not answer a question or were not willing to do so, the researcher skipted to other questions in order to make the interviewees feel better and later, the researcher could come back to that question again

5.4 At the end of the interview, the opportunity was provided for the interviewee to express their additional opinions before the researcher expressed her thankfulness to the interviewee.

Data Analysis

Data analysis was done by using programmed computer and 2 parts of the statistical analysis were made as follows :

1. Descriptive Statistics :

1.1 Socio-demographic data in regard to sex, age, income, occupation, etc. were analyzed by using frequency and percentage.

1.2 The level of knowledge, perceived self-efficacy, and social support were analyzed by computing frequency and percentage.

2. Analytical Statistics was used for testing the relationship between variables in accordance of the research hypotheses by using Chi-square test.

Conclusions of the Research Results

It was found that : most of the samples were females (61.6%) while 38.4 percent were males; the high percentage of the samples aged 66-70 years (34.7%) while 32 percent aged 61-65 years and 17.2 percent aged 71 years and above. About 60 percent were married.

There were 46.8 percent finished primary school ; about half of the samples (50.2%) had income less than or equal 5,000 Bath and 25.9 percent had income of 5,001-10,000 Baht. Most of them were retired (63.3%) while 36.4 percent still work.

There were 55.9 percent indicated that they had concomitant diseases, 38.7 percent had hypertension and 15.8 percent had diabetes.

About half of the samples (49.2%) had a 'moderate' level of food consumption and exercise behaviors while 40.4 percent and 10.4 percent had a 'low-correct' level and a 'high-correct' level of food consumption and exercise behaviors respectively.

The results of the relationship analysis between the socio-economic factors, knowledge, perceived self-efficacy, expectation of the benefits of performing appropriate food consumption and exercise behaviors, social support, and self-care behaviors of the elderly in regard to food consumption and exercise by using Chi-square test, were as follows:

No significant relationship was found between sex, age, marital status, education, income, and self-care behaviors of the elderly ($p\text{-value} > 0.05$).

Significant relationship was found between knowledge about food consumption and exercise, perceived self-efficacy and expectation of the benefits of appropriate food and exercise and self-care behaviors of the elderly ($p\text{-value} < 0.05$).

No significant relationship was found between social support received from family, public health personnel and close persons and self-care behaviors of the elderly ($p\text{-Value} = 0.080$).

Discussion

As it was found that the socio-demographic factors in regard to sex, age, marital status, education, and income of the samples did not relate significantly with the elderly's food consumption and exercise behaviors, this finding did not agree with the Research Hypothesis 1. The discussion concerning each subvariable was presented as follows:

Sex. As the result showed no significant relationship between sex and behavior of the elderly in regard to food consumption and exercise, this finding should be due to the fact that the sampled elderly were the members of the Elderly Clubs and have been participated in the Clubs' activities regularly. Thus, they should receive the similar information in regard to self-care which made them performed no difference of self-care behaviors. This finding was agreed with the studies of

Chutikan Chatrung and Nopanan Signlaos (2004 : 9) who found that there was no significant relationship between sex health promotion behaviors among elderly. But this study was disagreed with the study of Somluks Sukrason (2008 : 140) who found that there was a relationship between sex and appropriate physical exercise behavior among the elderly whereas males practiced exercise 2.01 times higher than females.

Age. It was found that there was no relationship between the elderly's behavior in regard to food consumption and exercise and age of the elderly. This finding should lie on the fact that the samples were in the same old age and were the members of the Elderly Clubs of Hospitals, therefore, their self-care behaviors were found to be the same. This finding was not agreed with the study of Chintana Tongsook, Maneerat Theerawiwatna and Nirat Iamee (2008 : 107-123) who studied the factors affecting physical exercise of the elderly who were the members of the Elderly Club of Chareonkrungpracharugs Hospital and age was found to relate significantly with exercise behavior of the sampled elderly. This finding was disagreed with the studies of Chutikan Chatrung and Nopanan Singhlaos (1994 : 9) who found that age related significantly with health promotion behavior of the elderly.

Marital Status. Marital status was not found to relate with the elderly's behaviors in regard to food consumption and exercise. This finding should due to the fact that foods are the important factors for living of human-beings. Therefore, the elderly regardless of what type of marital status is, the elderly could not live without foods. And when the consolation about the age of the elderly was made, most of them have been taken care by their children and grand children, so the different marital status did not cause difference of food consumption behavior of the elderly. In regard to exercise behavior, this behaviors is an important factor promoting the elderly's well-being. Therefore, either single or married, all desire to be healthy.

