

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

สารนิพนธ์

ของ

ศรัณยา ยอดสุด

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

ตุลาคม 2553

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

สารนิพนธ์

ของ

ศรัณยา ยอดสุด

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

ตุลาคม 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

ของ

ศรีธัญญา ยอดสุด

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

ตุลาคม 2553

ศรัณยา ยอดสุต. (2553). ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์. อาจารย์ ดร.ชัญญา ลี้ศัตร์พ่าย.

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคของผู้สูงอายุ 3) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการโรค และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน และ 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมป้องกันการโรคของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน โดยการสุ่มตามสะดวก (Accidental sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way-ANOVA) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันการโรคทั้งด้านรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมป้องกันการโรคด้านรวมไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีและผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีพฤติกรรมป้องกันการโรคด้านการขจัดความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
3. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมป้องกันการโรคทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมป้องกันการโรคทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
5. ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
6. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านรวมไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีและ

ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

7. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

9. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุทั้งด้านรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

EXAMINATION OF MENTAL SELF – CARE AND DISEASE PREVENTIVE
BEHAVIOR IN ELDERLY

AN ABSTRACT

By

SARANYA YODSUD

Presented in Partial Fulfillment of the Requirement for the
Master of Education Degree in Development Psychology
at Srinakarinwirot University

October 2010

Saranya Yodsud. (2010). *Examination of Mental Self-Care and Disease Preventive Behavior in Elderly*. Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology), Bangkok: Graduate School ,Srinankarinwirot University.Project Advisor: Dr. Chanya Leesattrupai.

The primary objective of this study was aimed 1) to examine the extent of mental self-care in the elderly, 2) to investigate disease preventive behavior in the elderly, 3) to compare disease preventive behavior and extent of mental self-care by different biosocial factors, and lastly 4) to explore relationship between extent of mental self-care and disease preventive behavior in the elderly.

The sample included 400 elderly aged of 60 years old or higher. The samples were chosen using the accidental sampling method. The questionnaires were instrumental to collect data, enquiring about mental self-care and disease preventive behavior. The statistics for data analysis include t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient. The results showed as follows;

1. Overall, the results showed no differences in mental self-care and disease preventive behavior between male and female elderly.

2. The results showed no differences in disease preventive behavior between junior and senior elderly. The elderly aged between 60-65 years old and 66-70 years old reported better disease preventive behavior for stress coping than those aged of 76 years old or higher at statistically significant level 0.01.

3. Overall, the elderly with higher educational level reported better disease preventive behavior than those elderly with lower educational level in all respects of areas and income at statistically significant level 0.01.

4. Elderly with higher income reported better preventive behavior than those with lower income at statistically significant level 0.01.

5. There were no differences in mental self-care between both male and female elderly. However, female elderly reported greater self-perception than male elderly at statistically significant level 0.01.

6. There were no differences in mental self-care for overall respects of areas between junior and senior elderly. Elderly aged between 60-65 years old and 66-70 years old reported greater self-perception than those aged of 76 years old or higher at statistically significant level 0.01.

7. Overall, the elderly with higher educational level reported better mental self-care than those elderly with lower educational level in all respects of areas and income at statistically significant level 0.01.

8. Elderly with higher income reported better mental self-care than those elderly with lower income in overall respects of areas and income at statistically significant level 0.01.

9. Elderly mental self-care has positive associated with disease preventive behavior in overall respects of areas and income at statistically significant level 0.01.

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้มีพระคุณหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านซึ่งประกอบด้วย ดร.ชัญญา ลีศัตบุพ่าย อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัฐวิณี สิทธิศิริอรุณ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ ตลอดจนความถูกต้อง จนสารนิพนธ์นี้สำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนๆโรงเรียนศรีอยุธยาที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจมาตลอด ขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมสาขาวิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการภาคพิเศษ ทุกคนที่ร่วมคิดและเป็นกำลังใจต่อกัน ตลอดเวลาที่ร่วมศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ -คุณแม่ ที่ให้ความสนับสนุน ให้กำลังใจและให้การศึกษาคือดีแก่ลูก คุณพ่อคุณแม่ ผู้เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูก และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยต่อสู้อุปสรรคมาโดยตลอด จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ศรัณยา ยอดสุด

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	3
ความสำคัญของงานวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
สมมติฐานในการวิจัย	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	10
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	15
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกันโรค	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มประชากร	36
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	39
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	79
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	79
สมมติฐานการวิจัย	79

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 (ต่อ)	
วิธีดำเนินการวิจัย	80
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล	80
การวิเคราะห์ข้อมูล	81
สรุปผลการวิจัย	81
อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า	82
ข้อเสนอแนะ	89
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	101
ภาคผนวก ก	102
ภาคผนวก ข	110
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์	115

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา และรายได้	42
2 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคม.....	43
3 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคจำแนกตามตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม	45
4 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ	46
5 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรอายุ	47
6 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการจัดการความเครียดจำแนกตามอายุของผู้สูงอายุ	48
7 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรการศึกษา	49
8 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	50
9 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	50
10 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	51
11 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการจัดการความเครียดจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	51
12 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	52
13 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรด้านรายได้	53
14 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรครวมทุกด้านจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	54
15 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	55
16 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	56

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการบริหารจัดการความเครียด จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	57
18 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัย จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	58
19 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตาม ตัวแปรเพศ	59
20 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตาม ตัวแปรด้านอายุ	60
21 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการพัฒนา การรู้จักตนเอง จำแนกตามอายุของผู้สูงอายุ	61
22 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตาม ตัวแปรด้านการศึกษา	62
23 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวม จำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	63
24 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจใน ด้านการพัฒนา การรู้จักตนเองจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	64
25 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	65
26 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	65
27 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการเผชิญปัญหาจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	66
28 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	66
29 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา จำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ	67

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
30 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตาม ตัวแปรด้านรายได้	68
31 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวม จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	69
32 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการพัฒนา การรู้จักตนเองจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	70
33 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	71
34 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	72
35 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการเผชิญปัญหาจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	73
36 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	74
37 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ	75
38 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรม ป้องกันโรคของผู้สูงอายุ	76
39 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ การศึกษาและรายได้ กับความสามารถ ในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ	78
40 ค่าอำนาจจำแนก (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม) ค่าความเชื่อมั่น ความสอดคล้องภายในของครอนบาค แบบสอบถามความสามารถในการดูแล ตนเองด้านจิตใจ	111
41 ค่าอำนาจจำแนก (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม) ค่าความเชื่อมั่น ความสอดคล้องภายในของครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค	113

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดการวิจัย	8
---	--------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ ส่งผลให้อัตราการตายลดลง ตลอดจนโครงการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ก็สามารถลดอัตราการเกิดของประชากร สิ่งเหล่านี้มีส่วนในการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 6,605 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 440 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,200 ล้านคน และในจำนวนนี้จะเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,100 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550: 23) และจากการคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2533-2563 ของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2538 เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2538-2553 พบว่าสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ มีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2538 มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 8.1 ปีพ.ศ. 2543 มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.2 ปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.2 และมาในปี พ.ศ. 2553 จะมีสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.4 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552)

การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีผลกระทบโดยตรงต่อนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เพราะผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพมาก เนื่องจากความเสื่อมถอยและความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ รวมถึงการสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุนั้น มีทั้งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายไปในทางที่เสื่อมสภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ จากรายงานของกรมอนามัยโลก (2001) พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุจะป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยเอง จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ากลุ่มประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ซึ่งโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ โรคระบบต่อมไร้ท่อคิดเป็นร้อยละ 24.3 โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 20.9 โรคระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 8.5 โรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็น

ร้อยละ 7.9 ตามลำดับ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2548: 7) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามวัย แต่ถ้าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้นด้วยการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองก็จะช่วยชะลอปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างมาก

นอกจากนี้วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งจะเกิดให้เกิดความเหงา ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และถ้าอยู่ในระดับรุนแรงอาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา และขั้นร้ายแรงที่สุดอาจทำร้ายตัวเองและคิดฆ่าตัวตายได้ จากการสำรวจภาวะจิตใจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 พบว่า อาการที่เกี่ยวกับสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่มีอาการเป็นประจำสามารถเรียงลำดับได้ดังนี้ 1) ความอยากอาหารลดลง (คิดเป็นร้อยละ 4.0) 2) คิดมาก วิตกกังวล (คิดเป็นร้อยละ 3.44) 3) หงุดหงิดรำคาญใจ (คิดเป็นร้อยละ 2.86) 4) เหงา (คิดเป็นร้อยละ 2.60) 5) ไม่มีความสุข/เศร้าหมอง (คิดเป็นร้อยละ 1.85) 6) หมดหวังในชีวิต (คิดเป็นร้อยละ 1.78) และ 7) ชีวิตไม่มีคุณค่า (คิดเป็นร้อยละ 1.56) ตามลำดับ

ในการจะดำรงชีวิตประจำวันอย่างเป็นปกติสุขของผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุจะต้องมีภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจที่มีความสุข โดยการดำรงตนให้เป็นสุขนั้น ผู้สูงอายุจะต้องเริ่มตั้งแต่การเกิดความรู้สึกที่ดีกับตนเองหรือมีการความสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจก่อน และความสามารถในการดูแลด้านจิตใจนั้นก็จะเป็นไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจนั้นแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครนั้น มักจะต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางจิตใจทั้งที่เกิดจากสภาวะแวดล้อมทางบุคคลและสภาวะแวดล้อมทางธรรมชาติ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัด อีกทั้งการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมักเข้าถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัด จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีจิตใจที่อยู่ในสภาวะที่อาจนำสู่การไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านพฤติกรรมป้องกันโรคและความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคและความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร ชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรค และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ความสำคัญของงานวิจัย

1. ทำให้ทราบระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรค และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นในการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวให้สูงขึ้น
2. ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุมีข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร
 - 1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ในชุมชนต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา
 - 2.1 ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม จำแนกเป็น
 - 1) เพศ ได้แก่
 - ชาย
 - หญิง
 - 2) อายุ แบ่งได้ดังนี้
 - 60 – 65 ปี
 - 66 – 70 ปี
 - 71 – 75 ปี
 - 76 ปีขึ้นไป

3) ระดับการศึกษา แบ่งได้ดังนี้

- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา
- อุดมศึกษา
- อื่นๆ

4) รายได้ แบ่งได้ดังนี้

- น้อยกว่า 5,000 บาท
- 5,001-10,000 บาท
- 10,001 – 15,000 บาท
- มากกว่า 15,000 บาท

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่

2.2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ

- 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง
- 2) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) การเผชิญปัญหา
- 5) การสนับสนุนทางสังคม
- 6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

2.2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค

- 1) การรับประทานอาหาร
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การจัดการความเครียด
- 4) การดูแลสุขภาพอนามัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกรุงเทพมหานคร
2. ระดับอายุ ผู้วิจัยได้แบ่งช่วงอายุเป็น 4 ช่วง
 - 2.1 60 – 65 ปี
 - 2.2 66 – 70 ปี

2.3 71 – 75 ปี

2.4 76 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุสำเร็จการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

3.1 ประถมศึกษา

3.2 มัธยมศึกษา

3.3 อุดมศึกษา

3.4 อื่นๆ คือ สูงกว่าระดับปริญญาตรี

4. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

4.1 น้อยกว่า 5,000 บาท

4.2 5,001-10,000 บาท

4.3 10,001 – 15,000 บาท

4.4 มากกว่า 15,000 บาท

นียมศัพท์ปฏิบัติการ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเองเพื่อการมีจิตใจที่ดี ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้านดังนี้

1.1 การพัฒนาตัวเอง หมายถึง กระบวนการประเมินตนเองในด้านการรับรู้ความรู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่น จุดด้อย ความสำนึกในคุณค่าของตนเอง รวมถึงความรู้สึกในด้านความขัดแย้งต่างๆ

1.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล เป็นการส่งสารและรับสาร รวมถึงทำความเข้าใจในสารที่ได้รับ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งทางปริมาณและคุณภาพ โดยมีการเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสมดุลทั้งชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว

1.4 การเผชิญปัญหา หมายถึง การพยายามในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้คงไว้เพื่อความเป็นปกติของตนเอง

1.5 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีกิจกรรมที่ทำให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มคนต่างๆ คงอยู่ไว้ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แรงงาน และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน

1.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติตามหลักความเชื่อของศาสนาที่ตนเองนับถือ.

การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครั้งนี ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้พัฒนาโดย ณาพร วงศ์ใหญ่ (2542) มาปรับใช้ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน จนถึงไม่เคยเลย ได้ 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค ด หรือหลีกเลี่ยงการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล ซึ่งได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม การจัดการความเครียด และการดูแลสุขภาพอนามัย

2.1 การรับประทานอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบ 5 หมู่

2.2 การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีการทำซ้ำๆโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความแข็งแรงของร่างกาย

2.3 การจัดการความเครียด หมายถึง การทำกิจกรรมยามว่างเพื่อพักผ่อนและผ่อนคลาย

2.4 การดูแลสุขภาพอนามัย หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่างๆอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในชั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง

การวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในครั้งนี ผู้วิจัยได้นำแบบวัดแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ นลินี มิ่งมณี (2549) และวณิตา กองแก้ว (2549) มาปรับใช้ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน จนถึงไม่เคยเลย ได้ 1 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับที่สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

