

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

Community Participation on Elderly Health Promotion

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์

ยุวดี รอดจากภัย

AQ 0096388

- 6 ส.ย. 2556

321202

#0156999

เริ่มบริการ

/ 2 ส.ค. 2556

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล)

มหาวิทยาลัยบูรพา

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

อภิรักษ์นันทนาการ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ โดยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากความร่วมมือของบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว ตลอดจนผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ นิสิต ที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอดการดำเนินการวิจัย คุณประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครูอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเสียสละและความร่วมมือของทุกท่านที่ทำให้โครงการวิจัยนี้เสร็จสิ้นไป ได้ด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์และนำไปใช้เป็นแนวทางในอันที่จะทำให้ ประชากรสูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

ผู้วิจัย

สิงหาคม 2555

บทคัดย่อ

หัวข้อวิจัย	การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน
ผู้ดำเนินการวิจัย	ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ ยุวดี รอดจากรักษ์
หน่วยงาน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ปีงบประมาณ	2554

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดระยอง จำนวน 415 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2555 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสูขากิจการที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก

Research Title Community Participation on Elderly Health Promotion

Researcher Paiboon Pongsaengpan
 Yuvadee Rofjarkpai

Organization Faculty of Public Health, Burapha University

Academic Year 2012

ABSTRACT

This descriptive research aims to study the health status and health behaviors of older adults. The sample for the study of the elderly living in Eastern region of Thailand about 415 people. The data collected during January – August, 2012, which includes an interview of personal information, health status and health promotion behaviors which the results were found that:

Perception of their health status were most samples felt that they are healthy 46.7 percent and 18.6 percent felt that they are poor health. The health promoting behavior of the samples were; the highest mean score was 3.64 on housing sanitation, followed by the behavioral health and spiritual practices to ensure the safety and behavior at the average is 3.40. The lowest average score of 3.03 on social interaction and behavior, the health promoting behaviors as a whole was good.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	4
การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตใจ และสังคมในผู้สูงอายุ	5
สถานะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุ	8
สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	19
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	19
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	20
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	20
กรอบแนวคิดในการวิจัย	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
วิธีการเก็บข้อมูล	24
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	24
การวิเคราะห์ข้อมูล	24
ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงาน	25

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	26
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	26
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	32
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	40
สรุปผลการวิจัย	40
อภิปรายผลการวิจัย	42
ข้อเสนอแนะในการวิจัย	44
เอกสารอ้างอิง	45
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย (BMI)	26
2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป	27
3	ภาวะสุขภาพ จำแนกตามการใช้บริการสุขภาพ	29
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจำแนกรายข้อ	32
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณ จำแนกรายข้อ	34
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงด้านการออกกำลังกาย จำแนกรายข้อ	35
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย จำแนกรายข้อ	36
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงด้านการจัดการกับความเครียด จำแนกรายข้อ	36
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสุขภาพจิตที่อาศัย จำแนกรายข้อ	37
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ จำแนกรายข้อ	38
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายด้าน	38

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภาวะทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยมีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงแรงงานภาคการผลิตจากเกษตรกรรม เป็นอุตสาหกรรม เพิ่มขึ้น (Port Authority of Thailand, 2005) ส่งผลต่อรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรเพิ่มขึ้นจาก 9,848 บาท/เดือน ในปี 2543 เป็น 12,297 บาท/เดือน ในปี 2548 (National Statistical Office, 2006) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าวยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งสาเหตุการตายของประชากรไทย การเปลี่ยนผ่านของปัญหาสาธารณสุขจากการเกิดโรคติดต่อ มาเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และการตายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. 2541; Piroomchai, J. 1999)

เนื่องจากโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 30 ปี โดยเฉพาะในทวีปเอเชียและแถบแปซิฟิก เมื่อปี 2533 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.6 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.36 ในปี 2542 และประมาณการกันว่าในปี 2563 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด อายุคาดเฉลี่ยของชายไทยคือ 67.36 ปี และผู้หญิง 71.74 ปี (Human Resources Planning Division, 1994) การบรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาว ผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา และการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุและบริการสุขภาพที่เป็นอยู่มีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการชราที่ทำให้กำลังสำรองลดลงมีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันเกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมหรือ

การเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี และทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราและผู้สูงอายุและผู้ดูแล และต่อระบบบริการ
ทรัพยากรของประเทศ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542)

การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมอัน
จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจึงมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่
แข็งแรงเพียงพอ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดย
ไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง (Keleher & Murphy, 2004) ไม่เพียงแต่ มุ่งเพื่อการ
ให้บริการรักษาและดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยเท่านั้น แม้กระนั้นก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนมากโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศไทยกำลังประสบปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และ
ขาดการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและ การบริการสุขภาพ
ต่อไปด้วย (National Statistical Office, 2001)

ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้
การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน และ
จะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้ง
ทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม
การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ
การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติย
ภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของ
การให้บริการควบคู่กันไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุจึงควร
มุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอัน
จะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุ จะมีโรคประจำตัวหรือ โรคเรื้อรังแต่
อย่างไร (Chansirikam, S. 1999)

สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544) กล่าวว่า การ
พัฒนามาตรฐาน และเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจุดประสงค์เพื่อ
พัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั้งทางด้าน
กายภาพ เวลาใช้บริการที่สะดวก และมีบริการที่มีคุณภาพทางด้าน การแพทย์ เข้าใจความต้องการ ที่รอบด้าน
ของประชาชน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสอดคล้องมากขึ้น และ จัดให้มี
ระบบที่สถานพยาบาลร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง สถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วย
บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพทั้งทางด้าน การแพทย์ และทางด้านสังคมเป็นหัวใจหนึ่งของการจัดระบบ

บริการให้มีประสิทธิภาพ และดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างผสมผสานต่อเนื่อง รวมทั้งกระตุ้นให้มีการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล และจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทำให้มีผล ต่องานสาธารณสุขด้วย เช่น องค์กรมีการแข่งขันในด้านคุณภาพการบริการมากขึ้น ผู้รับบริการแสวงหาบริการสุขภาพที่คุ้มค่ากับเงินที่ต้องจ่าย จึงทำให้ต้องมีการประกันคุณภาพ และต้องใช้หลักการปรับปรุงคุณภาพของบริการอย่างต่อเนื่องเสี่ยงสะท้อนต่อระบบสุขภาพในปัจจุบัน การพัฒนางานของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมามุ่งเน้นการพัฒนาการบริการที่มุ่งเน้นคุณภาพและการปรับโครงสร้างและ การบริหารจัดการของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นซึ่งไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงใน ระบบสุขภาพและเศรษฐกิจสังคมโดยรวมของประเทศ การบริหารจัดการของหน่วยงานยังเป็นแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นในระบบสุขภาพส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดแผน และทิศทางของการพัฒนาที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางในการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อการศึกษาด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล และองค์กรของศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
2. เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. เพื่อประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับชุมชน องค์กรชมรมผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนภาวะ โดยแบ่งระยะการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะโดยใช้เวลาในการวิจัย 3 ปี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาในระยะที่ 1 คือการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้ จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือมีแต่ความเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (ชูศรีวงเครือ, 2543) จึงเป็นการยากที่จะกำหนดว่าบุคคลใดอยู่ในวัยสูงอายุ เกณฑ์ที่สังคมจะกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น จะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมซึ่งได้มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เช่น ฮอลล์ (Hall, 1976, pp. 3-4 อ้างใน แสงเดือน มุสิกธรรมณี, 2545.) ได้จำแนกการสูงอายุของบุคคลออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่า ใครมีอายุน้อยเพียงใด
 2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนไป เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการ สูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล
 3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะ ต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
 4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม
- สำหรับการกำหนดว่า ผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 –74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 –90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมีได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ ผู้ใดที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly, Ageing, Aged and Older persons) และจากรายงานขององค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่าประเทศใดก็ตามที่มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2550) ใช้เกณฑ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยยึดจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2552) กล่าวว่า กระบวนการความชราจะเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา คือ ร่างกายจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ จนเมื่อเติบโตเต็มที่แล้วการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางเสื่อมลงมากกว่าจะเสริมสร้าง ความชราเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัยและการปฏิบัติตนของแต่ละคนความเจ็บป่วยก็มีผลทำให้กระบวนการชราเกิดขึ้นได้เร็วขึ้นดังที่เรียกกันว่า " แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย " ตรงกันข้ามคนที่ดูแลสุขภาพและรับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลาจะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความแก่ไว้ได้นานและไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน

2. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตใจ และสังคมในผู้สูงอายุ

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ

2.1.1 ผิวหนัง (skin)

ผู้สูงอายุมีผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มมากขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึง 50% ทำให้การหายของแผลซ้ำ

ลง เส้นใยอีลาสตินลดลง เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี และไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น สามารถมองเห็นปุ่มกระดูกได้ชัดขึ้น ประกอบกับการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายและทนต่อความเย็นได้น้อยลง

2.1.2 ผม (hair)

ผมและขนมีจำนวนลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ อัตราการเจริญของผมและขนลดลงตามอายุ เมลา닌ซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสี (pigment) และ cellular material ของผมลดลง ทำให้ผมและขนสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดตามวัยด้วย โดยปกติความหนาแน่นของผมลดลงจาก $615/\text{cm}^2$ เมื่ออายุ 25 ปีขึ้นไป จะลดลงเหลือ $485/\text{cm}^2$ เมื่ออายุ 50 ปี

ในระยะหมดประจำเดือน ขนบริเวณรักแร้และหัวหน้างลดลง แต่บริเวณหน้าอาจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิงมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศชายจากต่อมหมวกไตมากขึ้น

2.1.3 เล็บ (fingernail)

เล็บแข็งและหนาขึ้น อัตราการเจริญของเล็บลดลงจากคนอายุ 30 ปีมีการเจริญของเล็บ 0.83 มม./สัปดาห์ แต่ในคนอายุ 90 ปี มีการเจริญของเล็บ 0.52 มม./สัปดาห์ มุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น เล็บอาจจะลอกเป็นชั้น ๆ และ สีเล็บจะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น

2.1.4 ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ (sebaceous and sweat glands)