Education. Education was not found to relate significantly with behavior of the elderly in regard to food consumption and exercise. Even though significant relationship was not found but the consideration of the detailed findings showed that 44.9 percent of the samples who did not go to school had a 'low' level of self-care

behavior while those who finished secondary schools, Diploma in Vocational Education, Diploma, and Bachelor Degree, had a 'correct' self-care behavior. This finding was agreed with the study of Nirat Imamee and Sakulrat Prasertphol (2006) who studied health promotion behavior of the elderly in Kanchanaburi Province and it was found the married elderly had better perception about health promotion than those elderly who were single/widowed / divorced / repeated and those who finished secondary schools and higher were found to have a 'quite good' level of perception about health promotion and their health promotion behavior was significantly correct' than those who had education level lower than secondary school.

Income. Income was not found to relate with food consumption and exercise behaviors of the elderly. This finding can be explained that in regard to food consumption, the elderly's couples, children, and relatives have taken care of the elderly. In regard to exercise, the elderly did not have to used the high cost exercise equipments for performing exercise but they could perform exercise behavior in accordance with they readiness and their physical condition, for example, walking, Qigong, etc. Therefore, income did not relate to the samples' self-care behavior regarding exercise. This finding was agreed with the study of Chutikan Chutrong and Nopanun Singhlaos (1994 : 9) who found the similar finding.

Knowledge About Food Consumption and Exercise. It was found that there was a significant relationship between knowledge about food consumption and exercise and self-care behaviors of the elderly. This finding was agreed with the Research Hypothesis 1 whereas the elderly who had a 'moderate to high' level of knowledge about food consumption and exercise were found to practice self-care behavior at a 'moderate to high' level. This finding should be due to the fact that knowledge is one important predisposing factor that will lead to people's action coupled with these elderly were the members of the Elderly knowledge among the members have been organized including providing physical check-up for the members regularly. Therefore, these activities provided were the important factors that increased the of most of the elderly to be at a 'moderate-high' level and practiced appropriate behavior. The finding of this study was congruent with the study of Khuanhathai

Boonchoo (2002) who studied knowledge, nutrition situation, and the relationship between knowledge and nutrition situation of the elderly in Bankrauklang Muang District, Chiangmai Province, and it was found that there was a significant relationship between knowledge and nutrition situation of the elderly ($p\text{-value} < 0.05$).

Perceived Self-Efficacy and Expectation of the Benefits of Appropriate Food Consumption and Exercise Behavior. It was found that there was a significant relationship between perceived self-efficacy and expectation of the benefits of appropriate food consumption and exercise behavior and self-care behaviors of the elderly. This finding supported the Research Hypothesis 3. It was also found that the elderly with a ‘moderate-high’ level of perceived self-efficacy to perform appropriate food consumption and exercise behaviors were found to have a ‘moderate-high’ level of appropriate self-care behaviors. It was also found that the elderly who had a ‘moderate-high’ level of expectation about the benefits of performing appropriate food consumption and exercise behaviors were found to have a ‘moderate to high’ level of appropriate self-care behavior. This result was agreed with the concluded concept of the Theory of Self-efficacy that if a person holds a ‘high’ level of perceived self-efficacy and a ‘high’ level of expectation of the benefits he/she will tend to make decision to perform that behavior certainly. On the contrary, if a person holds a low level of perceived self-efficacy and expectation of the benefits, that person will tend to decide not to perform that behavior.

Besides, it was found that the support received couples, children, friends, nurses, or physicians did not relate with self-care behaviors of the elderly in regard to food consumption and exercise. This finding did not support the Research Hypothesis 5. This finding should lie on the fact that the elderly have received various supports in regard to self-care at the same level. The contents that were mostly found were the recommendations about general self-care and found consumption and the elderly could help themselves even though they have also some chronic diseases but the situation was not serious, therefore they could help themselves independently. The finding of this study was contradicted with the study of Nithima Suparee (2001) who studied health promotion behaviors and the factors

affecting health promotion behaviors among the elderly in Nakonsawan Province as well as the study of Nongnuan Poolkason (2001) who studied the factors influencing health promotion behaviors of the elderly among the elderly in Kampanget Province. The variables studied were social support from family, neighbors, and medical and public health personnel and receiving medical and public health information. It was found that the variables mentioned related significantly with health promoting behaviors of the elderly.