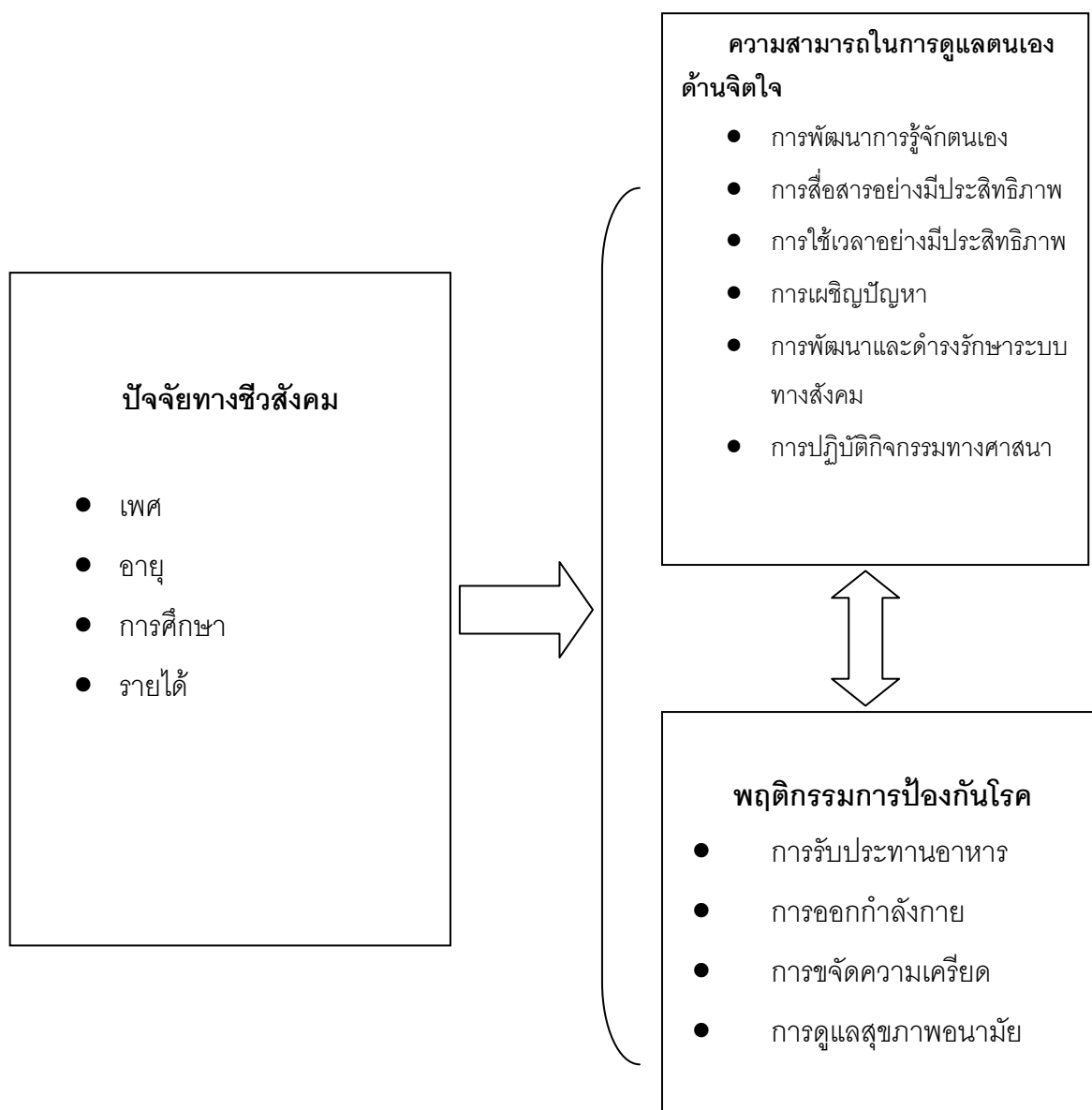
กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่ต้องเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ซึ่งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งดังกล่าวมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน เช่น ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของ

ผู้สูงอายุส่งผลต่อปัญหาด้านภาวะจิตใจ ในขณะที่ปัญหาด้านภาวะจิตใจของผู้สูงอายุก็นำมาซึ่งผลต่อปัญหา ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายด้วย และเมื่อมาพิจารณาถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นของปัญหานั้น พบว่า ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้น เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ แต่ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมนั้น ตัวผู้สูงอายุเองสามารถ ดูแล ควบคุมและแก้ไขภาวะปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยจากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลจิตใจนั้น พบว่า สามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบทางสังคม และ การปฏิบัติกิจกรรมทางการศาสนา การนอกจากนี้ ในการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้น พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญได้แก่ การเกิดโรคเรื้อรัง โดยโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุเป็นอันดับหนึ่งได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลสุขภาพอนามัย ซึ่งจากความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ สามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพต่อไปนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
3. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
5. ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าเพศหญิง
6. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
7. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
9. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ทฤษฎีผู้สูงอายุ
 - 1.3 ปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง
 - 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความหมายของผู้สูงอายุมีความหมายแตกต่างกันตามทวีปต่างๆ ของโลก หรือแตกต่างกันตามความเจริญรุ่งเรืองของประเทศ ดังต่อไปนี้

แฮนลอน (Hanlon, 1979) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young-old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle-old) อายุ 75-85 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุตามคำนิยามของประเทศแถบภาคพื้นยุโรปและอเมริกาพบว่า การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุมีการแบ่งตามความเสื่อมถอยและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเช่นกันหากช่วงอายุที่นิยมใช้สำหรับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ มีดังนี้ เฟรดและคณะ (Fried, Roche, Kasper; & Guralnik, 1999; Miller, 2004)

1. กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (The young-old group) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (The middle-old or old-old group) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 75-84

3. กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (The oldest-old group or frail elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

ประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization. 1988) ได้ให้เกณฑ์ของผู้สูงอายุว่า คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยสามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุระยะต้น (Young-old) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Very old) มีอายุมากกว่า 90 ปี

ประเทศในภาคพื้นเอเชียกำหนดเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุว่า คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สำหรับประเทศไทยให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่า เกษียณอายุราชการเป็นเกณฑ์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม (นิรมล อินทฤทธิ์. 2547)

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528: 4) นักวิชาการของไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้กำหนดเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ คือ

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ เป็นอายุขัยของมนุษย์โดยนับตั้งแต่เกิด โดยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ ความสามารถหรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคม

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น สายตาวาย ศีรษะล้าน ซึ่งเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา เช่น ระบบความจำเปลี่ยนแปลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่างๆ ที่แสดงออก

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม รวมถึงครอบครัวและเพื่อนฝูง ในประเทศไทยกำหนดให้อายุ 60 ปี เป็นปีปลดเกษียณของข้าราชการและเป็นผู้สูงอายุ

สิทธิอาภรณ์ ชนวนปี (2543: 8) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปสู่ความเสื่อมถอย ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์ (2539: 9) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง เป็นที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะ เพื่อให้มีความสุข

มินตรา สิริวันต์ (2550: 9) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60ปีขึ้นไป เป็นวัยแห่งการเกษียณอายุหรือออกจากงานประจำที่ทำ ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลง จึงจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

จากการให้ความหมายของนักวิชาการต่างๆ ทำให้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย สมควรที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2526) ได้รวบรวมทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่เกิดความชราในคน โดยมีอยู่ 3 แนวคิดคือ

1.1 ทฤษฎีการทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงพร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงทำให้อวัยวะต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย

1.2 ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อคนหรือสัตว์มีอายุมากขึ้น ยีนส์ของผู้นั้นจะค่อยๆ เกิดความผิดปกติและความผิดปกตินี้จะค่อยๆ มากขึ้น จนถึงจุดหนึ่งซึ่งทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radicals Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของคนและสัตว์ รวมทั้งสิ่งมีชีวิตทั้งหลายและในสิ่งแวดล้อมมีเรดิคัลอิสระเกิดขึ้นอย่างมากมาตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้ไปทำให้ยีนส์เกิดความผิดปกติ

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นการอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้คนชรามีบุคลิกที่เปลี่ยนแปลงไป มีอยู่ 2 แนวคิดคือ

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ โดยอธิบายว่าผู้ชราเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ผู้ชราเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรักเป็นแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของผู้อื่นและทำงานกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักเป็นผู้ชราที่มีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานได้โดยไม่เดือดเนื้อร้อนใจ แต่ถ้าผู้ชราเติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใดจิตใจคับแคบ ผู้ชรานั้นก็จะมีอยู่อย่างไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปรารถนาปรารถนา แนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ชราที่ยังปรารถนาปรารถนาและยังคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้มาจากที่ผู้ชราเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่างๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายาม

เรียนรู้ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะต้องเป็นผู้มีสุขภาพดีและมีเงินใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราทางด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้คนชราต้องมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ยังมีการทำงานรวมทั้งทฤษฎีที่พยายามจะช่วยให้คนชราอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานภาพทางสังคมของผู้ชราขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วสถานภาพของผู้ชราในสังคมนั้นก็จะถูกเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

3.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานภาพของผู้ชราในสังคมใดจะเป็นเช่นไรนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ชราในสังคมนั้น ถ้าสังคมใดมีผู้ชรา น้อย สถานภาพก็มักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้ชรา มาก

3.3 ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานภาพของผู้ชราจะดี ถ้าในสังคมนั้นผู้ชราเป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์

3.4 ทฤษฎีการไร้ภาระผูกพัน ทฤษฎีนี้ให้ผู้ชรายอมรับว่า เมื่อถึงคราวชรา ลูกหลานและ ชุมชนมักให้ความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนั้นก็ควรที่จะลดความรับผิดชอบและลดความห่วงใยใน ลูกหลานลงบ้าง

3.5 ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีนี้อธิบายในทางตรงกันข้ามกับทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน คือ แม้ สังคมและลูกหลานจะให้ความสนใจน้อยลง ผู้ชราควรเป็นตัวของตัวเองทำตนให้ผลิตผลิตตามกำลัง และความสามารถ

จากการอธิบายถึงทฤษฎีความชราในศาสตร์ต่างๆ ข้างต้น ล้วนแล้วแต่เป็นการที่จะพยายาม อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยชราหรือวัยอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งอธิบายโดยทฤษฎีทางด้านชีววิทยา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่อธิบายโดยทฤษฎีทางด้าน จิตวิทยา และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่อธิบายโดยทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา

ปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ที่มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงาน ของอวัยวะต่างๆ ลดน้อยลง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพในด้าน ร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจจะต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นวัย เกษียณการทำงาน จึงไม่มีรายได้จากการทำงาน โดยปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาสุขภาพกาย (โรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ)

วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมสภาพ เช่น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเริ่มลดลง ระบบภูมิคุ้มกันมีการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงอาจเกิดโรคต่างๆ ได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (Eliopoulos. 2005) โดยโรคเรื้อรังที่มักเกิดเป็นปัญหาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อต่างๆ โรคหอบหืด อัมพฤกษ์ และภาวะทุพพลภาพ

2. ปัญหาด้านจิตใจ

ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มักเกิดจากสาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เช่น มีปัญหาสุขภาพทางกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม จากสถานภาพการทำงานเป็นเกษียณ การเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว สาเหตุเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ จากรายงานการศึกษาปัญหาด้านจิตใจ (Grundy. 2000) ในวัยผู้สูงอายุได้แก่

2.1 อาการเหงา เป็นความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง มีสาเหตุมาจากการขาดที่พึ่ง และขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม จากรายงานการสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 13 มีความรู้สึกเหงาเนื่องจากการขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และจากการเกิดอาการเหงาดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา(นภาพร ชโยวรรณ. 2548) และ จากรายงานการศึกษา พบว่า เมื่ออาการเหงาในผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุจะแสดงออกโดยไม่สนใจตัวเอง ไม่พบปะกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจที่รุนแรงถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาด้านร่างกายคือ สุขภาพอนามัยลดลง ร่างกายขาดสารอาหาร เป็นต้น (Yeh. 2004)

2.2 ความวิตกกังวล เป็นปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ โดยอาการของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุมีหลายอาการ เช่น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ย้ำคิด ย้ำทำ ใจสั่น และอาการเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางกาย เช่น การมีโรคเรื้อรังประจำตัว (Stanley; & Beck. 2000)

2.3 ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีอาการคือ โศกเศร้า หดหู่ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ มีอาการเชื่องซึม มองชีวิตในแง่ร้าย ลังเลในการตัดสินใจ สมารถสิ้น เบื่อง่าย แยกตัวจากสังคม ขาดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบางรายอาจมีระดับรุนแรงถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง (Suen; & Morris. 2006)

3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม โดยบทบาทในการทำงานลดลง โอกาสถูกจ้างงานน้อยลง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ขาดรายได้

หรือมีรายได้ไม่แน่นอน และไม่เพียงพอกับค่าครองชีพ ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุอาจต้องจ่ายเพิ่มขึ้นจากปัญหาสุขภาพ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดการเกื้อหนุนด้านการเงินจากบุตรหลาน บางรายมีอาชีพรับจ้าง บางรายประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องรอผลผลิตตามฤดูกาล ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน และเมื่อปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านร่างกายและจิตใจรุนแรงขึ้น เช่น ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีเงินไม่พอที่จะนำไปซื้ออาหารที่มีคุณภาพ (Charlton. 1999) หรือเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากไม่มีเงินใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต (Dean; et al. 1992)

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งการเริ่มพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

การให้ความหมายของการดูแลตนเอง มีนักวิชาการได้ให้ความหมายในมุมมองต่างๆ ดังนี้

เลวิน (Gantz, 1990; citing Levin 1976) ให้มุมมองของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการในการทำหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และบุคคลจะได้ประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการรักษา การดูแลตนเองถือเป็นความสมัครใจเป็นข้อจำกัดของตนเอง ไม่มีการบังคับ เป็นความหลากหลายของพฤติกรรม เกี่ยวพันอย่างต่อเนื่อง หรืออาจเฉพาะช่วงเวลาหนึ่งๆ และเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการได้สังเกตตัวเอง การตระหนักในอาการและอาการแสดง การพิจารณาถึงความรุนแรงรวมถึงการมีทางเลือกและการประเมินแนวทางการรักษา โดยในมุมมองของเลวิน เห็นว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำเฉพาะบุคคล โดยใช้ความสามารถและการตัดสินใจของตนเองเพื่อบรรลุถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ โรมเดออร์ (Health Canada. 2004; citing Romeder; et al.1990) โดยเน้นที่เป็นการตัดสินใจและการกระทำโดยตัวบุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตน เป็นวิธีแรกของบุคคลในการแก้ปัญหาสุขภาพ และการดูแลตนเองถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการเข้าถึงภาวะสุขภาพที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง บุคคลมีแหล่งประโยชน์สำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการแก้ไขปัญหของตนเอง 5 แหล่งด้วยกันคือ

1. ตัวบุคคล
2. สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน

3. บุคลากรสุขภาพ
4. ข้อมูลข่าวสารต่างๆ
5. สิ่งแวดล้อม

สอดคล้องกับแนวคิดของนอร์ริส (Norris .1979) ที่ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัวได้รับการริเริ่ม มีความรับผิดชอบ รวมทั้งได้รับประโยชน์จากการทำหน้าที่ในขณะที่กำลังพัฒนาความสามารถทางด้านสุขภาพ มุมมองของนอร์ริสว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

โอเรียม (Orem. 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่มีการพึ่งตนเอง เป็นความสามารถที่มาจากประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอดความคิดต่อๆ กันมา เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender.1996) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ มีแบบแผนและเป้าหมายตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ดูแลตนเองอย่างถูกต้องครบถ้วนก็จะทำให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดิล, บราวน์, แคมบรอน และราโคฟสกี (Dill, Brown, Ciambone; & Rakowski. 1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าหมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองต่ออาการแสดงออกทางร่างกาย โดยอาศัยประสบการณ์ที่สะสมมาตลอดชีวิตของตน มีการสังเกตอาการแสดงออกของร่างกาย จากนั้นจึงมีการตีความหมายของอาการแสดง และมีการแสวงหารักษาทั้งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคมจิตวิทยา

มีผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุร่วมกับประสบการณ์ในการใช้ชีวิตที่ผ่านมา จึงเกิดพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ตนเอง (Berman; & Iris. 1998)

ขณะที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1988) ให้ความหมายของการดูแลตนเองในภาพที่กว้างขึ้น โดยครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ภายใต้เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคควบคุมอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้เป็นผลมาจากการได้รับความรู้

รายงานการศึกษาเรื่องวิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสะท้อนมุมมองของผู้สูงอายุต่อการ

ดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง คือ เป็นการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อให้สามารถทำงานได้และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ชนินษฐา นาคะ. 2542)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ได้มีนักวิชาการจำนวนมาก เบอร์เนท และคณะ (Burnette, Mui; & Zodikoff. 2004; Orem. 2001) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลเป็นลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวที่แตกต่างกัน และแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1.1 เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพ ตลอดจนความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ทางกรรมพันธุ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่สามารถกำหนดด้วยบทบาททางเพศได้อย่างชัดเจน เพราะผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงย่อมเผชิญกับภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีความสำคัญต่อเพศทั้งชายและหญิงเท่าๆ กัน

1.2 อายุ เป็นตัวแปรที่แสดงถึงประสบการณ์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยงานวิจัยของ โอเรม (Orem. 2001) พบว่า วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มาก ส่วนงานวิจัยของ ลีเนอรัท และคณะ (Leenert, Teel; et al. 2002) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เริ่มมีความเสื่อมถอยมากขึ้น ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น การมีโรคประจำตัว ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

1.3 การศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสามารถแสวงหาข้อมูล และมีทักษะที่ดีในการแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษายังช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความคิดของตนเองแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะสามารถดูแลตนเองได้ดี เพราะมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือหาข้อมูลต่างๆ เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

1.4 รายได้ หรือฐานะการเงิน โดยรายได้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ โอเรม (Orem. 2001) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะช่วยอำนวยความสะดวกในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยปานกลางมักจะมีข้อจำกัดในการหาแหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสามารถหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ดังนั้น ปัจจัยด้านบุคคล ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสำคัญของปัจจัยส่วนบุคคล ว่าส่งผลต่อการดูแลตนเองมากน้อยเพียงไร

2. ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมเป็นการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองของความจำเป็นขั้นพื้นฐานจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ อันนำมาซึ่งการดำรงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ เอ็ดเวิร์ดสัน และดีน (Edwardson; & Dean.1999) พบว่า ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนการส่งเสริมในการทำกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของบอยซี (Boise et al.1996) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เป็นรูปธรรม คือ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการเงิน อาหาร เสื้อผ้า และนามธรรมคือสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการยกย่องเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพะ

2.2 การมีกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการดูแลตนเองสามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อซึ่งกันและกันกับบุคคลในสังคม โอเร็ม (Orem.2001) กล่าวว่า การเข้าร่วมกิจกรรม หรือเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและมีการดูแลตนเองที่ดี

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม รวมทั้งการปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่ดีเป็นจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ในภาวะสุขภาพ จะพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem. 2001)

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองมี 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสังคม และด้านสุขภาพ โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

แนวคิดการดูแลตนเอง

แนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

โอเร็ม (Orem.1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมที่มุ่งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ พอจะสรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มี 3 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข หรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการของชีวิต เช่น การดูแลตนเองในเรื่องของอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน การอยู่ตามลำพัง การมีส่วนร่วมในสังคมและการป้องกันอันตรายของชีวิต

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self Care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของของแต่ละบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นมารดา เป็นต้น รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนา ซึ่งได้แก่การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ ให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรคมิให้ลุกลาม ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีดังนี้

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์

3.2 ตระหนักถึงและติดตามผลที่เกิดขึ้น

3.3 การปฏิบัติตามคำสั่งในการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย

3.4 ตระหนักถึงและติดตามหรือควบคุมความไม่สบาย หรือผลที่เป็นอันตรายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองและภาพลักษณ์ของตนเองให้เหมาะสม โดยการยอมรับสถานะทางสุขภาพ และความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบแผนที่เป็นคำสั่งเฉพาะ

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของสภาพ การวินิจฉัย การรักษา ในลักษณะที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคลิกภาพต่อไป

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามแนวคิดของนักสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อยๆ 4 ระดับ (มัลลิกา มัติโก; และคณะ. 2530: 12-14) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care)
2. การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care)
3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from The Extended Social Network)
4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self Help Group)

สำหรับนักวิชาการของไทย ได้ศึกษาเสนอแนวคิดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2523: 10-14) โดยกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยจงใจมีเป้าหมายมีระบบระเบียบขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการ ไปถึงจุดสูงสุดของแต่ละบุคคล โดยมีผู้นำเสนอลำดับขั้นของการดูแลตนเองโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นดังนี้ (จารุพรรณ ผลโภค. 2535: 27-28)

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการของชีวิต ดำรงรักษาโครงสร้างหน้าที่ของตนเองในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน การอยู่ลำพัง การมีส่วนร่วมในสังคมและการป้องกันอันตรายของชีวิต

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนของชีวิตให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนาการ นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ซึ่งได้แก่การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ ให้เกิดวุฒิภาวะที่สมบูรณ์และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลาม ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพแบ่งได้ 6 ประการ คือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์เมื่อมีพยาธิสภาพหรือได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ

3.2 ตระหนักถึงและติดตามผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

3.3 การปฏิบัติตามคำสั่งในการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ร่างกาย

3.4 ตระหนักถึงและติดตามหรือควบคุมความไม่สบาย หรือผลที่เป็นอันตรายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองและภาพลักษณ์ของตนเองให้เหมาะสม โดยการยอมรับสถานะทางสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบแผนที่เป็นคำสั่งเฉพาะ

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัย การรักษาในลักษณะที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคลิกภาพต่อไป

สอดคล้องกับมัลลิกา มัติโก (2530: 10-14) ได้แบ่งการดูแลสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลสุขภาพตนเองในขณะปกติ และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ พยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา การกินวิตามินต่างๆ เป็นต้น และเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค คือพฤติกรรมที่กระทำ โดยมุ่งหวังที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคต่างๆ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้หรือตระหนักว่าตนเองเจ็บป่วยซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตนเอง จากครอบครัว หรือจากเครือข่ายสังคม จากนั้นก็ประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติตลอดจนกระทำสิ่งใดๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ เช่น การรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากบุคคลอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในขณะที่มีร่างกายแข็งแรงและเมื่อเจ็บป่วย ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นการกระทำที่ริเริ่มจากตัวผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีส่วนต่อการเกิดพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุแต่ละรายมีรูปแบบการดูแลตนเองเฉพาะตน ทั้งการดูแลตนเองที่เกิดจากการตัดสินใจโดยอาศัยประสบการณ์และความเชื่อมั่นของตนเอง การดูแลตนเองจากการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพ แต่ทั้งนี้ไม่ได้

มีกฎเกณฑ์ตายตัวว่าผู้สูงอายุต้องเลือกรูปแบบการดูแลตนเองอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์เพื่อให้การดูแลตนเองได้ผลดียิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่เอาใจใส่ต่อการดูแลตนเองถือเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในชีวิต แต่ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมิได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนทำให้ละเลยในการดูแลตนเอง ปัญหาสุขภาพจึงไม่ได้รับการแก้ไขและมีความรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ประสบกับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

แนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจ

ฮิลล์ และสมิท (Hill; & Smith. 1985) ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติวิสัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสภาพจิตใจและคงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ เกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การรู้จักตนเอง (Self-awareness) เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลรับรู้ รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง รวมทั้งต้องมีความรู้จักตนเองในด้านความรู้สึกและความขัดแย้งต่างๆ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งไม่น่าพอใจ พร้อมทั้งจะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ ได้ โดยกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง ดังนี้

1) การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values Clarification) ค่านิยมเป็นความคิดและมโนคติที่บุคคลยึดถือ และมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัดจึงเป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับค่านิยมของตนเอง

2) การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (Assessment of Coping Skills) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองและเหตุผลที่เลือกวิธีนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้แบบแผนการเผชิญปัญหา รวมถึงความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสภาพจิตใจดี และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การรับความรู้สึก (Awareness of Feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจจะกระทำโดยการฝึกใช้คำพูด แสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน

4) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสำคัญเพราะบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในแบบแผนที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในกิจกรรมขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตนเอง และความเชื่อในควมมีคุณค่าของกิจกรรมที่มีผลต่อชีวิตของตน

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

เป็นกระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการแสวงหาความรู้สึก เป็นระบบการทำงานที่รวมถึงการใช้ภาษา ท่าทางหรือสัญลักษณ์ที่จะนำไปสู่การเข้าใจความหมาย รวมทั้งเป็นวิธีส่งสารรับสารและทำความเข้าใจ เพื่อความสะดวกในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

เป็นการรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยเริ่มต้นที่การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน ว่าตนเองใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมอะไรบ้างและกิจกรรมนั้นสำคัญแค่ไหน ใช้เวลามากน้อยเพียงใด ได้ผลอย่างไร จากนั้นจึงวางแผนจัดระเบียบการใช้เวลาโดยมีการกำหนดเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด จัดลำดับความสำคัญของงาน มีการวางแผนการใช้เวลาอย่างสมดุล ทั้งกิจกรรมในการทำงานและกิจกรรมเพื่อสุขภาพจิต

4. การเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งดุลยภาพของตนเอง

5. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุ แรงงาน และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เผชิญกับความเครียด เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดความเครียด

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

เป็นกิจกรรมที่บุคคลทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งศาสนาต่างมีคำสอนเพื่อแนวทางในการปฏิบัติ และเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรม ที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน

การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง มีภาวะซึมเศร้าลดลงและมีภาวะสภาพจิตใจที่ดี (นภาพร วงศ์ใหญ่. 2542) ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรพัฒนาและการดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของตนเองไว้ นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจอีกปัจจัยหนึ่งคือ การปฏิบัติกิจกรรมศาสนา หากผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมตามหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ ย่อมมีจิตใจที่สงบนิ่งบริสุทธิ์ รู้จักปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ และยังลดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ (จินตนา วาฤทธิ์. 2534)

จากความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจ ของฮิลล์ และสมิท (Hill; & Smith. 1985) เมื่อนำมาพิจารณาในวัยผู้สูงอายุ จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไป และจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการที่เปลี่ยนไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุสามารถรับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามกระบวนการสูงอายุมุ่งถึงการรับรู้ถึงความสำเร็จ และความล้มเหลวในชีวิตที่ผ่านมาได้ตรงกับความจริง ย่อมเป็นผู้มีความเข้าใจในตนเอง สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี และมองว่าชีวิตยังมีค่า (พาริดา อิบราฮิม. 2530) การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อค่านิยมต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (ลำเนาวิ เรื่องยศ. 2535) นอกจากนี้ การทบทวนทัศนคติวิธีอยู่เสมอ และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจดี (บรรลุ ศิริพานิช. 2539) การติดต่อสื่อสารของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจ และต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุตรหลานและผู้ดูแลเป็นสำคัญในการหาเครื่องมือช่วยต่างๆ ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจในการสื่อสารของผู้สูงอายุ (นภาพร วงศ์ใหญ่. 2542) ถ้าผู้สูงอายุสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองมีปัญหา สามารถเป็นบุคคลในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต เป็นที่ปรึกษาแนะแนวทางการดำรงชีวิตที่เหมาะสมแก่ลูกหลานได้ (พาริดา อิบราฮิม. 2530) ส่วนองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลด้านจิตใจอื่นๆ เช่น การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งกิจกรรมเพื่อนันทนาการ เพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่หรือกิจกรรมที่ได้รับค่าตอบแทน ล้วนแต่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และชีวิตมีความหมาย (บรรลุ ศิริพานิช. 2539) ผู้วิจัยจึงได้ยึดตามแนวคิดของฮิลล์และสมิท เพื่อทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จากความสำคัญของการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงต้น ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตในภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, Taylor; &

Renpenning. 1995) เมื่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดี สามารถดำรงสภาพจิตใจที่ดีไว้ได้ จะเป็นการป้องกันหรือช่วยลดปัญหาสภาพจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรค

สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ (2549) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า การให้ความหมายของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังมีสองนัย คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการพึ่งพาตนเองรวมทั้งการแสวงหาการช่วยเหลือ การใส่ใจดูแลด้านร่างกายและจิตใจเกิดจากการตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสูงวัย โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผสมผสานคำสอนของพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิต ส่วนความหมายของการพึ่งพาตนเองและการแสวงหาการช่วยเหลือ เกิดจากการยอมรับสภาพของการอยู่เพียงลำพัง และการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ผู้สูงอายุจะแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนบ้าน การจัดการในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ การปรับเปลี่ยนการออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหาร การจัดการความเครียด “ทำใจ” การจัดการด้านเศรษฐกิจ “ใช้จ่ายแต่พอควร” และ การวางแผนจัดการกับชีวิตในอนาคต “เตรียมพร้อมให้กับตัวเอง” ส่วนของปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง คือ ข้อจำกัดการทำหน้าที่ของร่างกายจากโรคเรื้อรัง และการขาดแคลนทรัพยากรเกื้อหนุน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผลการศึกษานี้ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อการดูแลตนเอง และการจัดการในชีวิตประจำวันจากมุมมองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ต่อที่มสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยมีความหมายสอดคล้องกับพฤติกรรมกำบังโรค (Preventive Behavior) หรือพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวคิดหรือรูปแบบที่อธิบายถึงอิทธิพลของปัจจัยในแต่ละแนวคิดที่มีต่อพฤติกรรมกำบังโรค ที่เกิดขึ้นภายในบุคคลคือ พันธุกรรม จิตใจและอารมณ์ และปัจจัยที่เกิดขึ้นภายนอกบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคลคือ สิ่งแวดล้อมซึ่งปัจจัยภายในตนเองมาจากผลของการยอมรับ หรือผลของการรับรู้ที่ตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมกำบังโรคที่เกิดจากปัจจัยภายนอกเกิดจากสิ่ง

กระตุ้นต่างๆ เช่น กระแสของการดูแลสุขภาพ การได้รับสื่อที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของคนรอบข้าง มีผลทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตามไปด้วย

พฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่ม ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)มีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกกลุ่ม อายุ ซึ่งโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ โรคระบบต่อมไร้ท่อคิดเป็นร้อยละ 24.3 โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ คิด เป็นร้อยละ 20.9โรคระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 8.5 โรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2548: 7)

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยตรงจึงใช้การ ดูแลสุขภาพร่างกายมาใช้ในงานวิจัยนี้ ซึ่งพฤติกรรมการดำรงไว้ให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันโรค หมายถึงพฤติกรรมต่างๆที่บุคคลสามารถทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคด้วย (สิริพร กาญจนประโชติ. 2546) พฤติกรรมในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พฤติกรรมใน 4 ด้าน คือ 1) การออกกำลังกาย 2) การรับประทานอาหาร 3) การจัดการ ความเครียด และ4)การตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

1. การออกกำลังกาย

คนที่ขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจพอ ๆ กับคนที่มีความดัน โลหิตสูง การหันมาออกกำลังกาย แม้เพียงพอประมาณจะเกิดประโยชน์อย่างมหาศาล โดยประโยชน์ ของการออกกำลังกายสามารถสรุปได้ดังนี้คือ (สำนักข่าวแห่งชาติ. 2548.)

- ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ความอ้วน ระดับ คอลเลสเตอรอลสูง เบาหวานและภาวะเครียด
- เพิ่มหรือคงระดับความแข็งแรง ความทนทาน และเพิ่มระดับพลังงานของร่างกาย
- ปรับปรุงรูปร่าง และเพิ่มความรู้สึกของการมีสุขภาพดี
- ช่วยให้หลับสบายขึ้น
- ทราบปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการ
- เพิ่มความกระฉับกระเฉง ซึ่งนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก

ข้อเสนอแนะในการออกกำลังกายอย่างง่าย ๆ เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ การเดินเร็ว การขี่จักรยาน หรือการว่ายน้ำ ช่วยให้เห็นใจแข็งแรงขึ้น ควรใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณ 30 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายเบา ๆ เช่นการเดิน การทำความสะอาดบ้าน การทำสวนหรือการเดินรำ ก็เป็นประโยชน์ ถ้าทำอย่างสม่ำเสมอ หากกิจกรรมใดก็ได้ที่ทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว

2. การรับประทานอาหาร

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ออกตราสัญลักษณ์ “อาหารรักษหัวใจ” เพื่อแสดงว่าอาหารชนิดนี้มีใยอาหารสูง หรือเกลือไม่มากหรือปริมาณน้ำตาลไม่มาก หรือมีชนิดของกรดไขมันในสัดส่วนที่เหมาะสม เมื่อบริโภคในปริมาณที่ให้พลังงานเหมาะสม จะไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยกลุ่มอาหารที่รับพิจารณาออกตรารับรองในระยะแรกกำหนดเป็น 6 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ธัญชาติและผลิตภัณฑ์

กลุ่มที่ 2 อาหารทะเล เนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์

กลุ่มที่ 3 นม และผลิตภัณฑ์

กลุ่มที่ 4 น้ำมัน และไขมัน

กลุ่มที่ 5 ถั่ว และผลิตภัณฑ์

กลุ่มที่ 6 น้ำดื่ม

โภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

- 1) กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัวอยู่เสมอ
- 2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
- 3) กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ
- 4) กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
- 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
- 6) กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
- 7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด
- 8) กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน
- 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3. การจัดการความเครียด

มูลนิธิหมอชาวบ้าน (2549). ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของความเครียดกับความดันโลหิตสูงว่า กลไกความสัมพันธ์ระหว่างความดันเลือดสูงกับความเครียดเฉียบพลัน ผ่านการกระตุ้นมาจากระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันเลือดสูงขึ้น ความเครียด คือสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก (รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส) และภายใน (สิ่งที่

ใจนี้คิด) มากระทบ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ จนเสียสมดุลก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ส่วนความหมายของปัจจัยทางจิตใจสังคมที่มีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเครียดในชีวิตเรื้อรัง ได้แก่ ความเครียดในการทำงาน ความเครียดในหน้าที่การงาน ความไม่สมดุลระหว่างความพยายามกับรางวัลที่ได้รับความ เครียดในชีวิตสมรสและในครอบครัว เป็นต้น ความซึมเศร้าและกังวล บุคลิกภาพ ความมุ่งร้ายผู้อื่น และความโกรธ สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม การโดดเดี่ยวทางสังคม

4. การดูแลสุขภาพอนามัย

การที่จะทราบว่าหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน จะต้องพยายามแสดงให้เห็นว่า มีการตีบตันจริงของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ เช่นการทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลงไป หรือมีสิ่งบอกระบุว่ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งอาจแสดงออกมาให้เห็น หลังจากมีการออกกำลังกายด้วยการวิ่งบนสายพานในการทดสอบสมรรถภาพหัวใจ หรือในกรณีที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายไปแล้ว ก็อาจแสดงให้เห็นด้วยการตรวจวิเคราะห์ได้ สำหรับการตรวจวิเคราะห์ อาจมีดังนี้ (สำนักข่าวแห่งชาติ. 2548.)

- การตรวจคลื่นหัวใจ หรือในภาษาอังกฤษอาจเรียกย่อ ๆ ว่า E.C.G. หรือ EKG. เป็นการตรวจการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าที่เกิดขึ้น จากการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจในทุกขณะการเต้น
- การทดสอบสมรรถภาพหัวใจ เป็นการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยให้ผู้รับการตรวจออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มงานให้กับหัวใจด้วยการวิ่งบนสายพาน และดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดติดตัว เป็นการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจลงในอุปกรณ์ขนาดเล็กที่ผู้รับการตรวจสามารถนำติดตัวไปได้ตลอดเวลา อุปกรณ์นี้จะทำหน้าที่บันทึกคลื่นไฟฟ้าไปตลอดไม่ว่าท่านจะนั่งทำงาน เดินไปมา เดินขึ้นลงบันได หรือกิจกรรมอื่นใดของผู้รับการตรวจตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ พบว่าเกิดมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด ซึ่งพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันเหล่านี้เป็นพื้นฐานของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคทั่วไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ

เพศ

มาลินี วงสิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 22-24) ได้ทำการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุ จำนวน 3,252 คนทั่วประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 10 คนมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจ และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาทางใจมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย กล่าวคือ ร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุหญิง กล่าวว่า ความรู้สึกเหงาเป็นปัญหามากสำหรับตน เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุหญิง เปรียบเทียบกับร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุชาย กล่าวว่า การไม่เป็นที่ต้องการของใครเป็นปัญหามากสำหรับตน แสดงให้เห็นว่าเพศที่ต่างกันจะส่งผลให้ความรู้สึกต่างกัน ดังนั้นผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพทางจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

สุทธิพันธ์ พิทักษ์วรรณ (2537: 70) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านคนชราบางแค และนอกสถานสงเคราะห์ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์คลินิกผู้สูงอายุ รพ.พระมงกุฎเกล้าในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่างกัน ผู้สูงอายุเพศชายปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้นำในการหารายได้ เป็นผู้รับผิดชอบตัดสินใจปัญหาต่างๆ จึงน่าจะมีโอกาสพบปะและได้เข้าสังคมกับบุคคลต่างๆ มากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ของการเป็นภรรยา ให้เกียรติสามี ดูแลงานบ้านและคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

คณะอนุกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมของผู้สูงอายุ (2525: 68-70) ทำการศึกษาถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับลักษณะความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งความสุขนั้นเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของความผาสุกในชีวิต ดังนั้น เพศ จึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ

มินตรา สิริवंต์ (2550) ศึกษาความศรัทธาในพุทธศาสนากับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายในการกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพทางจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นอกจากมาออกกำลังกายด้วยกันแล้ว ยังต้องมีหน้าที่กลับไปดูแลความเรียบร้อยภายในบ้านและความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพทางจิต

อายุ

สายยนต์ เจริญข้า (2535) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุแสดงว่าอายุเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิต

สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540: 40) ศึกษางานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย - การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพทางจิต เมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะเริ่มมีปัญหาทางด้านจิตใจมากขึ้นด้วย

ระดับการศึกษา

เชอริ ทองเพ็ญ (2537: 100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกลัวยุติการสูงอายุนั้น ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยชีวิตสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปานกลางและต่ำ ตามลำดับ

สุทธิพันธ์ พิกสุวรรณ (2537: 70) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านคนชราบางแค และนอกสถานสงเคราะห์ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์คลินิกผู้สูงอายุ รพ.พระมงกุฎเกล้าในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปรับตัวต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีการปรับตัวดีกว่า เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานการศึกษาดี ผ่านการศึกษามาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จะมีความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ได้ดี สามารถรับรู้เหตุการณ์ใหม่ๆ ที่มีความทันสมัยอยู่เสมอ เป็นผู้ที่ได้รับโอกาสด้านอาชีพ จึงมองว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม

มินตรา สิริวันต์ (2550) ศึกษาความศรัทธาในพุทธศาสนา กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มามีอาการทางกายในการกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า แตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ดีจะมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม

รายได้

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2533: 6) ศึกษาตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย อายุราว 60 – 70 ปี จำนวน 439 คน โดยแบ่งผู้สูงอายุตามสภาพภูมิศาสตร์ 4 กลุ่ม คือ กรุงเทพมหานคร ภาคอีสาน ภาคเหนือ และภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า การเงินมีความสำคัญ

ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมากที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีความจำเป็นต้องคิดถึงสถานภาพทางการเงิน ซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงในสถานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้สามารถสรุปได้ว่า สถานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ (2542: 52) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสที่จะหาความสุขหรือได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ได้โดยสะดวก ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำจะประเมินความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เพราะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองให้มีความสุขสบายได้ ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

เขมิกา ยามะรัต (2527: 117) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า รายได้มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุได้ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า จะมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข (2545: 50) ศึกษากิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ความเพียงพอของรายได้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกทางใจ คือรายได้ที่เพียงพอจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจ ส่วนรายได้ที่ไม่เพียงพอมักส่งผลตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางการเงิน จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้ ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจต่ำ เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต

สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ (2537: 70) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านคนชราบางแค และนอกสถานสงเคราะห์ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์คลินิกผู้สูงอายุ รพ.พระมงกุฎเกล้าในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า มีการปรับตัวดีอาจมาจากสาเหตุที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี มีเงินทองเพียงพอต่อการใช้จ่ายและเพียงพอที่จะเข้าสังคมกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงานในโอกาสต่างๆ จึงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้รับการยกย่องให้เกียรติ มีความภาคภูมิใจในตนเอง และเชื่อมั่นในตนเอง อันเป็นผลให้มีการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

เพศ

สัญญา รักษาติ (2548) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยงานวิจัยนี้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน 3 ภาวะ คือ การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองในภาวะปกติ การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ คือ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ นอนหลับวันละ 4 - 6 ชั่วโมง มีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นปกติ มีการออกกำลังกายโดยการเดิน มีการพักผ่อนหย่อนใจโดยคุยกับเพื่อนฝูง และทำงานอดิเรก มีการร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการป้องกันอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกบ้าน ส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีและสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้โดยตนเอง สำหรับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุทำใจยอมรับเมื่อเกิดความรู้สึกเหงา หงุดหงิด โกรธหรือเสียใจ รวมทั้งยอมรับกับบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ลดลง การเจ็บป่วยและการสูญเสีย ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ พบว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีการปฏิบัติตามแพทย์สั่งเพื่อบรรเทา หรือไม่ให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุข การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองพบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้และเขตที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยด้านเพศ การศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีเพศและการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน เนื่องจากเพศหญิงส่วนใหญ่จะทำงานในบ้าน มีความรู้อยู่ในวงแคบกว่าเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกรับมีโอกาสดูรับข้อมูลข่าวสารต่างๆที่ถูกต้องจากสื่อมวลชนหรือเพื่อนได้มากกว่า และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำจะขาดความรู้ความเข้าใจและเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพและพัฒนาการของวัย รวมทั้งยังขาดความอดทนในการค้นคว้าหาความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอีกด้วย

อายุ

เตี๋อนใจ ทองคำ (2549) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 366 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกััน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 -64 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 -74 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 75ปีขึ้นไป ในด้านการแตกต่างของการมีรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้แบบไม่เพียงพอค่าใช้จ่ยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอค่าใช้จ่ย

เสาวลักษณ์ สุขทัน (2548) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกััน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกััน และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ระดับการศึกษา

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยด้านเพศ การศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีเพศและการศึกษาต่างกัันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกััน เนื่องจากเพศหญิงส่วนใหญ่จะทำงานในบ้าน มีความรู้ที่อยู่ในวงแคบกว่าเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกร้านมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่ถูกต้องจากสื่อมวลชนหรือเพื่อนได้มากกว่า และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำจะขาดความรู้ความเข้าใจและเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพและพัฒนาการของวัย รวมทั้งยังขาดความอดทนในการค้นคว้าหาความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอีกด้วย

เสาวลักษณ์ สุขทัน (2548) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มี

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

นริศรา ลีลามานิตย์ (2534) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านสันโป่ง ตำบลบ้านภาค กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่าง 90 คนพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองในระดับปานกลาง แต่ในส่วนที่ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง คือมีผู้สูงอายุไม่เคยออกกำลังกาย นิยมรับประทานอาหารหมักดองหรือรสจัดและบริโภคอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่ดิบๆสุกๆ และเชื่อว่าสุราสามารถทำลายพยาธิได้ มีพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ และไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปีเลย เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอนามัยไม่ถูกต้องและเพียงพอ และพบว่าเพศหญิง ร้อยละ 62.19 มีบทบาทในการเป็นแม่บ้านและเลี้ยงดูบุตร ส่วนด้านการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยถูกต้องมากกว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษา

รายได้

เสาวลักษณ์ สุขทัน (2548) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

สัจญา รักชาติ (2548) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยงานวิจัยนี้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน 3

ภาวะ คือ การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองในภาวะปกติ การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ คือ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ นอนหลับวันละ 4 - 6 ชั่วโมง มีการขยับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นปกติ มีการออกกำลังกายโดยการเดิน มีการพักผ่อนหย่อนใจโดยคุยกับเพื่อนฝูง และทำงานอดิเรก มีการร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการป้องกันอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกบ้าน ส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีและสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้โดยตนเอง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุทำใจยอมรับเมื่อเกิดความรู้สึกลึบเหงา หงุดหงิด โกรธหรือเสียใจ รวมทั้งยอมรับกับบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ลดลง การเจ็บป่วยและการสูญเสีย ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ พบว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีการปฏิบัติตามแพทย์สั่งเพื่อบรรเทา หรือไม่ให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุข การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองพบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้และเขตที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมป้องกันโรค

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตามในการป้องกันโรคด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพและอื่น ๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อบุคคลอื่นน้อย

แฮริส และกลูเตน (Harris; & Gluten.1979: 17-29) ได้ศึกษาพฤติกรรมปฏิบัติตามด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 842 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

ภัทรพร ไพเราะ (2539) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลด้านจิตใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสำรวจข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากร และเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดทำข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 400 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ. 2537: 105-106) และเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Acidental sampling) โดยกำหนดให้เพศมีจำนวนสัดส่วนใกล้เคียงกัน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาสร้างเป็นคำถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และรายได้

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลา

อย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยในแบบสอบถามส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ นภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ซึ่งเดิมมีทั้งหมดจำนวน 60 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 โดยผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามให้มีความกระชับเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้นและนำมาหาคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามจึงมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 35 ข้อ ดังนี้

ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	จำนวน	6	ข้อ
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน	6	ข้อ
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	จำนวน	6	ข้อ
ด้านการเผชิญปัญหา	จำนวน	6	ข้อ
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	5	ข้อ
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	จำนวน	6	ข้อ

ตัวอย่างแบบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ระดับพฤติกรรม			
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง				
- ท่านระลึกว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตของท่าน				
2.ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ				
- ก่อนการพูดคุยท่านประเมินความสนใจของผู้ที่ท่านจะพูดคุย				
3.ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ				
- ท่านคิดวางแผนการทำงานของท่านล่วงหน้า				
4.ด้านการเผชิญปัญหา				
- ท่านพยายามศึกษาหาวิธีแก้ปัญหาก่อนการลงมือแก้ปัญหา				
5.ด้านการสนับสนุนทางสังคม				
- ท่านติดต่อกับเพื่อนสนิทในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ				
6.ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา				
- ท่านสามารถขนะใจตนเองละเว้นจากการกระทำที่ไม่ถูกต้องผิดศีลธรรม				

ผู้วิจัยออกแบบสอบถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง หรือไม่เคยเลย โดยมีเกณฑ์การพิจารณาระดับสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1.00 – 1.75 มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจต่ำ
- 1.76 – 2.50 มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจค่อนข้างต่ำ
- 2.51 – 3.25 มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจค่อนข้างสูง
- 3.26 – 4.00 มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูง

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียด และการดูแลสุขภาพอนามัย มีจำนวนด้านละ 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ นลินี มิ่งมณี (2549) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และ วนิตา กองแก้ว (2549) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามให้มีความกระชับเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานการดำรงชีวิตทั่วไป คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียด และการดูแลสุขภาพอนามัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับแล้วมาหาคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ระดับพฤติกรรม			
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1.ด้านการรับประทานอาหาร				
- ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ				
2.ด้านการออกกำลังกาย				
- เมื่อมีเวลาว่างท่านจะไปออกกำลังกาย				
3.ด้านการขจัดความเครียด				
- ท่านนั่งสมาธิเป็นประจำ				
4.ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย				
- ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี				

ผู้วิจัยออกแบบสอบถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง หรือไม่เคยเลย โดยมีเกณฑ์การเกณฑ์การพิจารณาระดับ พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1.00 – 1.75 มีพฤติกรรมป้องกันโรคต่ำ
- 1.76 – 2.50 มีพฤติกรรมป้องกันโรคค่อนข้างต่ำ
- 2.51 – 3.25 มีพฤติกรรมป้องกันโรคค่อนข้างสูง
- 3.26 – 4.00 มีพฤติกรรมป้องกันโรคสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บข้อมูล โดยที่ผู้วิจัยทำการออกภาคสนามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุตามแหล่งชุมชนต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จึงค่อนข้างมีปัญหาในความล่าช้าของการเก็บข้อมูล ดังนั้นในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการช่วยอ่านคำถามในแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟัง และเลือกคำตอบตามที่ผู้สูงอายุเลือก โดยการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 4 สัปดาห์ ภายในเดือนสิงหาคม 2553 โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูล

หลังจากรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดมาดำเนินการดังนี้

1. การตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและทำการแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก
2. นำแบบสอบถามที่ถูกต้องเรียบร้อยแล้วมาลงรหัสเพื่อประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ซึ่งใช้สถิติ ค่าความถี่ และร้อยละ (Frequency and Percentage) เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้
2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ โดยใช้สถิติ ที (t-test)

3. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test)

ถ้าพบว่าค่าทดสอบเอฟ (F- test) มีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไปโดยวิธีของทูกี (Tukey –HSD)

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษา “ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ” มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคและความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน และ 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มี อายุระหว่าง 60 – 75 ปีขึ้นไป จำนวน 430คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ จำนวน 400 ชุด ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์ และได้ผลการวิเคราะห์ซึ่งจะนำเสนอเป็น 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม ของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

\bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

SS แทน ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)

MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)

df แทน ความเป็นอิสระที่คะแนนจะแปรเปลี่ยนไป (Degree of Freedom)

F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)

t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แจกแจงแบบที (T-distribution)

Sig. แทน ค่าระดับนัยสำคัญของสถิติที่ทดสอบ (Significance)

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม ของผู้สูงอายุ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา และรายได้

ปัจจัยทางชีวสังคม		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		224	56.0
หญิง		176	44.0
	รวม	400	100.0
อายุ			
60-65ปี		191	48.0
66-70 ปี		125	31.0
71- 75 ปี		63	16.0
76 ปีขึ้นไป		21	5.0
	รวม	400	100.0
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา		147	37.0
มัธยมศึกษา		128	32.0
อุดมศึกษา		115	29.0
	รวม	390	98.0
รายได้			
น้อยกว่า 5,000 บาท		115	29.0
5,000 – 10,000 บาท		121	30.0
10,001 – 15,000 บาท		83	21.0
มากกว่า 15,000 บาท		81	20.0
	รวม	400	100.0

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุ มีลักษณะตามปัจจัยทางชีวสังคม ดังนี้

เพศ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาคั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 400 คน เป็นเพศชาย 224 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 เพศหญิง 176 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0

อายุ ผู้สูงอายุส่วนมากมีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมา มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 31.0 อายุระหว่าง 71 – 75 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 และอายุ 76 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมา มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 การศึกษาระดับอุดมศึกษา จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0

รายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0 รายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 และ รายได้มากกว่า 15,000 บาท จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคม

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคม

ลักษณะส่วนบุคคล		ระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ		
		\bar{X}	S.D.	ความหมาย
เพศ	ชาย	2.78	0.41	ค่อนข้างสูง
	หญิง	2.85	0.47	ค่อนข้างสูง
อายุ	60-65ปี	2.83	0.43	ค่อนข้างสูง
	66-70 ปี	2.81	0.42	ค่อนข้างสูง
	71- 75 ปี	2.81	0.43	ค่อนข้างสูง
	76 ปีขึ้นไป	2.65	0.60	ค่อนข้างสูง

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ		
	\bar{X}	S.D.	ความหมาย
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2.62	0.41	ค่อนข้างสูง
มัธยมศึกษา	2.77	0.36	ค่อนข้างสูง
อุดมศึกษา	3.13	0.39	ค่อนข้างสูง
อื่นๆ	2.46	0.26	ค่อนข้างสูง
รายได้			
น้อยกว่า 5,000 บาท	2.53	0.37	ค่อนข้างสูง
5,000 – 10,000 บาท	2.66	0.32	ค่อนข้างสูง
10,001 – 15,000 บาท	2.94	0.35	ค่อนข้างสูง
มากกว่า 15,000 บาท	3.32	0.26	สูง
รวม	2.77	0.39	ค่อนข้างสูง

จากตาราง 2 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและเมื่อพิจารณากลุ่มย่อยตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน และพบว่าตัวแปรด้านรายได้ที่มีมากกว่า 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค จำแนกตามตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค		
	\bar{X}	S.D.	ความหมาย
เพศ			
ชาย	2.94	0.41	ค่อนข้างสูง
หญิง	2.95	0.44	ค่อนข้างสูง
อายุ			
60-65ปี	2.98	0.41	ค่อนข้างสูง
66-70 ปี	2.93	0.40	ค่อนข้างสูง
71- 75 ปี	2.92	0.42	ค่อนข้างสูง
75 ปีขึ้นไป	2.76	0.60	ค่อนข้างสูง
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2.84	0.42	ค่อนข้างสูง
มัธยมศึกษา	2.86	0.40	ค่อนข้างสูง
อุดมศึกษา	3.18	0.36	ค่อนข้างสูง
อื่นๆ	2.78	0.21	ค่อนข้างสูง
รายได้			
น้อยกว่า 5,000 บาท	2.73	0.38	ค่อนข้างสูง
5,000 – 10,000 บาท	2.80	0.36	ค่อนข้างสูง
10,001 – 15,000 บาท	3.07	0.36	ค่อนข้างสูง
มากกว่า 15,000 บาท	3.34	0.37	สูง
รวม	2.93	0.39	ค่อนข้างสูง

จากตาราง 3 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณากลุ่มย่อยตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างสูงเช่นเดียวกันและพบว่าตัวแปรด้านรายได้ที่มีมากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าเพศหญิง

ตาราง 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ

พฤติกรรมการป้องกันโรค	เพศชาย (n=224)		เพศหญิง (n=176)		t	Sig.
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
โดยรวม	2.94	0.41	2.95	0.44	-0.15	0.87
ด้านการรับประทานอาหาร	2.86	0.46	2.92	0.50	-1.24	0.21
ด้านการออกกำลังกาย	2.86	0.50	2.82	0.52	0.69	0.49
ด้านการจัดการความเครียด	2.84	0.48	2.83	0.49	0.05	0.95
ด้านสุขภาพอนามัย	3.20	0.50	3.21	0.54	-0.08	0.93

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านย่อยทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

ตาราง 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรอายุ

พฤติกรรมการป้องกันโรค	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	1.02	0.34	1.91	0.13
	ภายในกลุ่ม	396	70.89	0.17		
	รวม	399	71.91			
ด้านการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	1.31	0.43	1.88	0.13
	ภายในกลุ่ม	396	92.04	0.23		
	รวม	399	93.35			
ด้านการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	0.55	0.18	0.70	0.55
	ภายในกลุ่ม	396	103.77	0.26		
	รวม	399	104.33			
ด้านการขจัดความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	3	3.27	1.09	4.67**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	92.42	0.23		
	รวม	399	95.69			
ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	ระหว่างกลุ่ม	3	0.92	0.30	1.13	0.34
	ภายในกลุ่ม	396	108.35	0.27		
	รวม	399	109.27			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 5 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ไม่แตกต่างกัน

แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขจัดความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ โดยวิธีการของ Tukey HSD ในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการจัดความเครียดจำแนกตามอายุของผู้สูงอายุ

ระดับอายุ	\bar{X}	76 ปีขึ้นไป	71-75 ปี	66 – 70 ปี	60 – 65 ปี
		2.50	2.80	2.83	2.89
76 ปีขึ้นไป	2.50	-	0.30	0.33*	0.39*
71 – 75 ปี	2.80	-	-	0.03	0.09
66 – 70 ปี	2.83	-	-	-	0.06
60 – 65 ปี	2.89	-	-	-	-

จากตาราง 6 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการจัดความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยจึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

ตาราง 7 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรการศึกษา

พฤติกรรมการป้องกันโรค	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	9.24	3.08	19.46**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	62.67	0.15		
	รวม	399	71.91			
ด้านการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	10.33	3.44	16.42**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	83.02	0.21		
	รวม	399	93.35			
ด้านการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	8.96	2.98	12.41**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	95.36	0.24		
	รวม	399	104.33			
ด้านการขจัดความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	3	9.87	3.29	15.18**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	85.82	0.21		
	รวม	399	95.69			
ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	ระหว่างกลุ่ม	3	8.79	2.93	11.55**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	100.48	0.25		
	รวม	399	109.27			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 7 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีการของ Tukey HSD ในตาราง 8 – ตาราง 12

ตาราง 8 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.78	2.84	2.86	3.18
อื่นๆ	2.78	-	0.06	0.08	0.40*
ประถมศึกษา	2.84	-	-	0.02	0.34*
มัธยมศึกษา	2.86	-	-	-	0.32*
อุดมศึกษา	3.18	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 8 พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตาราง 9 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.72	2.75	2.83	3.13
อื่นๆ	2.72	-	0.03	0.11	0.41*
ประถมศึกษา	2.75	-	-	0.08	0.38*
มัธยมศึกษา	2.83	-	-	-	0.30*
อุดมศึกษา	3.13	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 9 พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 10 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อื่นๆ	อุดมศึกษา
		2.74	2.75	2.80	3.08
ประถมศึกษา	2.74	-	0.01	0.06	0.33*
มัธยมศึกษา	2.75	-	-	0.05	0.33*
อื่นๆ	2.80	-	-	-	0.28
อุดมศึกษา	3.08	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 10 พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ มัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 11 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการจัดความเครียดจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.64	2.71	2.78	3.08
อื่นๆ	2.64	-	0.07	0.14	0.44*
ประถมศึกษา	2.71	-	-	0.07	0.36*
มัธยมศึกษา	2.78	-	-	-	0.30*
อุดมศึกษา	3.08	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 11 พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขาดความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 12 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.98	3.09	3.14	3.44
อื่นๆ	2.98	-	0.11	0.16	0.46*
มัธยมศึกษา	3.09	-	-	0.05	0.34*
ประถมศึกษา	3.14	-	-	-	0.29*
อุดมศึกษา	3.44	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีกว่าพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

ตาราง 13 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรด้านรายได้

พฤติกรรมการป้องกันโรค	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	21.74	7.24	57.20**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	50.17	0.12		
	รวม	399	71.91			
ด้านการรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	23.93	7.97	45.49**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	69.42	0.17		
	รวม	399	93.35			
ด้านการออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	20.45	6.81	32.18**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	83.87	0.21		
	รวม	399	104.33			
ด้านการขจัดความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	3	20.11	6.70	35.13**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	75.57	0.19		
	รวม	399	95.69			
ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	ระหว่างกลุ่ม	3	22.95	7.65	35.10**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	86.32	0.21		
	รวม	399	109.27			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ โดยวิธีการของ Tukey HSD ในตาราง 14 – ตาราง 18

ตาราง 14 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรครวมทุกด้านจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.73	2.80	3.07	3.34
< 5,000 บาท	2.73	-	0.07	0.34*	0.61*
5,000 – 10,000 บาท	2.80	-	-	0.27*	0.57*
10,001 – 15,000 บาท	3.07	-	-	-	0.27*
15,000 บาทขึ้นไป	3.34	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 14 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไปมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตาราง 15 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารจำแนกตาม รายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.62	2,71	2.96	3.22
< 5,000 บาท	2.62	-	0.09	0.37*	0.65*
5,000 – 10,000 บาท	2.71	-	-	0.26*	0.55*
10,001 – 15,000 บาท	2.96	-	-	-	0.29*
15,000 บาทขึ้นไป	3.22	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 15 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีพฤติกรรมป้องกันโรคการรับประทานอาหารสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 16 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายจำแนกตาม รายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.64	2.69	2.93	3.23
< 5,000 บาท	2.64	-	0.05	0.34*	0.60*
5,000 – 10,000 บาท	2.69	-	-	0.24*	0.50*
10,001 – 15,000 บาท	2.93	-	-	-	0.25*
15,000 บาทขึ้นไป	3.23	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 16 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 17 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขจัดความเครียดจำแนกตาม รายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.73	2.80	3.07	3.34
< 5,000 บาท	2.73	-	0.07	0.28*	0.58*
5,000 – 10,000 บาท	2.80	-	-	0.23*	0.53*
10,001 – 15,000 บาท	3.07	-	-	-	0.29*
15,000 บาทขึ้นไป	3.34	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 17 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขจัดความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขจัดความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 18 แสดงผลการเปรียบเทียบรายค่าพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.73	2.80	3.07	3.34
< 5,000 บาท	2.73	-	0.7	0.35*	0.59*
5,000 – 10,000 บาท	2.80	-	-	0.27*	0.56*
10,001 – 15,000 บาท	3.07	-	-	-	0.27*
15,000 บาทขึ้นไป	3.34	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 18 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 5 ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าเพศหญิง

ตาราง 19 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรเพศ

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ	เพศชาย (n=224)		เพศหญิง (n=176)		t	Sig.
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
โดยรวม	2.78	0.41	2.85	0.47	-1.63	0.10
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	2.76	0.50	2.90	0.52	-2.71**	0.00
ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	2.73	0.48	2.82	0.53	-1.87	0.06
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	2.77	0.58	2.87	0.57	-1.72	0.08
ด้านการเผชิญปัญหา	2.76	0.53	2.80	0.56	-0.68	0.49
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	2.80	0.48	2.82	0.57	-0.34	0.73
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.86	0.56	2.90	0.62	-0.59	0.55

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ในด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ไม่แตกต่างกัน

แต่พบว่า ผู้สูงอายุเพศแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยเพศหญิงมีความสามารถในการพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 6 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