ต่อมไขมันมีหน้าที่เคลือบผิวหนัง รากผม ให้ความชุ่มชื้น แต่จะมีการหลังลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดต่อมไขมันอักเสบ ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ ขนหยาบก่อนข้างเปราะและผิวหนังแห้ง คัน เซลล์สร้างสีมีจำนวนลดลง ทำงานลดลงและกระจายไม่สม่ำเสมอทำให้สีผิวจางลงเฉพาะที่และในบางตำแหน่ง แต่อาจมีรังควันตุสิดำหรือน้ำตาลสะสมเป็นแห่ง ๆ มักพบบริเวณใบหน้า แขน และหลังมือ ที่เรียกว่า ตกกระ (lentiginosis) จำนวนและขนาดของต่อมเหงื่อจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถระบายความร้อนโดยวิธีการระเหยได้ไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเป็นลมแดดได้ง่าย ต่อมเหงื่อที่รักแร้ในคนอายุ 61-75 ปี ทำงานเพียงแค่ครึ่งหนึ่งของคนที่อายุ 15-50 ปี

2.1.5 สายตา (sight)

ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึกเพราะไขมันของลูกตาลดลง กระจกตาเป็นถุงเหี่ยวยุบ มีความยืดหยุ่นลดลง เกิดหนังตาดก ขอบหนังตาม้วนเข้าและม้วนออกได้ง่าย รูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาตอบสนองของม่าน

ตาต่อแสงลดลง ทำให้ต้องการแสงเป็น 3 เท่าจึงจะมองเห็นชัด โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือในเวลา กลางคืน แกว้ตาเริ่มขุ่นมัวมีสีเหลืองมากขึ้นเนื่องจากการเสื่อมของ retinal cones ทำให้ความสามารถในการเทียบสีลดลง จึงแยกสีที่คล้ายกันได้ยาก โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะสามารถแยกสีแดง ส้ม และเหลือง ได้ ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วง และ เขียว ความยืดหยุ่นของแก้วตาลดลง การรับรู้ที่กระจกตาลดลง ทำให้เกิดแผลได้ง่ายบริเวณรอบ ๆ กระจกตาจะเป็นวงสีขาวหรือสีเทา (arcus senilis) ที่เกิดจากการสะสมของกรดไขมัน กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ เลนส์ตามีความยืดหยุ่นน้อยลง และกล้ามเนื้อตาอ่อนสมรรถภาพทำให้ลำบาก ในการเพ่งมองสิ่งที่อยู่ใกล้ๆ ไม่ชัดที่เรียกว่า presbyopia ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ความไวในการมองภาพลดลง การผลิตน้ำตาลดลงเนื่องจากเนื้อเยื่อไขมันใน lacrimal apparatus สูญเสีย ไป และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

2.1.6 การได้ยิน (hearing)

ความสามารถในการได้ยินลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น จากการทดสอบพบว่า การได้ยินจะลดลงในด้าน ความถี่และโดยเฉพาะความดังของเสียง ทำให้สูญเสียการได้ยินเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ ซึ่งมากจากการ เสื่อมของ organ of corti และ basilar membrane ซึ่งเป็นอวัยวะของหูชั้นใน ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เยื่อแก้วหู และอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ที่เรียกว่า presbycusis คือการสูญเสียการได้ยินหรืออาการหูตึง พบได้ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบมากในเพศชาย ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุบางคนจึงกลายเป็นคนชอบแยกตัว ขี้สงสัย หวาดระแวงในเรื่องต่าง ๆ ขี้หูถูกผลิตลดลงแต่มีการสะสมของขี้หูในช่องหูมากขึ้น เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการ เสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียงบางลงและมีการเปลี่ยนแปลงในโพรงสะท้อนเสียง หลอดเลือดที่ ไปเลี้ยงหูชั้น ในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ประกอบกับเวสติบูลาร์ทำงานลดลง มีการฟ่อ ดีบของ cochlea ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ (จินตนา รณฤทธิวิชัย และคณะ, 2548)

2.1.7 การรับกลิ่น (smell)

ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง เนื่องมาจากการสูญเสียประสาทที่ควบคุมการรับกลิ่น (olfactory receptors) ทำให้ความสามารถในการแยกแยะกลิ่นต่าง ๆ ลดลง

2.1.8 การรับรส (taste)

การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ประมาณ 2 ใน 3 ของต่อมรับรส และจะตายเมื่ออายุ 70 ปี และส่วนที่เหลือจะฝ่อลีบลงทำให้ทำหน้าที่ได้น้อยลง การรับรสนานจะ สูญเสียการรับรสก่อนรสเปรี้ยว รสขม และรสเค็ม จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัด ขึ้นหรือรับประทานอาหารไม่อร่อย นอกจากนี้การสูญเสียความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่กล่องเสียง และ

กระดูกอ่อนทำให้ reflex ของการไอและการกลืนลดลง ทำให้สำลักอาหารและน้ำได้ง่าย และยังมีผลต่อระดับเสียง ความแรงและระดับเส้นเสียง

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

2.2.1 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system)

หลังอายุ 40 ปี อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้างทั้งในเพศหญิง และเพศชาย เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมมีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการรักษาระดับแคลเซียมในเลือดให้คงที่เนื่องจากแคลเซียมถูกดูดซึมจากลำไส้น้อยลง และมีการสูญเสียแคลเซียมมากขึ้นทั้งทางลำไส้และทางไต เพราะขาดวิตามินดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้และดูดกลับแคลเซียมที่ไต สำหรับในเพศหญิงสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของosteoblasts ลดลงหลังจากหมดประจำเดือน ทำให้แคลเซียมสลายจากกระดูก 2.5% ต่อปี กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่ายแม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกมักไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อนในอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ บริเวณกระดูกอ่อนชายโครง จึงเป็นเหตุให้ทรวงอกเคลื่อนไหวน้อยลง การหายใจลำบากขึ้น ต้องอาศัยการทำงานของกระบังลมมากขึ้น นอกจากนั้นแคลเซียมอาจไปเกาะที่เนื้อเยื่ออื่น ๆ เช่น ผนังหลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะฮอร์โมนกระดูกบางลง ความยาวกระดูกสันหลังลดลง เพราะฮอร์โมนกระดูกบางลง กระดูกสันหลังมากขึ้นทำให้หลังค่อมมากขึ้น กระดูกจึงเคลื่อนไปกดเส้นประสาทได้ ความสูงจะลดลงประมาณ 1.5-2 นิ้วทุก 20 ปี หลังอายุ 40 ปีความยาวของกระดูกยาวคงที่ ขนาดของกระดูกยาวอาจใหญ่ขึ้น แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น รูปร่างของผู้สูงอายุจึงไม่สมส่วน

หลังอายุ 30 ปี จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมันและคอลลาเจนเข้าแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลง มีการสะสมของสารไลโปพิตซินมากขึ้น กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงประมาณ 12-15 % จากอายุ 30-70 ปี ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง สาเหตุอาจเกิดจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลง ร่างกายขาดการออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร และที่สำคัญ ประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณ ไกลโคเจนและโปรตีนที่สะสมในกล้ามเนื้อลดลงตามจำนวนและขนาดของกล้ามเนื้อที่ลดลงเป็นเหตุให้ร่างกายของผู้สูงอายุเกิดภาวะเสียดุลไนโตรเจนได้ง่าย กล้ามเนื้ออาจมีอาการสั่น เนื่องจาก extrapyramidal system เสื่อมลง เอ็นอาจแข็งตัวทำให้รีเฟล็กซ์ลดลงและกล้ามเนื้ออาจจะแข็งเกร็งได้ (จันทนา รัตนวิรัช และคณะ, 2548)

2.2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system)

ในผู้สูงอายุลักษณะโครงสร้างของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจมีการฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืด ไชมัน และสารไลโปพืสซินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ขนาดของหัวใจลดลงเล็กน้อย แต่โดยทั่วไปหัวใจห้องล่างซ้ายจะมีขนาดลดลงเล็กน้อย และจะหนาขึ้นประมาณ 25% จากอายุ 30-80 ปี แต่หัวใจห้องบนซ้ายมีขนาดเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดีเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่ว และตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการหลังแคลเซียมซึ่งจำเป็นในการหดตัวของกล้ามเนื้อจาก sarcoplasmic reticulum ซ้ำลงเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งมีไขมันและเนื้อเยื่อพังผืดที่ S-A node, A-V node และ bundle branches มากขึ้นด้วย จากสาเหตุดังกล่าวจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ดังนั้นในภาวะที่จำเป็นต้องมีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น ภาวะเครียด อัตราการเต้นของหัวใจจะไม่สามารถเพิ่มได้มากเหมือนในวันหนุ่มสาว และอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้นด้วยเหตุใดก็ตามจะต้องอาศัยเวลานานมากขึ้น จึงกลับสู่สภาวะปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณ 40% จากอายุ 25-65 ปี กำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงมักพบผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่หัวใจต้องทำงานมากขึ้น หรือภาวะฉุกเฉิน

หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้นและ มีการเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนเหล่านี้ด้วย เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นที่เรียกว่า elastocalcinosis ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความเร็วของซีพจรลดลง อัตราการเต้นของซีพจรลดลงตามอายุ รูภายในหลอดเลือดแคบเข้า จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นได้ง่าย ความต้านทานของ หลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นประมาณ 1 % ต่อปี ทำให้ความดันภายในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้เพียงพอกับการทำงานของร่างกาย ดังนั้น ระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกจึงเพิ่มขึ้น หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์และเปราะบาง ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณสมอง หัวใจ และไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลงเกิดการเสื่อมและตายในที่สุด เนื่องจากการตอบสนองของ baroreceptor อยู่ที่ผนังของ carotid sinus และ aortic

arch) ต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลงร่วมกับความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) ได้ง่าย

ดังนั้น การเปลี่ยนท่าทางต่าง ๆ ในผู้สูงอายุจึงควรกระทำอย่างช้า ๆ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดของหัวใจ (coronary vessels) ลดลง ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนน้อยลงร่วมกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงเป็นเหตุให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายได้ หลอดเลือดดำโป่งพองมากขึ้นทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง และมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำมากขึ้น

ปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกายคงที่ เม็ดเลือดแดงมีอายุคงที่ แต่การสร้างทดแทนเซลล์เก่าจะช้าลง เนื่องมาจากการขาดสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ผู้สูงอายุมักมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางได้ง่ายขึ้น จำนวนและการกระจายของเม็ดเลือดขาวไม่เปลี่ยนแปลง ความสามารถในการกลืนทำลายเชื้อโรค (phagocytosis) ปกติ จำนวนและโครงสร้างของเกร็ดเลือดคงที่ แต่ไฟบริโนเจนมีระดับสูงขึ้น ค่า ESR (erythrocyte sedimentation rate) สูงขึ้น อาจถึง 40 มม./ชม. (ค่าปกติในเพศชายประมาณ 5 มม./ชม. และในเพศหญิงประมาณ 15 มม./ชม.) สาเหตุ อาจเกิดจากการเพิ่มระดับของไฟบริโนเจน และการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนในพลาสมา (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2548)

2.2.3 ระบบทางเดินหายใจ (respiratory system)

จมูกมีขนาดใหญ่ขึ้นเนื่องจากกระดูกอ่อนมีการโตอย่างต่อเนื่อง ทอลซิลฝ่อโดยทั่วไปหลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลงความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลังและกระดูกซี่โครงตามวัยจะทำให้ทรวงอกมีลักษณะผิดปกติ ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลงเพราะมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น รูปร่างของทรวงอกเปลี่ยนเป็นรูปมากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแห้ง และที่บกล้ามเนื้อหายใจทำงานลดลง จากสาเหตุดังกล่าวมีผลทำให้ความยอมตามของปอด (compliance) ลดลง ปอดยืดขยาย และหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลงซึ่งจะสามารถพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะหลังค่อมเนื่องจากกระดูกสันหลังเสื่อม จากการทดสอบปริมาตรและความจุของปอดในคนอายุ 30-90 ปี พบว่า ความจุส่วนเหลือใช้งานได้ เพิ่มขึ้น 50% และปริมาตรอากาศค้างภายในปอด (residual volume, RV) เพิ่มขึ้นถึง 100% ความจุรวมของปอด (total lung capacity, TLC) ไม่เปลี่ยนแปลง เนื้อที่เสียเปล่า (dead space) เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีความสมดุลกับความต้องการ

ออกซิเจน ที่ลดลงในผู้สูงอายุ ความจุของการหายใจสูงสุด (maximal breathing capacity ,MBC) ลดลง 50% ซึ่งใกล้เคียงกับการลดลงของปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่ใน 1 วินาที

ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่ายเนื่องจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ห่อหุ้มถุงลมลดลง และมีการเชื่อมต่อกันตามขวาง (cross-linkage) มากขึ้น จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมลดลง การซึมผ่านของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง เนื่องจากเนื้อที่ที่ใช้ในการซึมผ่านลดลงร่วมกับผนังหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งตัวมากขึ้น อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน ดังนั้น เปอร์เซ็นต์อิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินจึงลดลงประมาณ 5% และค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงลดลง 10-15 % จากอายุ 20-80 ปี ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากอัตราการซึมผ่านของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่าออกซิเจนถึง 20 เท่าและการระบายอากาศหายใจยังเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในภาวะเครียดปริมาณสูงสุดของออกซิเจนที่ถูกใช้จะมีค่าลดลงถึง 50% เมื่ออายุ 80 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการกำซาบเลือดล้มเหลว การซึมผ่านของก๊าซออกซิเจนช้าลง และเนื้อเยื่อใช้ออกซิเจนได้น้อยลง

สำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขน (cilia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์การไอลดลง ประสิทธิภาพของการไอลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี ประกอบกับปริมาณ Ig A ในสารคัดหลั่งและ alveolar macrophage ลดลง จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงเลวลง เป็นเหตุให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ง่ายขึ้น (จินทนา รณฤทธิวิชัย, 2548)

2.2.4 ระบบทางเดินอาหาร (digestive system)

ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรงเกิดการกร่อนและรากฟันเปราะแตกง่ายเนื่องจากสิ่งเคลือบฟันบางลง พบว่า alveolar bone ของกรามมีมวลกระดูกลดลงเป็นเหตุให้การยึดเกาะของฟันด้อยลง (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552) และมีสีกัล้าขึ้น เพราะมีการดูดซึมสารที่มีสีเข้าไปสะสมมากขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป ทำให้ฟันยาวขึ้น เซลล์สร้างฟันลดลงมีเนื้อเยื่อพังคืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุหรือหลุดร่วงง่ายขึ้น เยื่อบุผิวในช่องปากบางและฝ่อ ต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่ มีเนื้อเยื่อพังคืดและไขมันสะสมมากขึ้น การผลิตเอนไซม์ และการหลั่งน้ำลายลดลง เหลือเพียง 1 ใน 3 ทำให้การ

ย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้ง การติดเชื้อในปากมากขึ้น ตุ่มรับรสที่ลิ้นฝ่อและรับรสได้
เลวลง ความไวการรับรสลดลงจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ รสเค็ม รสขม รสเปรี้ยว รสหวาน จึง
เกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น

เซลล์บริเวณหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง เซลล์เยื่อชนิดแท่งลดลง และมีเซลล์เยื่อชนิดแบนเข้า
แทนที่มากขึ้น ซึ่งพบมากในส่วนล่างของหลอดอาหาร นอกจากนั้นยังมีการยื่นโป่งพองของหลอด
อาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อของ
หลอดอาหาร และคอหอยอ่อนกำลังลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูด
บริเวณปลายหลอดอาหาร ห่อนตัวและทำงานช้าลง เป็นเหตุให้อาหารในกระเพาะอาหารสามารถย้อนกลับ
ขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้เกิดความรู้สึกแสบยอดอก ซึ่งพบได้ร้อยละ 65 ของผู้สูงอายุและบางครั้ง
อาจเกิดการสำลักเข้าสู่หลอดลมทำให้เกิดโรคปอดบวมได้

การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของ
กล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลงร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านจิตใจและความวิตกกังวลในด้านต่าง ๆ
สูงขึ้น อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นเกิดความรู้สึกหิวบ่อยลง เยื่อกระเพาะอาหารโดยเฉพาะบริเวณ
แอนทริมและ พินดัสบางลงและฟอติบ พบได้มากกว่า 50% ในผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป จึงเป็นเหตุให้การ
ผลิตน้ำย่อยกรดไฮโดรคลอริก และเอนไซม์เปปซินลดลง 1 ใน 5 เมื่ออายุ 40-60 ปี และผลเนื่องจากการ
การลดระดับกรดไฮโดรคลอริกในกระเพาะอาหารจะทำให้การดูดซึมแร่ธาตุแคลเซียมและธาตุเหล็กซึ่งดูด
ซึมได้ดีในสภาพความเป็นกรดลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกผุและโรคโลหิตจางได้ง่าย นอกจากนั้นการ
ลดระดับของอินทรีน ลิกแฟคเตอร์ ซึ่งเป็นกลัยโคโปรตีนที่มีอยู่ในน้ำหลังจากบริเวณคาร์เดียและพินดัส
ของกระเพาะอาหารจะเป็นเหตุให้การดูดซึมวิตามินบี 12 ที่ลำไส้เล็กส่วนอเล็กซ์ลดลง จึงเกิดโรคโลหิตจาง
ชนิด pernicious anemia ในผู้สูงอายุมากขึ้น

การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง หลอดเลือดบางแห่งโป่งพองทำให้มีโอกาสเกิดการ
ตกเลือดในทางเดินอาหารได้ง่าย เยื่อบุทางเดินอาหารบางลงและเสื่อมหน้าที่เนื่องจากการแบ่งตัวของเซลล์
ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นเหตุให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ในลำไส้
เล็กไม่ดี จึงเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับ
กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายไม่มีกิจกรรม
เคลื่อนไหวน้อยลงการกระหายน้ำน้อยลงและพบมีภาวะ diverticulosis ของลำไส้ใหญ่ (เกิดจากการห่อน
ตัวของ mucosa และ submucosa ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ ทำให้มีลักษณะเป็นกระพุ้ง) ได้ถึง 1 ใน 3 ของคน

ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้น กล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนัก ห่อนตัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ และถ่ายอุจจาระกะปริบกระปรอย

ขนาดและน้ำหนักของตับลดลง เซลล์ตับมีจำนวนลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น เซลล์ตับ ที่เหลือขนาดใหญ่ขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ตับลดลง ปริมาณกลัยโคเจน ซึ่งสะสมไว้ที่ตับลดลง ประสิทธิภาพการทำลายพิษต่าง ๆ ของตับลดลง การผลิตเอนไซม์และโปรตีนที่ตับลดลง แต่ระดับSGPT SGOT บิรูบิน และแอลคาไลน์ฟอสฟาเตสคงที่ ระดับโปรตีนรวมในเลือดลดลง จาก 7.4 เหลือ 7.04 กรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับ แอลบูมินในเลือดลดลงประมาณ 15-25 เปอร์เซ็นต์ แต่ระดับโกลบูลินเพิ่มขึ้น ทำให้ อัตราส่วนระหว่าง albumin และ globulin เปลี่ยนจาก 4.02/3.06 กรัมเปอร์เซ็นต์ในเด็ก เป็น 3.26/3.76 กรัมเปอร์เซ็นต์ ในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำดีรวมลดลง ระดับโคเลสเตอรอลในน้ำดีและความหนืดของน้ำดี เพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดี พบในเพศชายร้อยละ 10 เพศหญิงร้อยละ 20 ระหว่างอายุ 55-65 ปี และจะพบได้สูงขึ้นถึงร้อยละ 40 เมื่ออายุ 80 ปี

น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง มีไขมันมาสะสมมากขึ้น การผลิตเอนไซม์เปลี่ยนแปลงโดย ส่วนใหญ่จะมีการลดลงทั้งปริมาณและความเข้มข้น ระดับเอนไซม์อะมัยเลสลดลง แต่ยังมีปริมาณเพียงพอ สำหรับการย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ระดับไลเปสและทริปซินลดลง แต่ระดับไบคาร์บอเนตยังคงที่ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารลดลง (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2548)

2.2.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (genitourinary system)