Recommendations Derived From the Research Results

1. As it was found that there was a significant relationship between knowledge about food consumption and exercise, perceived self-efficacy and expectation of the benefits of performing food consumption and exercise behaviors, and self-care behaviors of the elderly, thus hospitals and organizations related to organizing activities for elderly should promote knowledge about food consumption and exercise, perceived self-efficacy and expectations of the benefits of performing food consumption and regular exercise. Additional contents should also include in regard to general health. The health education activities should be emphasized on having the elderly participated more in learning activities.

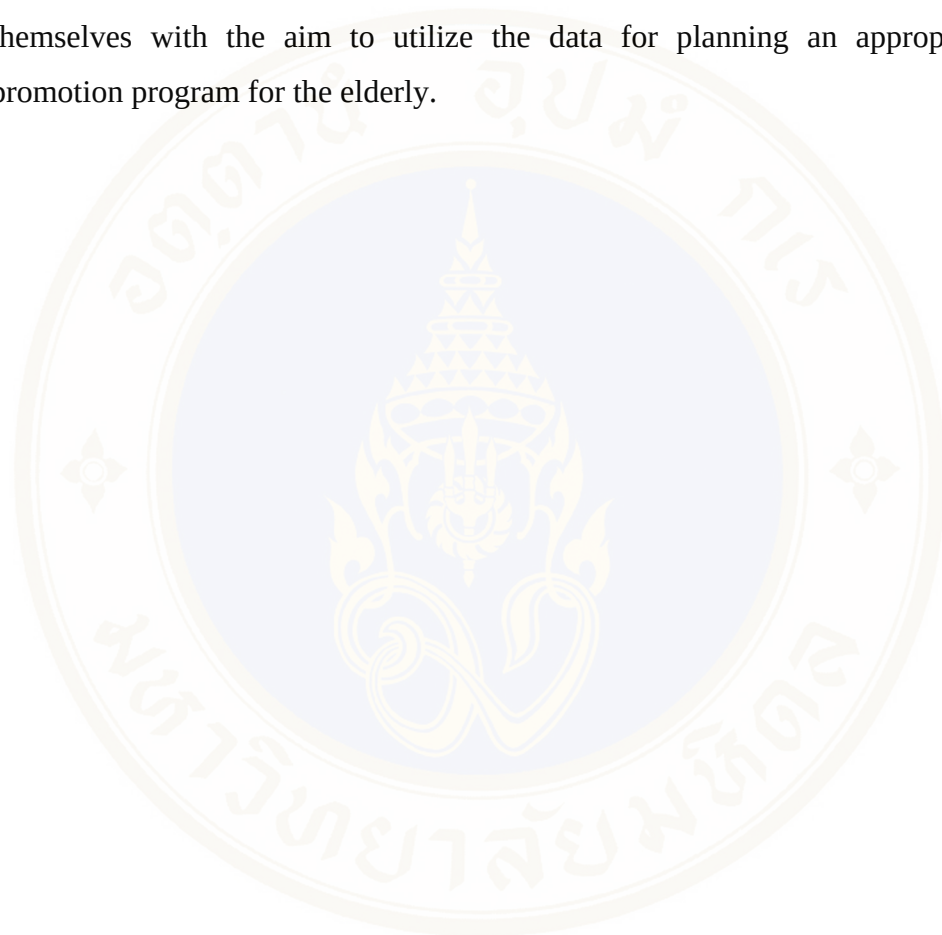
2. The activities aiming to promote more participation among family members to support self-care among the elderly should be carried on in order to enable the elderly to practice appropriate self-care behaviors.

Recommendations for Furthering Researches

1. An experimental research for developing a health promotion program for the elderly who had chronic disease should be done, by emphasizing on knowledge about self-care appropriately with the elderly chronic disease, promoting perceived self-efficacy, expectation of the benefits from performing appropriate

behaviors, and self-care behaviors in order to promote the elderly be able to take care of themselves and without any complications.

2. The research should be carried on in regard to the study of self-care behavior and the factors relating to self-care behaviors among the elderly who stay by themselves with the aim to utilize the data for planning an appropriate health promotion program for the elderly.



บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สมรรถนะในตนเอง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
- กระทรวงสาธารณสุข.สถาบันพระบรมราชชนก. โครงการสวัสดิการวิชาการ (2541) การพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1.พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร:บริษัทยุทธินทร์การพิมพ์;2541.
- กันยรัตน์ อุบลวรรณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของ ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- ขวัญหทัย บุญชู. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบ้านเกาะกลาง อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
- จินตนา ทองสุขนอก, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ. ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารสุศึกษา 2551;31(110): 107-123.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- ชุดิกกาญจน์ ฉัตรรุ่งและณพนันท์ สิงห์ลาว. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัย เครือข่ายภาคกลาง 2; 1(1) มกราคม-มิถุนายน 2547: 9.
- ชุดิวรรณ ปุรินทราภิบาล. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

ธัญรัตน์ ดันติกฤติยา. อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2548.

นพวรรณ ภัทรวงศา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์)สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาขารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542

น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.

นิรัตน์ อิมามิ, สกุลรัตน์ ประเสริฐผล. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา. วารสารสุขศึกษา 2549; 29(101):

บรรลุ ศิริพานิช. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่ยืนยาวและแข็งแรง 2531. กรุงเทพมหานคร: สามติการพิมพ์; 2531

บรรลุ ศิริพานิช. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2551.

ประคอง อินทรสมบัติ [อินเทอร์เน็ต]. การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2554]. ที่มา: http://trat.nfe.go.th/trat/topic5_old.php?page=10

ประเวศ วะสี [อินเทอร์เน็ต]. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2554] ที่มา: http://trat.nfe.go.th/trat/topic5_old.php?page=10

ประเสริฐ อัสสันตชัย[อินเทอร์เน็ต].อาหารสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป.[วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2554] ที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/Thaiweb/diet3.htm>

ปราณีต สิงห์ทอง. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

- ปิยะพันธุ์ นันตา. การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2541.
- ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: ยุทธินทร์การพิมพ์ ; 2548.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์การพัฒนาก่อนและสังคมไทย. [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2554] ที่มา: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>
- วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2539.
- วาสนา เกื้อนวงศ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติคุณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. สวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
- ศศิไศ ศรีสอาด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา. กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ [วันที่อ้างถึง 1 ธันวาคม 2553]. ที่มา: <http://www.agingthai.org/page/1790>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ. [วันที่อ้างถึง 9 มกราคม 2554]. ที่มา: <http://www.agingthai.org/page/668>
- สมบัติ ไชยวัฒน์ .ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุขะ, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร: หน้า 29-40; 2543.

- สมลักษณ์ สุกระสร. กระบวนการตัดสินใจและปัจจัยกำหนดการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- สุดาจันทร์ วัชรกิตติ. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2535 .
- สุดาวรรณ อูราสาย และ ดร.ณิ ใจสว่าง[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลขามใหญ่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่องกำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ระหว่างวันที่ 2-4มิถุนายน2553 [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2554]. ที่มา http://www.bcnv.ac.th/80bcnv/80%20pee/Abstract_Full%20text/O.22.pdf
- สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2543.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
- สุปราณี แสงวงษ์. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
- สุปรียา ต้นสกุล. จิตวิทยาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิจิตรการปก; 2549.
- สุรกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร. นิชนเอดเวอร์ไทซ์กรุ๊ป ; 2541
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. ประชากรโลก : ประเทศไทย 2547 [วันที่อ้างถึง 9 มกราคม 2554]. ที่มา: http://service.nso.go.th/nso/data/02/wld_pop47.html

หน่วยสุศึกษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร. การออกกำลังภายใน

ผู้สูงอายุ [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2554]. ที่มา:

http://www.chulalongkornhospital.go.th/unit/ipdchula/ipdchula/index.php?option=com_content&task=view&id=90&Itemid=67

อบเชย วงศ์ทอง. โภชนศาสตร์ครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.

เอกรัตน์ เชื้ออินธ. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่): บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

Baker AH, Wadle J [Internet]. **Sex Differences in Fruit And Vegetable Intake in Older Adults** ; 2003. [cited 2011 Feb 21] Available from :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12798784?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m,isrcn>.

Bandura, A. **Self efficacy: The exercise of control**. New York: Free man company; 1997.

Barrera, M. **Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents: Assessment Issue**. In Social Networks and Social Support. London: SAGE Publication. 69-96 ; 1982

Bloom, B. S. Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), Mastery learning: Theory and practice. (pp. 47-63). New York: Holt, Rinehart and Winsto; 1971

Caplan, G. **Support system and community mental health**. New York: Behavioral Publications; 1976.