ตาราง 20 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรด้านอายุ

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	0.61	0.20	1.03	0.37
	ภายในกลุ่ม	396	77.89	0.19		
	รวม	399	78.50			
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	2.67	0.89	3.37**	0.01
	ภายในกลุ่ม	396	104.47	0.26		
	รวม	399	107.14			
ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.968	0.32	1.22	0.29
	ภายในกลุ่ม	396	103.95	0.26		
	รวม	399	104.92			
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.86	0.28	0.86	0.46
	ภายในกลุ่ม	396	132.11	0.33		
	รวม	399	132.97			
ด้านการเผชิญปัญหา	ระหว่างกลุ่ม	3	0.81	0.27	0.89	0.44
	ภายในกลุ่ม	396	119.09	0.30		
	รวม	399	119.90			
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	3	0.39	0.13	0.47	0.70
	ภายในกลุ่ม	396	109.88	0.27		
	รวม	399	110.28			
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	3	0.09	0.03	0.09	0.96
	ภายในกลุ่ม	396	137.52	0.34		
	รวม	399	137.62			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 20 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ในด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ไม่แตกต่างกัน

แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีการของ Tukey HSD ในตาราง 21

ตาราง 21 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง จำแนกตามอายุของผู้สูงอายุ

ระดับอายุ	\bar{X}	76 ปีขึ้นไป	71 – 75 ปี	60 – 65 ปี	66 – 70 ปี
		2.54	2.73	2.86	2.86
76 ปีขึ้นไป	2.54	-	0.19	0.32*	0.32*
71 – 75 ปี	2.73	-	-	0.13	0.13
60 – 65 ปี	2.86	-	-	-	-
66 – 70 ปี	2.86	-	-	-	-

จากตาราง 21 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี และ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานเพียงบางส่วนเท่านั้น

สมมติฐานที่ 7 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

ตาราง 22 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรด้านการศึกษา

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	18.23	6.08	39.95**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	60.26	0.15		
	รวม	399	78.50			
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	22.23	7.41	34.56**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	84.91	0.21		
	รวม	399	107.14			
ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	17.19	5.73	25.87**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	87.73	0.22		
	รวม	399	104.92			
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	22.10	7.36	26.31**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	110.87	0.28		
	รวม	399	132.97			
ด้านการเผชิญปัญหา	ระหว่างกลุ่ม	3	18.73	6.24	24.44**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	101.16	0.25		
	รวม	399	119.90			
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	3	14.01	4.67	19.20**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	96.27	0.24		
	รวม	399	110.28			
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	3	17.39	5.79	19.10**	0.00**
	ภายในกลุ่ม	396	120.22	0.30		
	รวม	399	137.62			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 22 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีการของ Tukey HSD ในตาราง 23 – ตาราง 29

ตาราง 23 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.46	2.62	2.77	3.13
อื่นๆ	2.46	-	0.16	0.31	0.66*
ประถมศึกษา	2.62	-	-	0.15*	0.50*
มัธยมศึกษา	2.77	-	-	-	0.35*
อุดมศึกษา	3.13	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 23 พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมสูงกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตาราง 24 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.18	2.61	2.84	3.13
อื่นๆ	2.18	-	0.42*	0.66*	0.95*
ประถมศึกษา	2.61	-	-	0.23*	0.52*
มัธยมศึกษา	2.84	-	-	-	0.29*
อุดมศึกษา	3.13	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 24 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าระดับอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 25 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการสื่อสาร
อย่างมีประสิทธิภาพ จำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.40	2.59	2.73	3.08
อื่นๆ	2.40	-	0.19	0.33	0.68*
ประถมศึกษา	2.59	-	-	0.14	0.48*
มัธยมศึกษา	2.73	-	-	-	0.34*
อุดมศึกษา	3.08	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 25 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการดูแล
ตนเองด้านจิตใจในด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 26 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการใช้เวลา
อย่างมีประสิทธิภาพจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.46	2.62	2.74	3.17
อื่นๆ	2.46	-	0.16	0.28	0.71*
ประถมศึกษา	2.62	-	-	-	0.55*
มัธยมศึกษา	2.74	-	-	-	0.42*
อุดมศึกษา	3.17	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 26 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการดูแล
ตนเองด้านจิตใจในด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 27 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการเผชิญปัญหาจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.48	2.56	2.78	3.08
อื่นๆ	2.48	-	0.08	0.20*	0.60*
ประถมศึกษา	2.56	-	-	-	0.52*
มัธยมศึกษา	2.78	-	-	-	0.30*
อุดมศึกษา	3.08	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 27 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในการเผชิญปัญหาสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านพัฒนาการรู้จักตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 28 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.62	2.67	2.73	3.10
อื่นๆ	2.62	-	0.05	0.11	0.48*
ประถมศึกษา	2.67	-	-	-	0.43*
มัธยมศึกษา	2.73	-	-	-	0.37*
อุดมศึกษา	3.10	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 28 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 29 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำแนกตามการศึกษาของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	\bar{X}	อื่นๆ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		2.66	2.70	2.82	3.20
อื่นๆ	2.66	-	0.04	0.16	0.53*
ประถมศึกษา	2.70	-	-	0.12	0.49*
มัธยมศึกษา	2.82	-	-	-	0.37*
อุดมศึกษา	3.20	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 29 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 8 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

ตาราง 30 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรด้านรายได้

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	3	33.75	11.25	99.58**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	44.74	0.11		
	รวม	399	78.50			
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	33.92	11.30	61.15**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	73.22	0.18		
	รวม	399	107.14			
ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	28.78	9.59	49.91**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	76.13	0.19		
	รวม	399	104.92			
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	42.31	14.10	61.61**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	90.65	0.22		
	รวม	399	132.97			
ด้านการเผชิญปัญหา	ระหว่างกลุ่ม	3	38.11	12.70	61.51**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	81.78	0.20		
	รวม	399	119.90			
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	3	21.92	7.30	32.74**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	88.36	0.22		
	รวม	399	110.28			
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	3	41.58	13.86	57.15**	0.00
	ภายในกลุ่ม	396	96.03	0.24		
	รวม	399	137.62			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 30 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ โดยวิธีการของ Tukey HSD ในตาราง 31 – ตาราง 37

ตาราง 31 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.53	2.66	2.94	3.32
< 5,000 บาท	2.53	-	0.13*	0.49*	0.78*
5,001 – 10,000 บาท	2.66	-	-	0.28*	0.66*
10,001 – 15,000 บาท	2.94	-	-	-	0.37*
15,000 บาทขึ้นไป	3.32	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 31 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตาราง 32 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.55	2.69	2.86	3.36
< 5,000 บาท	2.55	-	0.14	0.31*	0.80*
5,001 – 10,000 บาท	2.69	-	-	0.17*	0.67*
10,001 – 15,000 บาท	2.86	-	-	-	0.49*
15,000 บาท ขึ้นไป	3.36	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 32 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 33 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการสื่อสาร
อย่างมีประสิทธิภาพจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.51	2.66	2.80	3.26
< 5,000 บาท	2.51	-	0.15*	0.29*	0.75*
5,001 – 10,000 บาท	2.66	-	-	-	0.59*
10,001 – 15,000 บาท	2.80	-	-	-	0.46*
15,000 บาท ขึ้นไป	3.26	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 33 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 34 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการใช้เวลา
อย่างมีประสิทธิภาพ จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.51	2.61	2.97	3.37
< 5,000 บาท	2.51	-	0.10	0.46*	0.86*
5,001 – 10,000 บาท	2.61	-	-	0.36*	0.75*
10,001 – 15,000 บาท	2.97	-	-	-	0.39*
15,000 บาท ขึ้นไป	3.37	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 34 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 35 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการเผชิญปัญหาจำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.47	2.60	2.98	3.27
< 5,000 บาท	2.47	-	0.13	0.51*	0.80*
5,001 – 10,000 บาท	2.60	-	-	0.37*	0.66*
10,001 – 15,000 บาท	2.98	-	-	-	0.29*
15,000 บาท ขึ้นไป	3.27	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 35 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการเผชิญปัญหาสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการเผชิญปัญหาสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 36 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.61	2.68	2.86	3.24
< 5,000 บาท	2.61	-	0.07	0.25*	0.63*
5,001 – 10,000 บาท	2.68	-	-	0.18*	0.56*
10,001 – 15,000 บาท	2.86	-	-	-	0.37*
15,000 บาท ขึ้นไป	3.24	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 36 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 37 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุ

ระดับรายได้	\bar{X}	< 5,000 บาท	5,000 – 10,000 บาท	10,001 – 15,000 บาท	15,000 บาทขึ้นไป
		2.56	2.69	3.12	3.38
< 5,000 บาท	2.56	-	0.13	0.56*	0.82*
5,001 – 10,000 บาท	2.69	-	-	0.43*	0.69*
10,001 – 15,000 บาท	3.12	-	-	-	0.25*
15,000 บาท ขึ้นไป	3.38	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 37 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้ ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 9 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการป้องกันโรค

ตาราง 38 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมป้องกันโรค
ของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ ระหว่าง	AB	Sd	Cm	Bt	Pb	So	Rel	PT	Pe	Px	Ps	Ph
AB		.782**	.811**	.857**	.826**	.754**	.832**	.776**	.710**	.621**	.647**	.649**
Sd			.689**	.582**	.534**	.520**	.505**	.523**	.492**	.447**	.452**	.381**
Cm				.590**	.577**	.580**	.542**	.601**	.542**	.511**	.515**	.468**
Bt					.673**	.588**	.696**	.688**	.617**	.555**	.556**	.598**
Pb						.506**	.690**	.663**	.596**	.532**	.549**	.566**
So							.559**	.559**	.552**	.424**	.454**	.463**
Rel								.720**	.646**	.536**	.601**	.652**
PT									.851**	.830**	.863**	.840**
Pe										.619**	.672**	.604**
Px											.609**	.575**
Ps												.647**
Ph												

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หมายเหตุ

Ab แทน ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวม

Sd แทน การพัฒนาตัวจักตนเอง

Cm แทน การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

Bt แทน การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

Pb แทน การเผชิญปัญหา

So แทน การสนับสนุนทางสังคม

Rel แทน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

PT	แทน พฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวม
Pe	แทน การรับประทานอาหาร
Px	แทน การออกกำลังกาย
Ps	แทน การจัดการความเครียด
Ph	แทน การดูแลสุขภาพอนามัย

จากตาราง 38 พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณารายด้านของ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้าน การพัฒนาผู้จักตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการ ดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการ ดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ในด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวม และด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย มี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการเผชิญปัญหา มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออก กกำลังกาย การจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการ ดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการ ดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 39 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ การศึกษาและรายได้ กับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	เพศ	อายุ	การศึกษา	รายได้
ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวม	-	-	*	*
ด้านพัฒนาการรู้จักตนเอง	*	*	*	*
ด้านการสื่อสาร	-	-	*	*
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	-	-	*	*
ด้านการเผชิญปัญหา	-	-	*	*
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	-	-	*	*
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	-	-	*	*
พฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวม	-	-	*	*
ด้านการรับประทานอาหาร	-	-	*	*
ด้านการออกกำลังกาย	-	-	*	*
ด้านการขจัดความเครียด	-	*	*	*
ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	-	-	*	*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 39 พบว่า ตัวแปรด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมและพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมแต่ตัวแปรด้านเพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมแต่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และตัวแปรด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมแต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขจัดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมและทุกด้านและตัวแปรด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมและทุกด้านและตัวแปรด้านรายได้มีความสัมพันธ์พฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนและผลการศึกษา ดังนี้

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรค และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
3. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
5. ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าเพศหญิง
6. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
7. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
9. ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 400 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ. 2537: 105-106) และเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยกำหนดให้เพศมีจำนวนสัดส่วนใกล้เคียงกัน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และรายได้

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยในแบบสอบถามส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ นภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) จำนวน 35 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียด และการดูแลสุขภาพอนามัย มีจำนวนด้านละ 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ นลินี มิ่งมณี (2549) และ วณิตา กองแก้ว (2549) ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามให้มีความกระชับเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บข้อมูล โดยที่ผู้วิจัยทำการออกภาคสนามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุตามแหล่งชุมชนต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จึงค่อนข้างมีปัญหาในความล่าช้าของการเก็บข้อมูล ดังนั้นในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการช่วยอ่านคำถามในแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟัง และเลือกคำตอบตามที่ผู้สูงอายุเลือก โดยการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 4 สัปดาห์ ภายในเดือนสิงหาคม 2553 โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน และเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ซึ่งใช้สถิติ ค่าความถี่ และร้อยละ (Frequency and Percentage) เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้
3. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ โดยใช้สถิติ ที (t-test)
4. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test)
ถ้าพบว่าค่าทดสอบเอฟ (F-test) มีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไปโดยวิธีของทูกี (Tukey –HSD)
5. หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation)

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ

ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.0) มีอายุระหว่าง 60 -65 ปี (ร้อยละ 48.0) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.0) และมีรายได้อยู่ที่ 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 30.0)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

1. ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีและ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขาดความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยจึงสอดคล้องกับสมมติฐาน เพียงบางส่วน

3. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ที่ตั้งไว้

6. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านรวมไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีและผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยจึงสอดคล้องกับสมมติฐาน เพียงบางส่วน

7. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

9. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุทั้งด้านรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคม

จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและเมื่อพิจารณากลุ่มย่อยตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน และพบว่าตัวแปรด้านรายได้ที่มีมากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ส่วนในด้านพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณากลุ่มย่อยตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน และพบว่าตัวแปรด้านรายได้ที่มีมากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจุบัน

ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยตนเองได้มีการเปิดกว้างและมีข้อมูลแพร่หลายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นตามสื่อต่างๆหรือตามโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ล้วนแต่แพร่หลาย ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ให้ประชาชนทราบถึงอันตรายของโรคภัยต่างๆและวิธีการดูแลรักษาตัวเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองได้มากขึ้น รู้จักเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมและทราบถึงการออกกำลังกายให้เหมาะกับวัยและสภาพร่างกายของตน อันนำมาซึ่งการดำรงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและระดับพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าเพศหญิง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงต่างรู้จักวิธีดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง และได้รับสื่อที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ รวมถึงการรับรู้ภาวะการณภัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสตีเวน รักษาคิต (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้และเขตที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากปัจจุบันผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงต่างออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ได้พบปะเพื่อนฝูง ได้เข้าสังคมต่างๆมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองจากเพื่อนๆ จึงทำให้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองได้มากขึ้น ซึ่งการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม โดยที่ทั้งผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง มีภาวะซึมเศร้าลดลงและมีภาวะสุขภาพจิตใจที่ดี (นภาพร วงศ์ใหญ่. 2542)

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขาดความเครียดแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีและ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการขาดความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย มีวิธีจัดการความเครียดได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆมากมาย อาทิเช่น เรื่องสุขภาพ เรื่องครอบครัว เรื่องความตาย จึงทำให้เกิดความเครียดขึ้นมา แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า มีการรับรู้ตนเองได้ดีกว่า ได้ศึกษาข้อมูลและอาจมีการเข้าสังคม

พบปะเพื่อนฝูงได้มากกว่าผู้สูงอายุมาก ทำให้ได้พูดคุยสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้จึงทำให้ไม่มีความวิตกกังวลเท่ากับผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมนั้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีพฤติกรรมป้องกันโรคในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านการรับประทานอาหารพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ด้านขจัดความเครียด ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมด้านขจัดความเครียดดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ และด้านการดูแลสุขภาพอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้บุคคลรู้จักคิดไตร่ตรอง และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา รวมทั้งการที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสารและมีความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำจะขาดความรู้ ความเข้าใจและเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพและพัฒนาการของวัย รวมทั้งยังขาดความอดทนในการค้นคว้าหาความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอีกด้วย และได้มีงานวิจัยของ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านสันโป่ง ตำบลบ้านภาค กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยถูกต้องมากกว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ แฮริส และกลูตัน (Harris&Gluten.1979 :17 - 29) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับ

การศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและในรายด้านต่างๆ คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดความเครียด และด้านการดูแลสุขภาพอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและรายด้านทุกด้าน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งรายได้เป็นสิ่งที่แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีฐานะทางการเงินสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเตื่อนใจ ทองคำ (2549) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้แบบไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอค่าใช้จ่าย

สมมติฐานข้อที่ 5 ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าเพศหญิง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีความสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านรวมไม่แตกต่างกัน แต่ในรายด้านพบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเพศหญิงได้ทำงานทั้งในและนอกบ้าน ได้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองและครอบครัว เนื่องจากต้องดูแลบุตรหลาน รวมทั้งมีบทบาทในการอบรมสั่งสอนและใกล้ชิดบุตรหลานมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างตนกับบุคคลรอบข้าง ทำให้ทราบถึงการดำรงตนให้มีความสุขและปรับตัวให้เข้ากับสังคมในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมมากกว่าเพศชาย ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการประเมินทักษะการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองและเหตุผลที่เลือกใช้วิธีนั้นๆ รวมถึงความมุ่งมั่นที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีสภาพจิตใจดี และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hill; & Smith. 1985).