ขนาดของไตลดลงเหลือประมาณ 1 ใน 5 ของขนาดเดิม น้ำหนักไตลดลงประมาณ 30% และ หน่วยไตมีขนาดลดลง 30-40% เมื่ออายุ 25-85 ปี หน่วยไตที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงประมาณ 53% และอัตราการกรองของไต ลดลง 50% จาก อายุ 20-90 ปี การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการ สูญเสียน้ำและอิเล็กโตรไลต์ได้ ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงจากเดิม 1.032 เหลือ 1.024 เมื่ออายุ 80 ปี ออสโมลาลิตีลดลงจาก 1,040 มิลลิออสโมต่อลิตรเหลือ 750 มิลลิออสโมต่อลิตรจากอายุ 20-80 ปี ระดับพิคัตที่ไตต่อสารต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นกับชนิดของสารนั้น ๆ จึงเป็นเหตุให้ บางครั้งสามารถตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

กล้ามเนื้อปัสสาวะอ่อนกำลังลง กำลังการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะจึงลดลงทำให้มีปัสสาวะค้าง ในการะเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง จาก 500 เหลือเพียง 250 มิลลิลิตร ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย นอกจากนั้นตัวรับการกระตุ้นในกระเพาะปัสสาวะยังทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ

ในเพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นและผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลง พบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลงประมาณ 30% จากอายุ 25-65 ปี ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลงและมีความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง แต่ยังสามารถผสมกับไข่ได้จนอายุ 80 ปี ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไชมันบริเวณใต้หัว เหน่าและขนลดลง

ในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ฝักรังไข่ชนิดขาวและย่นมากขึ้น ปีกมดลูกเหี่ยว เยื่อภายในปีกมดลูกแบนเรียบปราศจากขน มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อภายในมดลูกบางลงมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น แต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นฮอร์โมนได้ดี ปีกมดลูกเหี่ยวและขนาดเล็กลงไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง เยื่อช่องคลอดบางทำให้ผลิตสารหล่อลื่นได้น้อยลง รอยย่นและความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศ และความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีขาวซีดเพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีสภาวะเป็นด่างมากขึ้น เพราะไชมันใต้ผิวหนังลดลง แคมสิจีต มีขนาดเล็กลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (จันทนา รัตนฤทธิวิชัย, 2548)

2.2.6 ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system)

น้ำหนักต่อมใต้สมองลดลง 20% มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมอง ลดลง การผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง

ต่อมธัยรอยด์มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลงแต่มีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสมมากขึ้น การทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลงตามอายุเนื่องจากกลไกการกระตุ้นต่อมธัยรอยด์จาก TSH ล้มเหลว ทำให้ระดับไตรไอโอโดธัยโรนิน มีปริมาณลดลง 25-40% หลังอายุ 60 ปี แต่ระดับธัยรอยด์ซินยังคงที่ อัตราการสร้างและสลายธัยรอยด์ฮอร์โมนในผู้สูงอายุลดลง ดังนั้นอัตราการครองธาตุในภาวะพื้นฐาน(basal metabolic rate) จึงลดลง 20% จากอายุ 20-90 ปี เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะ hypothyroidism ซึ่งจะพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลงได้

ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์จะเพิ่มขึ้นในวัยสูง อายุ เพราะระดับเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์ด้านการทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีระดับลดลง

ต่อมหมวกไตส่วนนอก (adrenal cortex) มีเนื้อเยื่อฟังกซ์และรงควัตถุเพิ่มขึ้น อัตราการหลั่ง cortisol ลดลงร้อยละ 25 ซึ่งจะมีผลกระตุ้นกลับให้ต่อมใต้สมองมีการสร้าง ACTH ในร่างกายเพิ่มขึ้นได้ ระดับ aldosterone ในซีรัมลดลงร้อยละ 50 ทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น การหลั่ง rennin ลดลงตามอายุ และไม่ตอบสนองต่อการลดลงของระดับโซเดียม การเปลี่ยนแปลงท่าทางการออกกำลังกาย ระดับฮอร์โมนเพศจากต่อมหมวกไตลดลงระดับ 17-คีโตสเตอรอยด์ในปัสสาวะลดลงร้อยละ 50 ของในวัยหนุ่มสาว

ต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal medulla) ผลิตอีพิเนฟริน แะนอร์อีพิเนฟริน ในระดับคงที่เมื่ออยู่กระตุ้น แต่ในผู้สูงอายุต้องอาศัยระยะเวลาในการหลั่งนานกว่าวัยอื่น

ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ระดับกลูคาگونลดลงและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง

ต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง คือ FSH และ LH รังไข่หยุดทำงานไม่หลั่ง estrogen และ progesterone ดังนั้นแหล่งผลิต estrogen ที่สำคัญในผู้สูงอายุ คือ ต่อมหมวกไตส่วนนอกในเพศหญิงการลดระดับฮอร์โมน estrogen จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่มีประจำเดือน อวัยวะในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่ สำหรับเพศชายการเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่าในเพศหญิง เพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆ ลดลงทีละน้อยแต่ก็มีผลทำให้ลักษณะของเพศชายลดลง ได้แก่ กล้ามเนื้อขนาดเล็กลง ขนน้อยลง เสียงเล็กลงได้ ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง ขึ้นกับสิ่งแวดล้อมและการหาทางออกในพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

2.2.7 ระบบประสาทและการรับรู้สติ

วลัยพร นันทศุภวัฒน์ (2552) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของระบบประสาทส่วน กลางและระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้การส่งกระแสประสาทช้าลง จำนวนเซลล์สมองลดลงร้อยละ 1 ต่อปี หลังอายุ 50 ปี ประสิทธิภาพของไฮโปธาลามัสลดลงในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย อุณหภูมิของร่างกายลดลงกว่าตอน วัยหนุ่มสาว อุณหภูมิเฉลี่ยจากการวัดทางปากอยู่ในช่วง 96.9-98.3 °F และ 98-99°F จากการวัดทางทวารหนัก ซึ่งการวัดอุณหภูมิทางทวารหนักและทางรูหูให้ค่าที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ เป็นผลทำให้ความสามารถในการตอบสนองต่ออากาศเย็นได้ลดลงเนื่องจากหลอดเลือดขาดประสิทธิภาพในการหดตัว cardiac output ลดลง การเต้นลดลง กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังลดลง

เซลล์ประสาท (neuron) ใน cerebral cortex หายไปร้อยละ 20 corneal reflex ซ้ำลง pain threshold เพิ่มขึ้น ระยะการนอนหลับลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของ non-rapid eye movement (non-REM) โดยมีระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ยาว ในขณะที่ระยะที่ 3 และ 4 สั้นมาก ทำให้ช่วงหลับลึกสั้นลง ตื่นง่าย และ REM sleep ลดลง

ความไวในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิสัมผัส และการสั่นลดลงชัดเจนหลังอายุ 40 ปี และ ลดลงมากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุ อิริคสัน (1964, อ้างในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) ได้แบ่งการพัฒนาการทางจิตสังคมในวัยผู้สูงอายุไว้ในขั้นตอนที่ 8 ของทฤษฎีจิตสังคมในวัยผู้สูงอายุเป็นระยะที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ถ้าพบว่าตนเองได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้วจะเกิดความพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคงทางใจที่เรียกว่า despair ดังนั้น ผู้สูงอายุควรทำให้ยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวอย่างเข้าใจ รู้จักชีวิต และปล่อยวาง เพื่อให้เกิดความสุขสงบในชีวิต ซึ่งการพัฒนา การทางจิตใจในวัยสูงอายุ ได้แก่

1. **บุคลิกภาพ(personality)** บุคลิกภาพของบุคคลมีพื้นฐานมาตั้งแต่วัยเริ่มต้นของชีวิต โดยมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ อิริคสันเชื่อว่า บุคลิกภาพต้องมีการพัฒนาตลอดเวลาและตลอดชีวิต ในวัยสูงอายุบุคลิกภาพมักไม่ค่อยแตกต่างจากเดิม การเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในวัยสูงอายุ รวมทั้งการรับรู้ความมีอายุและการยอมรับของสังคม รูปแบบของบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้ 3 แบบดังนี้ คือ

1. **บุคลิกภาพแบบผสมผสาน (Integrated personalities)** เป็นบุคลิกภาพที่ดีซึ่งสามารถพบได้ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ แบ่งเป็น 3 แบบ คือ

1.1 reorganize คือ กลุ่มที่ค้นหากิจกรรม เพื่อปรับปรุงความสามารถดั้งเดิมที่หายไป จะมีการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันสูงและมีความพึงพอใจค่อนข้างมาก

1.2 focused เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมและระดับความพึงพอใจปานกลาง

1.3 disengaged เป็นกลุ่มถดถอยตนเองออกจากสังคม มีกิจกรรมน้อยแต่มีระดับความพอใจสูง

2. **บุคลิกภาพแบบต่อต้าน (armoured or defended personalities)** บุคลิกภาพแบบนี้ แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

2.1 holding on เป็นกลุ่มที่เกลียดกลัวความชรา พยายามยึดรูปแบบบุคลิกภาพของตนในวัยชรากลางคนไว้ และมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการยึดถือเช่นนี้

2.2 constricted เป็นกลุ่มที่เกลียดกลัวความชรา ชอบจำกัดบทบาทและพฤติกรรมของตนเอง จะมีความพึงพอใจสูงถ้าบทบาทของตนเองมีน้อยตามที่คาดหวังไว้

3. บุคลิกภาพเฉยชาและพึ่งพาบุคคลอื่น (passive dependent personalities) บุคลิกภาพแบบนี้ออกเป็น 2 แบบ คือ

3.1 succurance seeking เป็นกลุ่มที่พึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของตนเอง

3.2 apathic or rocking chair เป็นกลุ่มที่แสดงพฤติกรรมเฉยชา มีนซึม ไม่สนใจใยดีต่อสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมน้อย มีความพอใจ ระดับปานกลางและต่ำ

4. บุคลิกภาพแบบขาดการผสมผสาน (unintegrated personalities) พบในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับความชราของตนเองได้ ขาดการควบคุมอารมณ์ มีการพกร่องด้านความคิดอ่าน และสภาวะจิตใจอย่างเห็นได้ชัด มีพฤติกรรมและความพึงพอใจต่อชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