Daniel, Wayne E. **Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences**. John wiley Sons, New York; 1991.

House, J.S. **Work Stress and Social Support**. Reading, Mass: Addison-Wesley ; 1981.

Kaiser, Betty L.; Brown, Roger L.; Baumann, Linda C. **Perceived Influences on Physical Activity and Diet in Low-Income Adults From Two Rural Counties**. January/February 2010 - Volume 59 - Issue 1 - pp 67-75

Lin W, Lee YW. **Nutrition Knowledge, Attitudes and Dietary Restriction Behavior of Taiwanese Elderly**. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 2005, ;14(3): 221-9

- Leili Salehi, Hassan Eftekhari, Kazem Mohammad, Sedigheh Sadat Tavafian, Abolghasem Jazayeri, Ali Montazeri [Internet]. **Consumption of Fruit and Vegetables Among Elderly People: A Cross Sectional Study From Iran** [cited 2011 Feb 11]. Available from: <http://www.nutritionj.com/content/9/1/2>
- Nitima Suparee. **The factors affecting health promoting behaviors among elderly in Nakhonsawan province**. M.Sc. Health Education and Behavioral Sciences ; Mahidol university; 2002.
- Nongnuan Poolkasorn. **The factors affecting health promoting behavior among the elderly in Kamphaengphet province**. M.Sc. Health Education and Behavioral Sciences ; Mahidol university ; 2002.
- Nopparat Charoenkij. **Perceive self-efficacy, outcome expectation, and nutritional behaviors of the elderly with primary hypertension**. Adult nursing ; M.N.S(Adult nursing). Mahidol university; 2000.
- Pender, N.J. **Health promotion in nursing practice**. USA,: Appleton and Lange; 1996
Rockville. **A prospective study of long-term care institutionalization among the aged**. Am J Public Health 1982; 72(12): 1371-1379
- Sandra O'Brien Cousins. **Social support for exercise among elderly women Canada**. Oxford Journal : Health Promotion International (1995: 273-282)
- Schwartz. **Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates**. Journal of the American Dietetic Association 1975 Jan ; 66(1) 28-31
- Sukhumal Sanpaung. **Perceived benefits, perceived barriers, and nutritional behaviors of the elderly with diabetes mellitus**. Adult nursing; M.N.S(Adult nursing). Mahidol university; 2000.
- Suthirat Anan. **Factors affecting health-promoting behaviors of diabetic patients seeking care at Trat hospital, Trat province**. M.N.S (Community health nursing) Mahidol university ; 2000.
- Tasane Panprom. **The factors affecting health promoting behaviors among elderly in Sisaket province**. M.Sc. Health Education and Behavioral Sciences; Mahidol university; 2002.

United Nations, Population Division [Internet]. **“Population Ageing 2000”** [cited 2011 Jan 8].

Available from: www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf.2549.

Vicki S Conn. **Older Adults and Exercise: Path Analysis of Self-Efficacy Related Constructs.**

Nursing Research: May/June 1998 - Volume 47 - Issue 3 - pp 180-189

Vicki S Conn, Kathryn J Burks, Sherry H Pomeroy, Sherri L Ulbrich, Jane E Cochran. **Older**

women and exercise: explanatory concepts. Woman ' Health Issues Volume 13,

Issue 4, Pages 113-176 (July-August 2003)

Vishuda Charoenkitkarn. **The study of Perceived self-efficacy and Interpersonal**

influences to exercise behavior in the elderly with essential hypertension. Adult

nursing ; M.N.S(Adult nursing). Mahidol university; 2000.

Young-Shin; Laffrey, Shirley Cloutier. **Predictors of Physical Activity in Older Adults With**

Borderline Hypertension. Nursing Research: March/April 2006 - Volume 55 -

Issue 2 - pp 110-120



ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

สำหรับ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และ
โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เรื่อง การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ข้าพเจ้าใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านในการตอบคำถาม และขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับทุกประการ

นางสาวนุชนนทร บุญมั่ง

นักศึกษาปริญญาโท

สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ทำการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐
หน้าคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง(.....) ตามข้อมูลเกี่ยวกับท่าน

1. เพศ

☐ ชาย☐ หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด☐ คู่☐ หม้าย☐ หย่า / แยก