สมมติฐานข้อที่ 6 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุในด้านรวม แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีและ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีพัฒนาการรู้จักตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 76 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งจากการวิจัยนี้ กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีพัฒนาการรู้จักตนเอง ว่าควรทำตนและประพฤติตนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540: 40) ศึกษางานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย - การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพทางจิต เมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะเริ่มมีปัญหาทางด้านจิตใจมากขึ้นด้วย ดังนั้นสรุปได้ว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีพัฒนาการรู้จักตนเองเสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุจึงไม่สนใจที่จะเรียนรู้ หรือรับรู้เรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านจิตใจได้

สมมติฐานข้อที่ 7 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจทั้งด้านรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมนั้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านดังนี้ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสามารถด้านต่างๆ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่นๆ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่าแตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับ อุดมศึกษาและมัธยมศึกษา นั้น จะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเซอร์ ทองเพ็ญ (2537: 100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการล้าสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยชีวิตสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานานกลางและ

ต่ำ ตามลำดับ นอกจากนี้ มินตรา สิริवंธ(2550) ศึกษาความศรัทธาในพุทธศาสนากับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มาก่อกำลังภายในการกีฬาแห่งประเทศไทย พบว่าโดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา มีสุขภาวะทางจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ดีจะมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิพันธ์ พักสุวรรณ (2537: 70) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านคนชราบางแค และนอกสถานสงเคราะห์ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปรับตัวต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีการปรับตัวดีกว่า เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานการศึกษาดี ผ่านการศึกษามาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จะมีความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆได้ดี สามารถรับรู้เหตุการณ์ใหม่ๆที่มีความทันสมัยอยู่เสมอ เป็นผู้ที่ได้รับโอกาสด้านอาชีพ จึงมองว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม

สมมติฐานข้อที่ 8 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจทั้งด้านรวมและรายด้านต่างๆคือ ด้านพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจด้านรวมและรายด้านทุกด้าน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องมาจาก ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี มีเงินทองเพียงพอต่อการใช้จ่ายและเพียงพอที่จะเข้าสังคมกับเพื่อน หรือผู้ร่วมงานในโอกาสต่างๆจึงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้รับการยกย่องให้เกียรติ มีความเชื่อมั่นในตนเอง อันเป็นผลให้ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีเรือน แก้วกังวาน (2533: 6) ศึกษาตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย อายุราว 60 – 70 ปี พบว่าการเงินมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมากที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีความจำเป็นต้องคิดถึงสถานภาพทางการเงิน ซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงในฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้สามารถสรุปได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิพย์ แปงใจ (2542: 52) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสที่จะหาความสุขหรือ

ได้รับการตอบสนองของความต้องการในด้านต่างๆได้โดยสะดวก ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำจะประเมินความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เพราะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองให้มีความสุขสบายได้ ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ และ งานวิจัยของพนิตนันท์ ไซติกเจริญสุข (2545:50) ศึกษากิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าความเพียงพอของรายได้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกทางใจ คือรายได้ที่เพียงพอน่าจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขทางใจ ส่วนรายได้ที่ไม่เพียงพอมักส่งผลตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางการเงิน จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้ ส่งผลให้มีความสุขทางใจต่ำ เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต

สมมติฐานข้อที่ 9 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณารายด้านของความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้าน การพัฒนาตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขจัดความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ(เพียงใจ สุวีริยะไพศาล. 2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพและอื่นๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อบุคคลอื่นน้อย ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทาง

ศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งด้านรวมและด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองดีในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เนื่องมาจากในการดำรงชีวิตตามปกติของคนเรา เพื่อให้จะให้มีความสุขที่ดีที่สุด รู้จักวิธีป้องกันโรคต่างๆ นั้น ต้องรู้จักที่จะเข้าใจและเอาใจใส่ปัจจัยพื้นฐานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ถ้าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดี คือมีความรู้ มีเจตคติ และรู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในด้านจิตใจและความคิด ก็จะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงตามมาด้วย เกี่ยวโยงเป็นความสัมพันธ์กัน เมื่อมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีความรู้ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะสอดคล้องกับพฤติกรรมป้องกันโรค ในรายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ก็จะเกิดความสามารถในด้านป้องกันโรคขึ้น และมีพฤติกรรมที่ป้องกันตนให้พ้นปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้สูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรค ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ดังนั้นจึงอยากให้หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าไปดูแลแก้ไขและให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้และการศึกษาต่ำมากขึ้น เพื่อที่จะได้มีความสุขอนามัยและรู้จักวิธีการป้องกันโรคดีขึ้น
2. หน่วยงานรัฐและโรงพยาบาลต่างๆควรให้ความรู้ถึงโรคภัยไข้เจ็บ และวิธีการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายตนเองแก่ผู้สูงอายุที่ไปรับบริการในโรงพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุได้เข้าไปรักษาและตรวจสุขภาพตามโรงพยาบาลต่างๆเป็นจำนวนมาก การที่จะให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลรักษาตนเองได้ดีนั้น การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีประโยชน์จะมีส่วนสำคัญในการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ยืนยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยชีวิตสังคมอื่นๆเพิ่มเติม เช่น อาชีพ สภาพครอบครัว หรือภูมิฐานะ
2. ควรศึกษาตัวแปรปัจจัยด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรย่อยในด้านความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ กับพฤติกรรมป้องกันโรคโดยตรงเนื่องจากงานวิจัยที่ทำในครั้งนี้นี้ ตัวแปรด้านนี้มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ทุกข้อ

3. เนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร จึงควรทำการศึกษาภาคต่างๆเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุและนำมาเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับใช้ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ตันติผลลาชีวะ; และกุลยา ตันติผลลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ชินิสฐา นาคะ . (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ พศ.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เขมิกา ยามะรัตน์. (2527). *ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2548). *ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2548-2564)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- คณะอนุกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมของผู้สูงอายุ. (2525, กุมภาพันธ์). *ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. *วารสารพยาบาล*. 40(4): 68 -70.
- จรินทร์ สมภู. (2542, มกราคม-มิถุนายน). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ*. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีราชบุรี*. 11(1): 9 -18.
- จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. (2539). *สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2536, มีนาคม). *บ้านพักคนชรา: ทางเลือกหนึ่งของการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ*. *วารสารประชากรศาสตร์*. 9(1): 23 – 34.
- จารุพรรณ ผลโภาค. (2535). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สาธารณสุข). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา วาฤทธิ. (2534). *ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ของผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. รายงานการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1 วันที่13- 14 มิถุนายน 2534. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพเชียงใหม่,

- เฉลิมชัย จันทร์เสนา. (2544). *บทบาทของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญที่มีต่อการพัฒนาชุมชน การศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์. ศศ.ม. (ไทยคดีศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- ไฉไล ไชยเสวี. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เชอริ ทองเพ็ญ. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยชีวิตสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เดือนใจ ทองคำ. (2549). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงตาล จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาและการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- เต็มเดือน ศรีส่อง. (2544). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเมืองเกษ อำเภอกษัตริย์ศึก จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ ทองมาก. (2540). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร ชัยวรรณ. (2548, มีนาคม). *กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย*. *วารสารประชากรศาสตร์*. 21: 1.
- นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542) *ความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นิรมล แสงทองจี. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.

- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ วศ.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- นลินี มิ่งมณี. (2549). ปัจจัยทางชีวิตสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกา
ดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยา
พัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นริศรา ลีลามานิตย์. (2534). ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ จังหวัด
เชียงใหม่. ปริญญาานิพนธ์ วศ.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- บวรฤ ศิริพานิช. (2539). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ:
พิมพ์ดี.
- บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของ
ผู้สูงอายุ. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2526). โลกยามชรา ภาคสอง ปัญหาสุขภาพกาย ใจและการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ชั่วฟ้า.
- ประภัศร กิมสุวรรณวงศ์. (2546). จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
สุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ วังสะอาด. (2530). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์.
วิทยานิพนธ์ วศ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- พนิตนันท์ โชติกรเจริญสุข. (2545). กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ถ่ายเอกสาร.
- พระสุรชัย อยู่สาโก. (2550). พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมือง
ท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การพยาบาล).
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.

- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี*. ปรินฏยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไพรัช ดันอุด. (2549). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนหัวฝาย*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สุขศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- พาริดา อิบราฮิม. (2530, ตุลาคม-ธันวาคม). *การปรับตัวเพื่อสุขภาพอนามัยในผู้สูงอายุ*. วารสารผู้สูงอายุ. 6(1): 6-12.
- ภัทรพร ไพเราะ. (2540) *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ วศ.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์; และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532, ตุลาคม). *ผู้สูงอายุไทย*. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 10(5): 22-24.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ; และอัจฉรา แอนซ์. (2541). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มินตรา สิริวัฒน์. (2550). *ความศรัทธาในพุทธศาสนากับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายในการกีฬาแห่งประเทศไทย*. ปรินฏยานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มติโก. (2530). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มุลนิธิหมอชาวบ้าน. (2549, กรกฎาคม). *ความดันโลหิตสูง*. นิตยสารหมอชาวบ้าน. 340: 7.
- รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). *การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ลำเนา เรืองยศ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- วณิตา กองแก้ว. (2549). *ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร*.
 ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2552). http://www.cps.chula.ac.th/pop_nfo/thai/nop7/aging98.html. วันที่สืบค้น 3 กรกฎาคม 2552.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ*. ปริญญาานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริชัย กาญจนวาสี; และคณะ. (2537). *ทฤษฎีการประเมิน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2533, มีนาคม). *ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย*. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 21(1): 1-13.
- ศรียรรณ ปัญติ. (2548). *พฤติกรรมการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้อายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาธารณสุข). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2523). *การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายยนต์ เจริญขำ. (2535). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเข็มแข็งของผู้สูงอายุในเขตชนบท: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เสาวลักษณ์ สุกพัน. (2548). *พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพอำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ วศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สัญญา รักษาติ. (2548). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สุขศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- สุรีย์ กาญจนวงศ์; และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง). กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริยาภรณ์ อินทรภิมย์. (2549). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุทธิพันธ์ พักสุวรรณ. (2537). การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิทธิอาภรณ์ ขวนปี. (2543). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิริพร กาญจนประโชติ. (2546). ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักข่าวแห่งชาติ. (2548). กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. จาก <http://www.egov.go.th/Th/Lists/datGeneralNews/DispForm.aspx?ID=73>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). ผู้สูงอายุกับการทำงาน: *The Labors Status of Thai Elderly*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- (2550). ข้อมูลสถิติและประชากรไทย.งานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- อนุชา ชุนเมือง. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- Alexander, G. (2000). *Health risk appraisal*. Retrieved July 3, 2009, from: www.iejhe.org/3special/alexander.htm.
- Berman, R.; & M. Iris. (1998, July). Approaches to self-care in late life. *Qualitative Health Research*. 8(2): 224-236.
- Boise, L., Heagerty, B.; & L. Eskenazi. (1996, May). Facting chronic illness: The family support model and its benefits. *Patient Education and Counseling*. 27: 75-84.
- Burnette, D., Mui, A.C.; & B.D. Zodikoff. (2004). Gender, Self-Care and Functional Status Among Older Persons with Coronary Heart Disease: A National Perspective. *Women & Health*. 39(1): 65-84.
- Cantwell, Dennis P; & Baker, Lorian. (1984, December). Parental Mental illness and Psychiatric Disorders in at Risk Children. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 45(12): 503 -507.
- Charlton, K.E. (1999). *Elderly men living alone: Are they at high nutritional risk?*. Retrieved July 3, 2009, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&List_uids=10888483&dopt=Abstract.
- Dean, A., Kolody, B., Wood, P.; & G.E. Matt. (1992, May). The Influence of Living Alone on Depression in Elderly Persons. *Journal of Aging and Health*. 4(1): 3-18.
- Dill, A., Brown, P., Ciambone, D.; & W. Rakowski. (1995, July). The meaning and practice of self-care by older adult. A qualitative study. *Research on Aging*, 17(1): 8-41.
- Edwardson, S. R.; & K. Dean. (1999). Appropriateness of Self-Care Responses to Symptoms among Elders: Identifying Pathways of Influence. *Research in Nursing & Health*. 22: 329-339.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological Nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Fried, P.L., Roche, B.K., Kasper, D.J.; & M.J. Guralnik. (1999). Association of Co morbidity with Disability in Older Women: The Women's Health and Aging Study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 52(1): 27-37.
- Gantz, S.B. (1990). Self-care: Issues and Controversies. *Holistic Nursing Practice*. 4(2): 1-12.