2. ความจำ (memory) ผู้สูงอายุจะมีความจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตสังคม การกระตุ้นความจำของผู้สูง อายุจะต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน เช่น เขียนหนังสือตัวโต การใช้สื่อกระตุ้นการมองเห็น และไม่ควรเน้นหรือถามซ้ำในเรื่องที่ผู้สูงอายุจำไม่ได้ การจดบันทึกจะช่วยผู้สูงอายุจำได้มากขึ้น

3. สถิติปัญญา (intelligence) สถิติปัญญาของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถทางสมอง ซึ่งจะเริ่มลดลงหลังจากอายุ 30 ปี นอกจากนั้นยังเกี่ยวกับระดับการศึกษา การเรียนรู้ในอดีตและประสบการณ์ในการแก้ปัญหา รวมทั้งสภาวะสุขภาพด้วย ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้วิทยาการต่าง ๆ มากขึ้น จึงมีโอกาสได้ใช้สมองตลอดเวลา ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์มีผลทำให้สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุดีขึ้น และบุคคลในวัยต่าง ๆ ให้ความสนใจเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีสถิติปัญญาดีกว่า ในอดีต โดยทั่ว ๆ ไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไป ไม่เท่ากันทุกคน ลักษณะความเสื่อมทางสติ ปัญญาที่พบในผู้สูงอายุได้แก่

1. ความสามารถในการใช้เหตุผลเสื่อมเร็วกว่าความสามารถในการคำนวณบวกลบตัวเลข
2. ความสามารถในการคิดเรื่องนามธรรมมีจำกัด
3. ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ลดลง แต่จะดีขึ้นถ้าผู้สูงอายุใช้ประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา

ช่วยค้นหา และต้องใช้เวลาานกว่าวัยหนุ่มสาว

4. ความสามารถในการคิดอิสระลดลง ต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยในการตัดสินใจ

5. มักใช้วิธีแก้ปัญหาแบบที่เคยปฏิบัติโดยไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากความจำสั้นทำให้แยกสาเหตุไม่ได้

4. การเรียนรู้ (learning) การเรียนรู้ของบุคคลจะเริ่มลดลงประมาณอายุ 40-50 ปี และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเรียนรู้จะลดลงมากขึ้น โดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี ซึ่งจะลดลงมากขึ้นกับสติปัญญา การศึกษา แรงจูงใจ ความตั้งใจ การรับส่งข้อมูลของสมอง การยอมรับและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้ว่าการเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะลดลง แต่ผู้สูงอายุยังไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ ถ้าการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา ความตั้งใจที่จะเรียนรู้ และระยะเวลาที่ใช้ในการเรียน ซึ่งต้องใช้เวลาแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งลดความคาดหวังที่จะได้รับด้วย การเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ดีและเรียนได้เร็วคือการเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่เร่งรัด

5. ช่วงความสนใจ (attention span) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้ความระมัดระวังได้ลดลง ผู้สูงอายุถูกทำให้เสียสมาธิ (วอกแวก) จากข้อมูลและสิ่งกระตุ้นที่ไม่เกี่ยวข้องได้ง่าย และความสามารถในการทำงานที่ซับซ้อนลดลง ต้องการการปฏิบัติควบคู่ไปด้วย

จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจากงานวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยสามารถจำแนกสถานะที่ส่งก่อให้เกิดปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ดังนี้

สถานะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุ

นภาพร ชโยวรรณ (2531) ทำการศึกษาสถานะเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเงิน (ร้อยละ 39) รองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 34) และปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 13) และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหา ซึ่งทั้งเพศชายจะมีปัญหามากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาทางการเงินมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยผู้สูงอายุร้อยละ 48 มีรายได้ส่วนใหญ่จากบุตร ร้อยละ 28 มาจากการทำงานของตนเอง ร้อยละ 8 มาจากเงินออม และร้อยละ 2 มาจากเงินบำนาญ

จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการศึกษารายได้ ในรอบปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุและคู่สมรส พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 20000 บาทต่อปี และแหล่งรายได้สำคัญคือจากบุตร รองลงมาคือจากการทำงานของตนเองและการได้รับการสงเคราะห์มีสัดส่วนที่ต่ำที่สุด โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแหล่งรายได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

สภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจอันเป็นปกติของบุคคลอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องหรือความพิการทางร่างกาย) ภาวะพึ่งพาและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้าและการหกล้ม เป็นต้น นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2542) ยังพบว่าปัญหาสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยมีผู้ที่ประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือนถึงร้อยละ 19 และประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4 ประสบปัญหาภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7 – 2.1 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

ผลการศึกษาถึงสภาพบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยการประเมินจากการได้รับบริการเกี่ยวกับโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคความดันเลือดสูง พบว่า โรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจและเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีฐานะดี และพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้มีเศรษฐฐานะดีหรือมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและมีฐานะยากจนหรือการศึกษาต่ำกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่นๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการ ได้มากกว่าและมีฐานะดีกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆด้วยก็ได้

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประมวล

สถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อม เช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือและเชื่อกันของบุตรหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการที่บุตรหลานยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้ามคือ ความรู้สึกสูญเสียจะมีผลต่อ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับสูง อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปจะพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลทุกซักร้อน ห่วงใยลูกหลาน กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ไปจนถึงมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว หมด กำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ ฯลฯ และตัวแปรด้านสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพ โสด หย่า ฆ่า ฆ่า ผู้ที่แข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอและมีโรคภัยไข้เจ็บ (มัลลิกา มัติโก, 2542)

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมี 3 ภาวะ คือ (1) การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การได้รับอาหารพอเพียง ได้ออกกำลังกาย มีกิจกรรม มีการพักผ่อน มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ฯลฯ (2) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การร่วมกิจกรรมเพื่อป้องกันส่งเสริม แก้ไขปัญหาการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การมีงานอดิเรก คลายเหงา การทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง การไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและการตาย ฯลฯ (3) การดูแลตนเองในภาวะสุขภาพถดถอย ได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้และสนใจสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ฯลฯ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองต่างกัน ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพทางเศรษฐกิจ โดยเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย (ชลธร รักษานูวงศ์, 2545) ผู้สูงอายุที่อายุยังไม่สูงมากดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ที่อายุสูงมาก ชลธร รักษานูวงศ์, 2545) ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูง ดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วยดีกว่าผู้มีการศึกษาค่ำแต่มีการรักษาความสะอาดและออกกำลังกายต่ำกว่า (ชลธร รักษานูวงศ์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีฐานะต่ำกว่า (ชลธร รักษานูวงศ์, 2545 และ กรกมล บำรุงวัด, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมาก (เช่น ลูกหลาน เพื่อนบ้าน) จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูล การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก ผู้อยู่อาศัยในครอบครัวขยายมีการดูแลตนเอง รักษาความสะอาด ออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว (ชลธร รักษานูวงศ์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวดี จะมีการรับประทานอาหารและการปฏิบัติภารกิจประจำวัน ได้ดี (กรกมล บำรุงวัด, 2545) สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่า ผู้สูงอายุที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี จะขาดการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี (ชลลดา ภัคดีประพฤทธิ, 2542)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสะท้อนการมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เพียงพอและมี

ประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมถึงการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญในการลดหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โดยมีข้อมูลทางวิชาการยืนยันว่าการลดพฤติกรรมเสี่ยงและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานชนิดที่2 และสามารถลดค่าโรคมะเร็งได้ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้นว่า การป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและอาหารมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) และความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล (วิภาพร สิทธิศาสตร์ สุขาคา สนวนุ่ม, 2550)

วอล์คเกอร์ ซีคริสท์และเพนเดอร์ (1996) ได้เสนอพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายที่ตนเองอาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่มิหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่างๆหรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

2. กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานและใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นและเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้นความสนใจกิจกรรมทางกายจะลดลง เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียน การทำ

หน้าที่ของหัวใจสูบฉีดโลหิตลดลง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนไปปอดและการขยายตัวของทรวงอกลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม

3. โภชนาการ จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในเลือกการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพแลสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลต่อให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อาหารที่รับประทานจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการรับประทานอาหารตามมาได้แก่ การเคี้ยวและกลืนอาหารลำบากเนื่องจากฟันหักมากขึ้น และต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารลดลงเนื่องจากการรับรสและกลิ่นลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางโภชนาการได้ง่าย เช่นอาหารไม่ย่อย ท้องอืด หรือขาดสารอาหาร

4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คือ การวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสารเพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้งและความใกล้ชิดมากกว่าการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด การดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น ดังนั้นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

5. สุขภาพทางจิตวิญญาณ การเจริญทางจิตวิญญาณ จะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยผ่านมาทางสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ การติดต่อ และการพัฒนา สิ่งที่อยู่ในธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเอง ในอันที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุขและเปิดกว้างในการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิตและการทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

6. การจัดการกับความเครียด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย วอร์คเกอร์(1997)ได้กล่าวไว้ว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 ชนิดคือ

๓. แสนสู่ช อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

- 1) สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เป็นปรากฏการณ์ทั่วไปทีเกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรังในชีวิตบุคคล เช่น ความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บปวด
- 2) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต ทีอาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลทีตามมาอาจจะดีหรือไม่ดี เช่น การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว
- 3) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน เช่นอุบัติเหตุต่างๆในชีวิตประจำวัน การผัดนัด การทำเงินหาย ซึ่งความเครียดทีเกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และมีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิต้านทานร่างกายลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและรายงานการวิจัยทีเกี่ยวข้องกับผู้วิจัยสามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยประกอบด้วยประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. คุณลักษณะทางชีวสังคมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบดังนี้
 - 2.1 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
 - 2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ
 - 2.3 การออกกำลังกาย
 - 2.4 การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย
 - 2.5 การจัดการความเครียด
 - 2.6 การสุขภาพีบาลที่อยู่อาศัย
 - 2.7 ปฏิบัติด้านโภชนาการ

613.0438

พ 948ก

321202

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียง

วิธีการเก็บข้อมูล

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียง โดยมียุทธศาสตร์การเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ จากผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการใช้ตารางสำเร็จที่คำนวณได้จากการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (R.V.Krejcie & D.W.Morgan) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นโครงการได้จำนวนทั้งสิ้น 415 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ 3) การออกกำลังกาย 4) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย 5) การจัดการความเครียด 6) การสุขภาพที่อยู่อาศัย และ 7) ปฏิบัติด้านโภชนาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยการบรรยายเชิงพรรณนา โดยสถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงาน

ระยะเวลาการดำเนินการ มี.ย. 2554 – พ.ค. 2557

กิจกรรม	ตค.54- มีค.55	เมย.55- กย 55	ตค.55- มีค.56	เมย.- 56- กย 56	ตค.56- มีค.57	เมย.- 57- กย 57
1. จัดทำโครงการวิจัยและ และพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย	←→					
2. ประชุมชี้แจงโครงการวิจัย และประสานงานโครงการวิจัย ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในประเด็น ปัญหาที่เกี่ยวข้องในพื้นที่		←→				
3. ประชุมกลุ่มย่อย/สนทนากลุ่ม เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมใน สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			←→			
4. ประชุมสัมมนาเพื่อหา แนวทางและข้อสรุปร่วมกับ พื้นที่เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ		←→	←→			
5. ดำเนินกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุตามแนวคิดการมีส่วนร่วม ขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นร่วมกับภาคประชาสังคม			←			
6. เก็บรวบรวมข้อมูล		←→				→
7. วิเคราะห์ข้อมูล		←→				→
8. ถอดบทเรียนร่วมกับชุมชน ผ่านเวทีประชาคม และจัดทำ รายงานโครงการวิจัยและ ถ่ายทอดผลการวิจัยสู่ชุมชน						←→

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 415 คน ศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.
อายุ	415	58	88	69.70	6.928
ส่วนสูง	415	140	193	157.6	10.3
น้ำหนัก	415	45	90	57.98	10.200
ดัชนีมวลกาย (BMI)	415	16.22	41.67	23.67	4.53

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 69.70 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย 157.6 เซนติเมตร น้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.7 และมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.67

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	31.8
หญิง	283	68.2
อายุ (ปี)		
< 69	227	54.7
70 - 79	141	34.0
80 ปีขึ้นไป	47	11.3
สถานที่อยู่อาศัย		
เขตเทศบาล	324	78.1
นอกเขตเทศบาล	91	21.9
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
<23.4	202	48.7
23.5-28.4	162	39.0
28.5 หรือมากกว่า	51	12.3
สถานภาพสมรส		
โสด	39	9.4
คู่	231	55.7
หม้าย	130	31.3
แยกกันอยู่	15	3.6
การนับถือศาสนา		
พุทธ	408	98.3
อิสลาม	5	1.2
คริสต์	2	0.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
ลำพังคนเดียว	54	13.01
สามีหรือภรรยา	180	43.37
ลูก/หลาน	129	31.08
ญาติ ๆ	52	12.53
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	29	7.0
ประถมศึกษา	233	56.1
มัธยมศึกษา	68	16.1
ปวส./อนุปริญญา	10	2.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	75	18.1
ประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้		
ไม่ทำงาน	227	54.7
ทำงาน	188	45.3
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	231	55.7
มีเหลือเก็บ	88	21.2
ไม่เพียงพอ	80	19.3
มีหนี้สิน	16	3.8
ความรู้สึกต่อสุขภาพ		
ดีมาก	45	10.1
ดี	194	46.7
ปานกลาง	102	24.6
ไม่ดี	77	18.6

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศหญิง มากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 31.8

สถานที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 78.1 และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 21.9

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 55.7 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 31.3

การนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.3 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.2 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.5

บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วย ได้แก่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 43.37 อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 31.0 และอาศัยอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 13.01

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.1 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ร้อยละ 18.6 มัธยมศึกษา ร้อยละ 16.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 7

อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 54.7 และยังประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ร้อยละ 45.3

ความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 55.7 มีรายได้เหลือเก็บ ร้อยละ 21.2 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.3 และมีหนี้สิน ร้อยละ 3.8

ความรู้สึกรู้สึกว่าสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 รู้สึกว่าสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 24.6 และรู้สึกว่าคุณภาพไม่ดี ร้อยละ 18.6

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพ จำแนกตามการใช้บริการสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจร่างกายประจำปี		
ไม่ได้รับการตรวจ	26	6.3
ได้รับการตรวจ	389	93.7
ใน 6 เดือนที่ผ่านมาเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล		
ไม่เคย	349	84.1
เคย	59	14.2
ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต		
ไม่มี	142	34.2
มีปัญหาสุขภาพ	273	65.8

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 93.7 และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพเพียงร้อยละ 6.3

ใน 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 84.1 และเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 14.2

ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่ามีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 65.8 และ ไม่มีปัญหา ร้อยละ 34.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
องค์ประกอบที่ 1 : การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม		
1. ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับที่มีความรู้	2.57	.99
2. ท่านปรึกษาคนในครอบครัว ญาติเพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ	2.53	1.09
3. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ	2.87	.97
4. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น	2.92	.95
5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวเอง	3.36	.74
6. ท่านบอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย	3.05	.95
7. ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ หรือเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ	3.23	.81
8. ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	3.02	.91
9. ท่านติดต่อพูดคุยหรือเยี่ยมเยือนญาติหรือเพื่อนฝูง	3.13	.85
10. ท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ดี	3.19	.80
11. ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.11	.78
12. ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง	3.31	.71
13. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว	3.27	.86

จากตารางที่ 6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ค่าเฉลี่ย 3.36 รองลงมาคือ การพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง ค่าเฉลี่ย 3.31 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปรึกษาค้นในครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.53

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทางจิตวิญญาณ
จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
องค์ประกอบที่ 2 : สุขภาพทางจิตวิญญาณ		
1. ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ	2.98	.68
2. ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว	2.98	.67
3. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่	3.32	.84
4. ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน	3.34	.82
5. ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา	3.57	.66
6. ท่านได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ	3.53	.69
7. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.60	.65
8. ท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน	3.47	.66
9. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	3.45	.74
10. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข	3.49	.71
11. ท่านเตรียมพร้อมที่จะพบกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต	3.47	.66
12. ท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ	3.34	.82

จากตารางที่ 7 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ค่าเฉลี่ย 3.60 รองลงมาคือ การรู้สึกมีความสุขและ

พอใจเมื่อนี้ถึงชีวิตที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ย 3.57 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การสมหวังในสิ่งที่ต้องการ และการได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว ค่าเฉลี่ย 2.98

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงด้านการออกกำลังกาย จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
องค์ประกอบที่ 3 : การออกกำลังกาย		
1.ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 30 นาที	3.17	1.04
2.ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก	3.25	.97
3.หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ	3.26	.97
4.ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา	3.45	.81
5.ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย	3.32	.88
6.ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก	3.34	.93
7.ท่านออกกำลังกายจนรู้สึก bahwa หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น	2.96	.89

จากตารางที่ 8 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.45 รองลงมาคือ การออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก ค่าเฉลี่ย 3.34 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การออกกำลังกายจนรู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นค่าเฉลี่ย 2.96

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย
จำแนก รายชื่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
องค์ประกอบที่ 4 : การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย		
1.ท่านระมัดระวังการลื่นล้มในห้องน้ำและการลื่นไถลในบ้าน	3.55	.83
2.ท่านเดินอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	3.57	.74
3.ท่านระวังเป็นพิเศษเพื่อเดินขึ้นหรือลงบันได	3.30	1.07
4.ท่านสวมรองเท้าส้นเตี้ย หุ้มส้น หรือรัดส้น	3.02	1.17
5.ท่านดูแลหรือทิ้งขยะลงในถังที่มีฝาปิดมิดชิด	3.57	.83

จากตารางที่ 9 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มี คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือการเดินอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ค่าเฉลี่ย 3.57 รองลงมาคือ การระมัดระวังการลื่นล้มในห้องน้ำและการลื่นไถลในบ้าน ค่าเฉลี่ย 3.55 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การสวมรองเท้าส้นเตี้ย หุ้มส้น หรือรัดส้น ค่าเฉลี่ย 3.02

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงด้านการจัดการกับความเครียด
จำแนก รายชื่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
องค์ประกอบที่ 5 : การจัดการกับความเครียด		
1.ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	3.34	.86
2.ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	3.51	.76
3.ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ	3.57	.71
4.เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน	3.21	.89
5.ท่านปฏิเสธคำขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส	2.83	1.02

จากตารางที่ 10 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มี คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือความสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.57 รองลงมาคือ การบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ ค่าเฉลี่ย 3.51 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปฏิเสธคำ ขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส ค่าเฉลี่ย 2.83

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสุขภาพที่อยู่อาศัย จำแนก รายชื่อ

องค์ประกอบที่ 6 : การสุขภาพที่อยู่อาศัย	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1.ท่านจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ อย่างชัดเจน	3.77	.50
2.ท่านจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก	3.77	.50
3.ท่านจัดการหรือให้ผู้อื่นดูแลบริเวณรอบ ๆ บ้านให้สะอาดอยู่เสมอ	3.53	.66
4.ท่านจัดเก็บหรือดูแลเครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน	3.66	.64

จากตารางที่ 11 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสุขภาพที่อยู่อาศัย ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มี คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้อย่าง ชัดเจน และจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ค่าเฉลี่ย 3.77 รองลงมาคือ การจัดเก็บหรือดูแล เครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน ค่าเฉลี่ย 3.66 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การ จัดการหรือให้ผู้อื่นดูแลบริเวณรอบ ๆ บ้านให้สะอาดอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ย 3.53

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ
จำแนกรายข้อ

องค์ประกอบที่ 7 : การปฏิบัติด้าน โภชนาการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1. ท่านรับประทานผัก	3.66	.58
2. ท่านรับประทานผลไม้	3.47	.71
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.40	.81
4. ท่านเคี้ยวอาหารช้า ๆ ให้ละเอียดก่อนกลืนเมื่อรับประทานอาหาร	3.19	.91
5. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด	3.25	.82
6. ท่านชอบรับประทานขนมหวาน	2.89	.86
7. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภททอด หรือเนื้อติดมัน	1.53	.71

จากตารางที่ 12 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการรับประทานผัก ค่าเฉลี่ย 3.66 รองลงมาคือ การรับประทานผลไม้ ค่าเฉลี่ย 3.47 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การรับประทานอาหารประเภททอด หรือเนื้อติดมัน ค่าเฉลี่ย 1.53