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ☐ ประถมศึกษา☐ มัธยมศึกษาตอนต้น☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย☐ ปวช. , ปวส.☐ ปริญญาตรี☐ อนุปริญญา☐ อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้ของท่าน หรือรายได้ที่ท่านได้รับเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว เฉลี่ยประมาณ.....บาท/เดือน
รายได้ดังกล่าว เพียงพอในการใช้แต่ละเดือน หรือไม่

☐ เพียงพอ☐ ไม่เพียงพอ

6. การประกอบอาชีพหรืองานหลักที่ทำ

☐ เกษียณอายุราชการแล้ว แต่ก่อนหน้าที่ทำงาน (ระบุประเภทงาน).....☐ ปัจจุบันยังทำงานอยู่ โดยทำงาน (ระบุประเภทงาน).....

7. โดยส่วนใหญ่ท่านทำงานบ้านอะไร เป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวันบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไร☐ ปัด กวาด เช็ดถูบ้าน☐ ซักผ้า - รีดผ้า☐ ทำกับข้าว - อาหาร☐ เย็บผ้า☐ อื่น ๆ ระบุ.....

8. งานอดิเรกท่านทำอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ปลูกต้นไม้☐ ออกกำลังกาย☐ เลี้ยงสัตว์☐ สวดมนต์☐ ดูโทรทัศน์☐ ฟังวิทยุ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี

*** เฉพาะผู้ที่ตอบว่ามีโรคประจำตัวในข้อ 9 ให้ตอบต่อในข้อ 10

10. ถ้ามีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่ท่านเป็นอยู่ คือ

- ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวาน
☐ โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ☐ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบุ.....
☐ โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ระบุ..... ☐ โรคระบบทางเดินอาหาร ระบุ.....
☐ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ระบุ..... ☐ โรคตา ระบุ.....
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านดื่มเหล้า สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- ☐ ไม่เคยดื่ม ☐ ดื่บบ้างแต่ไม่บ่อย (สัปดาห์ละ 1-2 วัน)
☐ ดื่บบ่อย (สัปดาห์ละ 3-4 วัน) ☐ ดื่มเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-6 วัน)
☐ ดื่มทุกวัน ☐ อื่นๆ ระบุ

12. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ☐ ไม่เคยสูบบุหรี่ ☐ ปัจจุบันไม่สูบแต่เมื่อก่อนเคยสูบ
☐ สูบทุกวัน ☐ อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าหมายเลขของคำตอบที่ผู้สูงอายุเลือกตอบ

1. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทใดให้น้อยลงหรือลดลง

- 1) ไขมัน 2) ผัก ผลไม้ 3) เนื้อสัตว์ติดมัน 4) ไม่ทราบ

2. อาหารต่อไปนี้ ข้อใดเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานมากที่สุด

- 1) ปลาเนื้อนุ่ม 2) แพนงหมู 3) แกงเขียวหวานไก่ 4) ไม่ทราบ

3. ต่อไปนี้ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง

- 1) ผู้สูงอายุควรดื่มนมพร่องมันเนยอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว
 2) ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง
 3) ผู้สูงอายุควรรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน
 4) ผู้สูงอายุควรรับประทานข้าวเป็นประจำ

4. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละกี่แก้ว

- 1) 3-4 แก้ว 2) 4-6 แก้ว 3) 6-8 แก้ว 4) ไม่ทราบ

5. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานอาหารประเภทใดให้น้อยลงหรือลดลง

- 1) อาหารที่มีรสหวานมาก และขนมหวาน 2) อาหารที่มีรสเค็มจัด หรืออาหารหมัก
ดอง

- 3) อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่นอาหารประเภทปลา 4) ไม่ทราบ

6. การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) ทำให้ร่างกายแข็งแรง 2) ทำให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ
3) ทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดี 4) ควบคุมน้ำหนักตัวได้
5) อื่นๆ ระบุ.....

7. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างน้อยกี่วัน

- 1) ออกกำลังกายทุกวัน 2) อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
3) ออกกำลังกาย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ 4) ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

8. การออกกำลังกายที่ให้ผลดีต่อสุขภาพ ควรใช้เวลาการออกครั้งละกี่นาที

- 1) 10 นาที 2) 30 นาที 3) 1 ชั่วโมง 4) ไม่ทราบ

9. การออกกำลังกายเป็นประจำ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอะไรได้

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

10. ข้อความใดต่อไปนี้ ถูกต้องมากที่สุด

- 1) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุควรออกกำลังกายให้น้อยลง
2) วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือการรำมวยจีนหรือไท้เก๊ก
3) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกาย
4) การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อให้ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (4)	ทำได้ (3)	ทำ ไม่ได้ (2)	ทำไม่ได้ แน่นอน (1)
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไขมันหมูพะไล เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันให้น้อยลงได้				
2. ท่านสามารถใช้น้ำมันพืชที่ทำจากถั่วหรือเมล็ดทานตะวันในการปรุงอาหารแทนน้ำมันหมูได้				
3. ท่านสามารถลดปริมาณการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น อาหารหมักดอง ไข่เค็ม				
4. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่เกิน 2 ทศพีได้				
5. ท่านสามารถงดการรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ลำไย ไข่ เป็นต้น				
6. ท่านสามารถงดการรับประทานอาหารทะเลที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก ได้				
7. ท่านสามารถงด/เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า สุรา เบียร์ ชาดอง ได้				
8. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ต่อวันได้				
9. ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่ออาทิตย์ โดยใช้เวลาออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีได้				
10. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้เหมาะสมกับสุขภาพของตัวเอง				
11. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้เองโดยไม่ต้องมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายได้				
12. ท่านสามารถหาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวท่านเองได้				
13. ท่านสามารถหาเวลาออกกำลังกายในแต่ละวันได้เป็นประจำ				

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์ ข้อละหนึ่งคำตอบ

ข้อความ	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็น ด้วย น้อย มาก (1)
1. การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในปริมาณที่พอดีช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ได้				
2. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในแต่ละมื้ออาหารช่วยให้ร่างกายแข็งแรง				
3. การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรืออาหารประเภททอดให้น้อยลงช่วยลดการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้				
4. การรับประทานผักใบเขียว เช่น ผักใบเขียว แดงขาว ส้ม เป็นประจำ ช่วยให้ขับถ่ายเป็นปกติ				
5. การรับประทานขนมหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น				
6. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้เป็นประจำทุกวันจะช่วยให้ไม่มีอาการท้องผูก				
7. การรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อปลา จะช่วยให้ระบบย่อยอาหาร ย่อยได้ง่ายกว่าอาหารที่ทำจากเนื้อหมู หรือไก่				
8. ผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดสูง ถ้าออกกำลังกายด้วยการเดิน การวิ่งเหยาะหรือหาวิธีออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นประจำจะช่วยลดไขมันในเลือดได้				
9. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้				

สุขภาพแข็งแรง				
ข้อความ	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็น ด้วย น้อย มาก (1)
10. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกาย สม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคอื่นๆ ได้				
11. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเพิ่มความ แข็งแรงหรือสมรรถภาพของระบบหัวใจและ หายใจ				
12. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยผ่อนคลาย ความเครียด				
13. การออกกำลังกาย แต่ละครั้งควรใช้เวลาไม่น้อย กว่า 30 นาที หรือจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อออกมาก จึงจะมีผลดีต่อร่างกาย				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ถูกสัมภาษณ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

หนึ่งเดือน ที่ผ่านมาท่านมีการรับประทานอาหาร และออกกำลังกายอย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	ทำเป็นประจำ/ทำ ทุกวัน	ทำบางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์	ทำนานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารหลากหลายชนิดไม่ซ้ำกัน และ ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน				
2. รับประทานอาหารที่ปรุงจากผัก เช่น ผัดผัก แกงจืดใส่ผัก				
3. รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น แตงโม สาลี่ แอปเปิ้ล หลังรับประทานอาหาร				
4. รับประทานอาหารที่ปรุงจากปลา เช่น ปลาทอด ปลานึ่ง เป็นต้น				
5. รับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ไข่ทอด นึ่งไก่ทอด				
6. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสาม ชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง นึ่งไก่ นึ่งหมู				
7. รับประทานอาหารไขมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวผัดกระ เพรา ข้าวคลุกกะปิ ข้าวผัดหมู				
8. รับประทานอาหารขนมปัง โดนัท พิซซ่า ลูกเกด ขนม เค็ก แยมโรล				
9. รับประทานอาหารหวาน หรือขนมที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ข้าวเหนียวมูล กล้วยบัวชี่ บัวลอย ลอดช่อง ทับทิมกรอบ ฝอยทอง ทองหยอด ข้าวเหนียวแก้ว หม้อแกง				