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	3.03	.60	ด
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ	3.40	.48	ช
3. การออกกำลังกาย	3.22	.72	ช
4. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย	3.41	.67	ช
5. การจัดการความเครียด	3.34	.67	ช
6. การสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัย	3.64	.46	ดีมาก
7. ปฏิบัติด้านโภชนาการ	3.10	.33	ช

จากตารางที่ 13 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มี คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสูบบุหรี่ที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 415 คน

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 69.70 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย 157.6 เซนติเมตร น้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.7 และมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.67

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศหญิง มากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 30.2

สถานที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 90.9 และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 8.7

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.9 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 37.7

การนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.9

บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วย ได้แก่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 43.37 อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 31.0 และอาศัยอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 13.01

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.1 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ร้อยละ 18.6 มัธยมศึกษา ร้อยละ 16.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 7

อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 54.7 และยังคงประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ร้อยละ 45.3

ความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 55.7 มีรายได้เหลือเก็บ ร้อยละ 21.2 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.3 และมีหนี้สิน ร้อยละ 3.8

ความรู้สึกภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 รู้สึกว่าสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 24.6 และรู้สึกว่าคุณภาพไม่ดี ร้อยละ 18.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 93.7 และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพเพียง ร้อยละ 6.3

ใน 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 84.1 และเคย เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 14.2

ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่ามีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 65.8 และ ไม่มีปัญหา ร้อยละ 34.2

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มี คะแนนเฉลี่ยสูง ที่สุดคือการสูบบุหรี่ที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการ ปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดระยองพบว่าส่วนใหญ่ประเมินภาวะ สุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี และปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านการมองเห็น การหาของช่องปากและจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ และพบปัญหาการหกล้มในกลุ่ม ตัวอย่างถึงร้อยละ 32.1 ดังนั้นเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่ององค์ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟัน การป้องกันการหกล้ม เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้ กระดูกและกล้ามเนื้อ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย แสงสว่างต้องเพียงพอ เช่น ในห้องน้ำ ห้องครัว ราวจับ บันได หรือทางเดินที่ลาดชัน เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็น 7 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสังเกตอาการ ผิดปกติของตนเอง ค่าเฉลี่ย 3.47 รองลงมาคือ การพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง ค่าเฉลี่ย 3.28 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปรึกษาคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่

เหมาะสมต่อสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.47 ดังนั้นการปรึกษาหารือในประเด็นปัญหาสุขภาพกับคนในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข หรือเพื่อนบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเพื่อการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น (Pender, 1996; Pongsaengpan, 2009)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ค่าเฉลี่ย 3.60 รองลงมาคือ การรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ย 3.57 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การสมหวังในสิ่งที่ต้องการ และการได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว ค่าเฉลี่ย 2.98 ดังนั้นผู้รับผู้ชอบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้สามารถรับรู้ความเป็นจริงในชีวิต การยอมรับตนเอง การแสดงความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ตามธรรมชาติ มีความหวังใยสังคม และชุมชน ความประทับใจในประสบการณ์พื้นฐาน และวัฒนธรรมอย่างเข้าใจ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเข้าใจชีวิตจากโลกทัศน์ที่มีเป้าหมาย และกิจกรรมการฝึกความคิดสร้างสรรค์ในกลุ่ม หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550)

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.45 รองลงมาคือ การออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก ค่าเฉลี่ย 3.34 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การออกกำลังกายจนรู้สึกว้าวใจเดินเร็วและแรงขึ้น ค่าเฉลี่ย 2.96 การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเป็นประจำและต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย โดยระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรงมีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการเดินอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ค่าเฉลี่ย 3.57 รองลงมาคือ การระมัดระวังการลื่นล้มในห้องน้ำและการลื่นไถลในบ้าน ค่าเฉลี่ย 3.55 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การสวมรองเท้าส้นเตี้ย หุ้มส้น หรือรัดส้น ค่าเฉลี่ย 3.02 เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านและนอกบริเวณบ้านที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ในผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.57 รองลงมาคือ การบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ ค่าเฉลี่ย 3.51 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปฏิเสธคำ

ข้อร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส ค่าเฉลี่ย 2.83 ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ เช่นกิจกรรมนันทนาการ การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้ใช้เวลาว่างร่วมกัน ตลอดจนการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน หรือชมรมผู้สูงอายุด้วยการดูแลและเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนพบปะพูดคุยเพื่อระบายความทุกข์ใจต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นการผ่อนคลายความเครียดได้เป็นอย่างดี (Pongsaengpan, 2009)

6. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสุขภาพที่อยู่อาศัย ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้อย่างชัดเจน และจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ค่าเฉลี่ย 3.77 รองลงมาคือ การจัดเก็บหรือดูแลเครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน ค่าเฉลี่ย 3.66 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การจัดการหรือให้ผู้ดูแลบริเวณรอบ ๆ บ้านให้สะอาดอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ย 3.53 การดูแลความสะอาดและความเรียบร้อยทั้งภายในและภายนอกบริเวณบ้านเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว และผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งนี้จะช่วยให้ป้องกันการเจ็บป่วย และการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุได้ (จนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550)

7. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการรับประทานผัก ค่าเฉลี่ย 3.66 รองลงมาคือ การรับประทานผลไม้ ค่าเฉลี่ย 3.47 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การรับประทานอาหารประเภททอด หรือเนื้อติดมัน ค่าเฉลี่ย 1.53 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ควรให้ความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และบุคคลที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โดยคำนึงถึงแหล่งอาหารที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชนและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และปัญหาสุขภาพหรือโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป
2. ควรพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

บรรณานุกรม

- Chansirikarn, S. (1999) .Health promotion in older adults. *Neardoc*. 21(7) Jul.
- Chayowan N. & Nodel J. (1992), *Survey report in elderly status in Thailand*, Population Study Institute, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Chayowan, N. (1989). *Summary of the research on effect of socio-economic and aging population in Thailand*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2001), How to being as ageing. *Glai-mhor*. 25 (2) Feb.
- Keleher, H., & Murphy, B. (2004). *Understanding health: a determinants approach*. Melbourne: Oxford University Press.
- National Statistical Office. (2001). *Thai elderly*, Bangkok : Department of Statistical Data and Information.
- Pongsaengpan, P. (2009). The Effectiveness of an Older adult Participation on Health Promotion Program at a Primary Care Unit in Khon Kaen Province, Thailand. *Journal of Science, Technology, and Humanities*.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in nursing practice*. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange
- Piromchai, J. (1999). Thai health after the year 2000. *Journal of Khon Kaen Public Health*. 11(127), pp 4 – 7
- Population Division, DESA, United Nations. (2002). ‘*World population ageing: 1950-2050*’, viewed 14 May 2006, <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.htm>
- Port Authority of Thailand. (2005). *About Port Authority of Thailand*, [22 July 2005] URL: <http://www.port.co.th/aboutPAT/thai/history.asp>
- Siripanich, B. (1999). *Thai elderly*. Bangkok: Mhorshowban
- Sujjapong, P. (2002). Primary health care and health promotion. *Journal of Health Promotion and Environment*. (Oct-Dec).
- Wibulpolprasert, S. (Ed.) (2005). *Thailand health profile 2001 -2004*, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.
- กรกมล บำรุงวัด. (2545). “สภาพและวิถีชีวิตผู้สูงอายุ:ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ” วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

- กฤษณา บุรณะพงศ์. (2540). “ผู้สูงอายุกับการขัดเกลาทางสังคมในครอบครัว ในการสืบทอด
คุณธรรมแก่เยาวชน ในกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ สังคมวิทยา มหาวิทยาลัย
สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). กรณีศึกษานวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน: การดูแลผู้สูงอายุใน
ชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2544). *ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ
ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- จงดี ภิรมย์ไชย. (2542). แนวโน้มการสาธารณสุขไทยหลังปี 2000. *วารสารสาธารณสุขขอนแก่น*. 11(127),
หน้า 4 – 7.
- จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และคณะ. (2548). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.
- จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน. (2542). การประเมินบริการสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ. (เอกสารอัดสำเนา)
- ชลธร รักษาณวงศ์. (2545). “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพาน
พระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร.” สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการ โครงการ
สวัสดิการสังคม.สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชลลดา ภักดีประพฤทธิ. (2541). “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทาง
ครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุใน
เขตเมือง กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). นครปฐม :
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.
- ทรงธรรม สวณีย์. (2540). *สวัสดิการผู้สูงอายุ : การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต*.
สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม,
- นพวรรณ หาญพล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสพการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์
เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2542). *สรุปผลการวิจัยเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากร
ผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเดล. (2539). *รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย*.
(เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นภาพร ชโยวรรณและแซกซารี ชิมเมอร์. (2543). “สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุในประเทศไทย : บุตรอยู่ที่ไหนและทำอะไรอยู่.” วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) หน้า 24 - 41.
- นิตา ชูโต. (2525). คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตารัตน์ ศิลปเดช. (2539). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: พิษิษการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประสิทธิ์ ธีระพันธ์. (2542). สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
- ประสิทธิ์ สัจจงษ์. (2545), ศูนย์สุขภาพชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*. (ตุลาคม – ธันวาคม 2545).
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2528). โลกยามชราและการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์พระสิงห์การพิมพ์.
- บุษยมาส สินธุประมา. (2539). สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์สมพรการพิมพ์.
- ประนอม โอทกานนท์ ชวนพิศ สินธุวรการ และผ่องใส เจนสุภการ (2543). “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ.” วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม) หน้า 25 – 30.
- เพชรรา สุนทโรทก. (2530). “บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยตามการรับรู้ของเยาวชนและผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ ค.บ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาวิจัยการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉิก และ อ้อมเดือน สดมณี. (2529). “การยึดหลักทางศาสนาในการดำรงชีวิตของชาวจังหวัดไทยและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง.” รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ) (2540). “การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ. ศ. 2538.” นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2545). ชุมชนและผู้สูงอายุ ใน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ.

- มรกต สิงหะเซนทร์.(2546). “สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย”. เอกสาร
เสนอในการประชุมเวทีผู้สูงอายุภาคกลาง โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการ
สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ วันที่ 25 พฤศจิกายน
2546.
- มัทนา พนานิรามัย และ สมชาย สุขศิริเสรีกุล. (2540). การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณ
เพื่อหลักประกันทางสังคม : อดีต ปัจจุบัน และ อนาคต. สถาบันวิจัยเพื่อการ
พัฒนาประเทศไทย
- มัทนา พนานิรามัย. “หลักประกันผู้สูงอายุไทย : บทเรียนจากบางประเทศในเอเชีย” ใน วารสาร
เศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (มีนาคม 2546).
- มัลลิกา มดีโก. (2542). “ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย : วิเคราะห์จาก
วิทยานิพนธ์.” กรุงเทพฯ : กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารศรี นุชแสงพลี. (2532). “ปัจจัยที่อิทธิพลความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : มีกรณีศึกษา
ผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและ
มนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. “ศักยภาพของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
ต่างๆ : ข้อมูลจากงานวิจัย (เอกสารโรเนียว) ประกอบการประชุมสัมมนา เรื่อง
“ศูนย์บริการผู้สูงอายุ : ชุมชนควรมีส่วนรวมอย่างไร.” กรุงเทพมหานคร วันที่ 1-2
ธันวาคม 2536.
- ลลิตญา ลอยลม. (2545). การเตรียมตัวก่อนเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์
ส.ม. สาขาการจัดการ โครงการสวัสดิการสังคม.สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม
พระเกียรติ.
- วลัยพร นันท์ศวลัยพร นันท์ศุวัฒน์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ.
(พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- วรรณิ ชัชวาลทิพากร มาลินี ชลานันท์ อรพินธ ฐานกุลศักดิ์ และ ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี. (2543). วารสาร
พฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน) หน้า 4 – 13.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2552). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 –
2550 . กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม. (2550). “พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
เขตความ รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัด -
พิษณุโลก” วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

วิไลวรรณ ทองเจริญ และ ทิววรรณ อุณนาภิรักษ์. (2543). “ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการของบุคคลก่อนวัยเกษียณ.”

วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม) หน้า 8 – 14.
ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์. รายงานสรุปการประชุมระดับชาติ เรื่อง สวัสดิการและบริการ
ผู้สูงอายุ : ทิศทางและรูปแบบในทศวรรษหน้า, 28 ตุลาคม 2542,
(เอกสารโรเนียว)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, (2541). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในประเด็นเรื่อง
การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารกองบริหารงานวิจัย
มหาวิทยาลัยมหิดล) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพรรณ จิตต์ใส. (2538). “ขีดความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ : ศึกษา
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เป็นสมาชิกและกลุ่มที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อ. เมือง จ.
สุรินทร์.” ภาคนิพนธ์ พบ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย,บริษัท. “ปีผู้สูงอายุสากล พ.ศ. 2542 : ความหวังคนชราไทย.” วารสาร
กสิกรไทย, ปีที่ 4 ฉบับที่ 509 (วันที่ 30 พฤศจิกายน 2541).

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2542), การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ใกล้เคียง. 21(7) กรกฎาคม 2542.

สุมาลี ว่องเจริญกุล. (2540). เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต
ของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สาขาวิชามนุษยวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย. (2539). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีของ
มาสโลว์ในผู้สูงอายุ. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย.
กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมศักดิ์ ศรีตันติสุข. สังคมวิทยาผู้สูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

สายสีทอง ณ ภูเก็ต. (2543). “การศึกษาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น : ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุใน
จังหวัดระยอง.” สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการ โครงการสวัสดิการสังคม.สมุทรปราการ :
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). “ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. ปรินญา
ณิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนาศึกษาศาสตร์).” กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสาน
มิตร.

- สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544). มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. ม.ป.ท.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (2550). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- สุดาจันทร์ วัชกิตติ. (2535). “ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.” วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). “ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต.” วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) หน้า 3 – 4.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ.(2546). "การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลการประชุม" เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการเรื่อง ระบบสวัสดิการแนวใหม่กับการยกระดับคุณภาพชีวิตคนไทย. ห้อง B 202 อาคารชั้นทาวเวอร์ B กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. วันที่ 29-30 สิงหาคม 2546.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). ประชากรสูงอายุไทยตอนที่ 1 : สถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 25 (ธันวาคม 2541) : หน้า 1 – 4.
- สุนทรী โคมิน และ สนิท สมัครการ. (2522). ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย : เครื่องมือการสำรวจวัด. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมพร อุดมทรัพย์กุล. (2537). “ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองสุพรรณบุรี.” วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ชีวสถิติ). นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

Code.....

โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน
โดย คณาจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วันเดือน ปี ที่เก็บข้อมูล.....

รหัสประจำตัว ผู้สูงอายุ.....

บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัดระยอง

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. อายุปี
2. เพศ 1 () ชาย 2 () หญิง
3. น้ำหนักตัว (กก.) ส่วนสูง (ซม.)
4. สถานที่อยู่อาศัย
() เขตเทศบาล () นอกชุมชนเมือง
5. สถานภาพสมรส
1 () โสด 3 () หม้าย
2 () คู่ (สมรส) 4 () หย่า/แยกกันอยู่
6. ศาสนา
1 () พุทธ 3 () คริสต์
2 () อิสลาม 4 () อื่นๆ
7. ท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1 () ลำพังคนเดียว 7 () ลูกเขย
2 () สามีหรือภรรยา 8 () หลาน
3 () ลูกสาว 9 () พ่อแม่
4 () ลูกชาย 10 () พี่น้อง
5 () ลูกสะใภ้ 11 ()ญาติอื่น ๆ
6 () อื่น ๆ (ระบุ)
8. ท่านเรียนหนังสือจบในระดับไหน
1 () ไม่ได้เรียน 4 () ปวส./อนุปริญญา
2 () ประถมศึกษา 5 ()ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
3 () มัธยมศึกษา
9. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่
1 () ไม่ทำ 2 () ทำ
10. ความเพียงพอของรายได้ประจำเดือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1 () พอเพียง 3 () ไม่พอเพียง
2 () มีเหลือเก็บ 4 () มีหนี้สิน
11. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ทุกที่มาของรายได้) ระบุ (บาท)
12. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่ามีสุขภาพเป็นอย่างไร
1 () ดีมาก 4 () ดี
2 () พอใช้ 5 () ไม่ดี
3 () ไม่ดีมาก ๆ

13. ท่านได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่
- 1 () ไม่ได้รับการตรวจ
- 2 () ได้รับการตรวจ โปรดระบุ
-ด้านช่องปาก ด้านการมองเห็น
-ด้านการได้ยิน ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด
-ด้านระบบทางเดินหายใจ ความดันโลหิต
-เบาหวาน ไขมันในเลือด
14. ท่านมีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรมหรือไม่
- 1 () ไม่มี
- 2 () มี โปรดระบุ
15. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยจนต้องอยู่โรงพยาบาลหรือไม่
- 1 () ไม่เคย 2 () เคย
- ถ้าเคยระบุจำนวนวัน (กี่วัน).....วัน
- ท่านเจ็บป่วยเป็นอะไร ระบุ อาการ หรือโรค.....
16. ส่วนใหญ่เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพท่านเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างไร
- 1 () ไปสถานพยาบาลที่มีแพทย์
- 2 () ไปสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์
- 3 () ไปรักษาที่บ้าน /หาหมอที่บ้าน (แผนโบราณ)
- 4 () ซักยาก็กินเอง/ รักษาตัวเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ท่านได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

- 4 = ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำบ่อย ๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน
 2 = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้งหรือน้อยมาก
 1 = ไม่ปฏิบัติเลย หมายความว่า พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยทำหรือแทบจะไม่ได้ทำเลย

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
องค์ประกอบที่ 1 : การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (13 ข้อ)				
1. ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับที่มีความรู้				
2. ท่านปรึกษาคคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ				
3. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ				
4. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น				
5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวเอง				
6. ท่านบอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย				
7. ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการ โทรทัศน์ หรือเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ				
8. ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ				
9. ท่านติดต่อพูดคุยหรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง				
10. ท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ดี				
11. ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
12. ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง				
13. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว				

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
องค์ประกอบที่ 2 : สุขภาพทางจิตวิญญาณ (10 ข้อ)				
14. ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ				
15. ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว				
16. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่				
17. ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน				
18. ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา				
19. ท่านได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ				
20. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน				
21. ท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้านหรือญาติ ๆ				
22. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข				
23. ท่านเตรียมพร้อมที่จะพบกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต				
องค์ประกอบที่ 3 : การออกกำลังกาย (7 ข้อ)				
24. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 30 นาที				
25. ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก				
26. หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ				
27. ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา				
28. ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย				
29. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก				
30. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น				
องค์ประกอบที่ 4 : การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (5 ข้อ)				
31. ท่านระมัดระวังการลื่นล้มในห้องน้ำและการลื่นไถลในบ้าน				
32. ท่านเดินอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ				
33. ท่านระวังเป็นพิเศษเพื่อเดินขึ้นหรือลงบันได				
34. ท่านสวมรองเท้าส้นเตี้ย หุ้มส้น หรือรัดส้น				
35. ท่านดูแลหรือทิ้งขยะลงในถังที่มีฝาปิดมิดชิด				

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
องค์ประกอบที่ 5 : การจัดการกับความเครียด (5 ข้อ)				
36. ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น				
37. ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้				
38. ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ				
39. เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน				
40. ท่านปฏิเสธคำขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส				
องค์ประกอบที่ 6 : การสุขภาพที่อยู่อาศัย (4 ข้อ)				
41. ท่านจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน				
42. ท่านจัดการหรือดูแลที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก				
43. ท่านจัดการหรือให้ผู้อื่นดูแลบริเวณรอบ ๆ บ้านให้สะอาดอยู่เสมอ				
44. ท่านจัดเก็บหรือดูแลเครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน				
องค์ประกอบที่ 7 : การปฏิบัติด้านโภชนาการ (6 ข้อ)				
45. ท่านรับประทานผัก				
46. ท่านรับประทานผลไม้				
47. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว				
48. ท่านเคี้ยวอาหารช้า ๆ ให้ละเอียดก่อนกลืนเมื่อรับประทานอาหาร				
49. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด				
50. ท่านชอบรับประทานขนมหวาน				
51. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภททอด หรือเนื้อติดมัน				