หนึ่งเดือน ที่ผ่านมาท่านมีการรับประทานอาหาร และออกกำลังกายอย่างไร	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	ทำเป็น ประจำ/ทำ ทุกวัน	ทำบางครั้ง/ 3-4 วันต่อ สัปดาห์	ทำนานๆ ครั้ง/ 1-2 วันต่อ สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
10. รับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น เกี๊ยม น้ำยาดองเค็ม ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง เป็นต้น หรือ อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม หรือ อาหารกระป๋อง				
11. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว				
12. ดื่มนมจืดหรือนมพร่องมันเนยวันละ 1- 2 แก้ว/ กล่อง				
13. ดื่มกาแฟ วันละ 1 แก้ว				
14. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ				
15. เติมน้ำปลา/น้ำปลาพริก ลงในข้าวเวลา รับประทาน				
16. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ วันละ 30 นาที ด้วยการเดิน แกว่งแขน วิ่งเหยาะๆ หรือปั่นจักรยาน				
17. มีการอบอุ่นร่างกายทุกครั้งก่อนออกกำลังกายโดย การแกว่งแขนไปมาเบาๆ ก่อนเริ่มออกกำลังกาย				
18. มีการออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอิ่ม ทันที				
19. ทำงาน เช่น ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/				
20. ทำงานบ้านจนรู้สึกเหนื่อยและเหงื่อออก เช่น เก็บกวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างของ				
21. ไปรักษาแพทย์หรือพยาบาลก่อนออกกำลังกาย หรือเมื่อมีอาการไม่สบาย				

ส่วนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

คำชี้แจง ท่านได้รับการสนับสนุนเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่านจากบุคคลต่อไปนี้
อย่างไร ขอให้เลือกตอบเพียง 1 เรื่องที่บุคคลเหล่านั้นสนับสนุนท่านมากที่สุด โดยทำ
เครื่องหมาย / ลงตรงช่องว่าง..... หน้าหมายเลขคำตอบ

1. คู่สมรส (สามี/ภรรยา)

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

2. บุตร

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

3. ญาติ ระบุ.....

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

4. เพื่อน/เพื่อนบ้าน (10)

-□ 1. การดูแลสุขภาพทั่วไป
-□ 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร
-□ 3. คอยแนะนำให้ออกกำลังกาย
-□ 4. เป็นเพื่อนหรือออกกำลังกายพร้อมกับท่าน
-□ 5. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมาให้ท่านอ่าน/ดู
-□ 6. พาไปพบแพทย์หรือไปตรวจสุขภาพ
-□ 7. อื่นๆ ระบุ.....

5. พยาบาล/เจ้าหน้าที่ประจำชมรม (5)

- □1. ตรวจสุขภาพ และให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป
-□ 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย
-□ 3. แจกเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ
-□ 4. จัดกิจกรรมให้ทำร่วมกับสมาชิกในชมรม ระบุ.....

6. แพทย์ (4)

- □1. ตรวจสุขภาพ และให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป
-□ 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย
-□ 3. แจกเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ
-□ 4. อื่นๆระบุ.....

ภาคผนวก ข



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2009-186

ชื่อโครงการ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี

รหัสโครงการ 111/2552

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนุชเนตร บุญมัน

ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เจตจำนง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลิ้มมณีจรัสกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 6 ตุลาคม 2552

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 5 ตุลาคม 2553



Documentary Proof of Ethical Clearance
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

Proof Number	MUPH2009-186
Project Title	Self-Efficacy and Social Support on Food Consumption and Exercise Behavior of the Elderly Kanchanaburi Province
Project Number	111/2552
Principal Investigator	Miss Nuchanet Boonman
Official Address	Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Behavioral Sciences Faculty of Public Health, Mahidol University 420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.

(Assoc. Prof. Pipat Luksamijarulkul)

Chairman of Ethics Committee for Human Research

(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

Date of Approval : 6 October 2009

Date of Expiration : 5 October 2010

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนุชนันดร บุญมั่น
วัน เดือน ปี เกิด	17 มีนาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2549-2553 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542-2546 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2546-2548 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2549-2550 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในชั้น 11 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน พยาบาลประจำศูนย์ข้อมูลสื่อสาร โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์