- Grundy, E. (2000). *Living Arrangements and the Health of Older Persons in Developed Countries*. Retrieved July 1, 2009, from http://www.un.org/esa/population/publications/bullentin42_43/grundy.pdf.
- Hanlon, John J.; & George E. Pickett. (1979). *Public health: Administration and practice*. 7th ed. St. Louis Toronto. London: The C.V. Mosby.
- Harris Daniel M.; & Sharon Gluten. (1972). Health – Protective Behavior: An Exploratory Study. *Journal of Health and Social Behavior*. 20: 17-29
- Health Canada. (2004). *Supporting Self-Care: The Contribution of Nurses and Physicians*. Retrieved July 3, 2009, from http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/collabor/self-auto/index_e.html.
- Hill, L.; & N. Smith. (1985). *Self-care nursing: Promotion of health*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Langlia, J. (1977). Social Networks Health Beliefs and Preventive Health Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18: 244-260
- Leenerts, M.H., Teel, C. S.; & M.K. Pendleton. (2002). Building a Model of Self-care for Health Promotion In Aging. *Journal of Nursing Scholarship*. 34(4): 355-361.
- McGuire, C.L.; et al. (2007). *Healthy Lifestyle Behaviors Among Older U.S. Adults With and Without Disabilities*. Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2003. Retrieved 2 July, 2009, from www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0029.htm.
- Miller, A.C. (2004). *Nursing for Wellness in Older Adults: Theory and Practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Norris, C.M. (1979, May). Self-care. *American Journal of Nursing*. 3: 486-489.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D.E., Taylor, S.G.; & K.M. Repenning. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.

- Porteus, M.A. (1985, July). Development Aspects of Adolescent Problem Disclose in England and Ireland. *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 26(3): 465 – 478.
- Povall, J. (1994). *Wellness strategies show to choose a health risk appraisal*, Retrieved July 3, 2009, from: ABI.
- Romed K.; & S. Reynolds. (2004). Older women's American Elders in Exercise Behavior. *Public Health Nursing*. 18(3): 194-203.
- Stanley, M.A.; & J.G. Beck. (2000). *Can older adults and the elderly have anxiety disorders?*. Available July 2, 2009, from <http://www.blackwell-synergy.com>.
- Suen, W.L.; & L.D. Morris. (2006, May). Depression and Focus on Taiwanese American Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 32(4): 28-36.
- World Health Organization. (1988). *The age of aging*. Geneva: WHO.
- Witte, K; & M. Allen. (2000, October). A meta-analysis of fear appeal: Implication for effective public health campaign. *Health Education & Behavior*. 27(5): 591-615.
- Yeh, S.J. (2004). *Living Alone, Social Support, and Feeling Lonely among the Elderly*. Retrieved July 1, 2006. from http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3852/is_200401/ai_n9404648/print..

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านได้โปรดกรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้สมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความแม่นยำตรงในการศึกษา คำตอบของท่านจะช่วยสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างมาก ผู้วิจัยขอเรียนยืนยันว่าคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ

คำชี้แจง

1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

2. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และรายได้

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรักษาสุขภาพอนามัย

ส่วนที่ 1
ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ

1. 60-65 ปี

2. 66-70 ปี

3. 71-75 ปี

4. 75 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษา

3. อุดมศึกษา

4. อื่นๆ.....

4. รายได้ต่อเดือน

1. น้อยกว่า 5,000 บาท

2. 5,001-10,000 บาท

3. 10,001 – 15,000 บาท

4. มากกว่า 15,000 บาท

ส่วนที่ 2

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติทุกครั้งและ/หรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติเป็นบางโอกาสหรือนานๆครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

คำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ ต บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	4	3	2	1
<u>ด้านการพัฒนาตัวจักตนเอง</u>				
1. ท่านระลึกว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตของท่าน				
2. ท่านสำรวจตนเองว่าการกระทำของท่านขัดแย้งกับหลักศีลธรรมที่ท่านยึดถือหรือไม่				
3. เมื่อท่านทุกข์ใจท่านจะเล่าให้บุคคลที่ท่านไว้ใจฟัง				
4. ท่านยิ้มรับและแสดงท่าทีพอใจเมื่อมีผู้อื่นกล่าวถึงหรือแสดงความชมเชยในความดีของท่าน				
5. ท่านสำรวจว่าในการดำเนินชีวิตประจำวัน ท่านประสบความสำเร็จในเรื่องใดบ้าง				
6. ท่านค้นหาความสามารถหรือจุดเด่นของตนและค้นหาข้อบกพร่องเพื่อการปรับปรุงแก้ไข				
<u>ด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ</u>				
1. ก่อนการพูดคุยท่านประเมินความสนใจของผู้ที่ท่านจะพูดคุย				
2. ในการพูดคุยท่านคิดถึงความแตกต่างของขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ที่ท่านพูดคุยด้วย				

คำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	4	3	2	1
3. ท่านบอกให้ผู้อื่นทราบว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไร				
4. ในระหว่างการสนทนาท่านให้ความสนใจกับคำพูด สีหน้า และท่าทางของผู้ที่ท่านพูดคุยด้วย				
5. ในระหว่างการพูดคุยท่านตรวจสอบว่าผู้ที่ท่านพูดคุยด้วยมีความเข้าใจตรงกันหรือไม่				
6. เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นท่านจะชี้แจงถึงเหตุผลและความรู้สึกของท่าน				
<u>ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ</u>				
1. ท่านคิดวางแผนการทำงานของท่านล่วงหน้า				
2. ท่านใช้เวลาในแต่ละวันทำกิจกรรมที่ท่านต้องการหรือตั้งใจไว้				
3. ท่านมีแผนการทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ				
4. ท่านชักชวนครอบครัวทำกิจกรรมที่ท่านชอบหรือพอใจ				
5. ท่านเข้ากลุ่มพูดคุยกันอย่างสนุกเต็มไปด้วยเรื่องขบขัน				
6. ท่านทำกิจกรรมที่ท่านมีความสุขและพอใจ				
<u>ด้านการเผชิญปัญหา</u>				
1. ท่านแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยพิจารณาถึงผลดีผลเสียของวิธีแก้ปัญหา				
2. ก่อนที่ท่านจะแก้ปัญหา ท่านจะพิจารณาว่าปัญหานั้นเกิดจากอะไร				
3. ท่านพยายามศึกษาหาวิธีแก้ปัญหาก่อนการลงมือแก้ปัญหา				
4. ท่านพยายามใช้วิธีแก้ปัญหามากๆ วิธีจนกระทั่งปัญหาคลี่คลายไปได้				
5. ท่านคิดว่าการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราวมีประโยชน์ที่น่าอัศจรรย์				
6. ท่านแสวงหาความพอใจจากสิ่งที่มีอยู่รอบตัวแทนการหมกมุ่นอยู่กับอดีต				

คำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	4	3	2	1
ด้านการสนับสนุนทางสังคม				
1. ท่านพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนทุกอาชีพทั้งหญิงและชาย				
2. ท่านติดต่อกับเพื่อนสนิทในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ				
3. ท่านแบ่งเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยมุ่งหวังจะได้พบเพื่อนใหม่ หรือกระชับความสัมพันธ์กับเพื่อนเก่า				
4. ท่านช่วยเหลือเพื่อนหรือบุคคลอื่นเมื่อท่านทราบว่าเพื่อนหรือบุคคลนั้นต้องการ				
5. ท่านศึกษาข้อมูลว่ามีหน่วยงานใดบ้างที่สามารถช่วยเหลือท่านได้ ยามที่ท่านเดือดร้อน				
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา				
1. ท่านสามารถชนะใจตนเองละเว้นจากการกระทำที่ไม่ถูกต้องผิดศีลธรรม				
2. ท่านบริจาคทรัพย์สินให้ใช้เป็นสาธารณประโยชน์ด้วยเจตนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่น				
3. ท่านแสดงความเห็นใจกับผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน และดีใจกับผู้ที่ได้รับความสำเร็จ				
4. ท่านสวดมนต์ภาวนาหรือแผ่เมตตาให้ผู้อื่น				
5. ท่านฟังเทศน์หรือฟังคำสอนทางศาสนาในโอกาสต่างๆ				
6. ท่านทำสมาธิหรือปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งให้จิตใจสงบทั้งในยามปกติหรือเวลาที่ท่านมีความทุกข์ใจ				

ส่วนที่ 3
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

คำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	4	3	2	1
<u>ด้านการรับประทานอาหาร</u>				
1. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ				
2. ท่านรับประทานอาหารมื้อเช้าทุกวัน				
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดไม่น้อยกว่า 6 -8 แก้วต่อวัน				
4. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด				
5. ท่านรับประทานผลไม้และผักเป็นประจำ				
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นานนมถั่วเหลือง				
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลาแทนเนื้อสัตว์ เพราะย่อยง่าย				
8. ท่านปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง อย่างมากกว่าทอด				
9. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง เช่น ขาหมู				
10. ท่านเคี้ยวอาหารจนละเอียดก่อนกลืน				
<u>ด้านการออกกำลังกาย</u>				
1. เวลาเดินท่านจะเดินเร็วเพื่อเป็นการออกกำลังกาย				
2. เมื่อมีเวลาว่างท่านจะไปออกกำลังกาย				
3. ถึงแม้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ท่านจะใช้วิธีการทำงานบ้านแทน				
4. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์				
5. ท่านใช้วิธีเดินแทนการนั่งรถ ในระยะทางสั้นๆ				
6. ท่านออกกำลังกายในช่วงเช้า หรือช่วงเย็นแทนการเล่นหรือดูทีวี				
7. ท่านเลือกออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง				
8. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน หรือเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะๆ				
9. ท่านออกกำลังกายโดยให้อวัยวะทุกส่วนได้เคลื่อนไหว				
10. ท่านออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็นวันละประมาณ 20 -30 นาที				

คำถาม	ระดับพฤติกรรม			
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	4	3	2	1
<u>ด้านการจัดความเครียด</u>				
1.ท่านนั่งสมาธิเป็นประจำ				
2.ท่านปลูกต้นไม้และดูแลต้นไม้				
3.ท่านทำงานอดิเรกที่ชอบ				
4.ท่านดูแลสัตว์เลี้ยง				
5.ท่านอ่านหนังสือที่ชอบ				
6.ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ				
7.ท่านสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน				
8.ท่านไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว				
9.ท่านฟังวิทยุ,ดูโทรทัศน์,ฟังเพลง หรือเล่นดนตรี				
10.ท่านพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนๆหรือคนสนิท				
<u>ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย</u>				
1.ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี				
2.ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด				
3.ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน				
4.ท่านดูแลรักษาห้องนอนให้สะอาดเสมอ				
5.ท่านอ่านหนังสือในที่ ที่มีแสงสว่างเพียงพอ				
6.ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม				
7.ท่านใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น				
8.ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหาร				
9.ท่านสวมใส่รองเท้าเมื่อออกไปนอกบ้าน				
10.ท่านกำจัดขยะมูลฝอยในบ้านและรอบบ้านเป็นประจำ				

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
(ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น)

ตาราง 40 ค่าอำนาจจำแนก (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม) ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายในของครอนบาค แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ

ข้อคำถาม	r
ด้านการพัฒนาตัวเอง	
1. ท่านระลึกว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตของท่าน	.43
2. ท่านสำรวจตนเองว่าการกระทำของท่านขัดแย้งกับหลักศีลธรรมที่ท่านยึดถือหรือไม่	.52
3. เมื่อท่านทุกข์ใจท่านจะเล่าให้บุคคลที่ท่านไว้ใจฟัง	.50
4. ท่านยิ้มรับและแสดงท่าทีพอใจเมื่อมีผู้อื่นกล่าวถึงหรือแสดงความชมเชยในความดีของท่าน	.55
5. ท่านสำรวจว่าในการดำเนินชีวิตประจำวัน ท่านประสบความสำเร็จในเรื่องใดบ้าง	.46
6. ท่านค้นหาความสามารถหรือจุดเด่นของตนและค้นหาข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงแก้ไข	.52
ค่าความเชื่อมั่นด้านการพัฒนาตัวเอง	.76
ด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	
1. ก่อนการพูดคุยท่านประเมินความสนใจของผู้ที่ท่านจะพูดคุย	.52
2. ในการพูดคุยท่านคิดถึงความแตกต่างของขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ที่ท่านคุยด้วย	.60
3. ท่านบอกให้ผู้อื่นทราบว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไร	.43
4. ในระหว่างการสนทนาท่านให้ความสนใจกับคำพูดสีหน้าและท่าทางของผู้ที่ท่านพูดคุย	.55
5. ในระหว่างการพูดคุยท่านตรวจสอบว่าผู้ที่ท่านพูดคุยด้วยมีความเข้าใจตรงกันหรือไม่	.53
6. เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นท่านจะชี้แจงถึงเหตุผลและความรู้สึกของท่าน	.50
ค่าความเชื่อมั่นด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	.77
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	
1. ท่านคิดวางแผนการทำงานของท่านล่วงหน้า	.55
2. ท่านใช้เวลาในแต่ละวันทำกิจกรรมที่ท่านต้องการหรือตั้งใจไว้	.60
3. ท่านมีแผนการทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ	.62
4. ท่านชักชวนครอบครัวทำกิจกรรมที่ท่านชอบหรือพอใจ	.56
5. ท่านเข้ากลุ่มพูดคุยกันอย่างสนุกเต็มไปด้วยเรื่องขบขัน	.58
6. ท่านทำกิจกรรมที่ท่านมีความสุขและพอใจ	.58
ค่าความเชื่อมั่นด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	.81

ตาราง 40 (ต่อ)

ข้อคำถาม	r
ด้านการเผชิญปัญหา	
1. ท่านแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยพิจารณาถึงผลดีผลเสียของวิธีแก้ปัญหา	.55
2. ก่อนที่ท่านจะแก้ปัญหา ท่านจะพิจารณาว่าปัญหานั้นเกิดจากอะไร	.60
3. ท่านพยายามศึกษาหาวิธีแก้ปัญหาก่อนการลงมือแก้ปัญหา	.55
4. ท่านพยายามใช้วิธีแก้ปัญหามากมาย วิธีจนกระทั่งปัญหาคลีคลายไปได้	.55
5. ท่านคิดว่าการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราวมิใช่เรื่องที่น่าอับอาย	.55
6. ท่านแสวงหาความพอใจจากสิ่งที่มีอยู่รอบตัวแทนการหมกมุ่นอยู่กับอดีต	.59
ค่าความเชื่อมั่นด้านการเผชิญปัญหา	.81
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	
1. ท่านพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนทุกอาชีพทั้งหญิงและชาย	.37
2. ท่านติดต่อกับเพื่อนสนิทในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ	.48
3. ท่านแบ่งเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยมุ่งหวังจะได้พบเพื่อนใหม่ หรือกระชับความสัมพันธ์กับเพื่อนเก่า	.43
4. ท่านช่วยเหลือเพื่อนหรือบุคคลอื่นเมื่อท่านทราบว่าเพื่อนหรือบุคคลนั้นต้องการ	.59
5. ท่านศึกษาข้อมูลว่ามีหน่วยงานใดบ้างที่สามารถช่วยเหลือท่านได้ยามที่ท่านเดือดร้อน	.55
ค่าความเชื่อมั่นด้านการสนับสนุนทางสังคม	.73
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	
1. ท่านสามารถชนะใจตนเองละเว้นจากการกระทำที่ไม่ถูกต้องผิดศีลธรรม	.57
2. ท่านบริจาคทรัพย์สินให้ใช้เป็นสาธารณประโยชน์ด้วยเจตนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่น	.55
3. ท่านแสดงความเห็นใจกับผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน และดีใจกับผู้ที่ประสบความสำเร็จ	.61
4. ท่านสวดมนต์ภาวนาหรือแผ่เมตตาให้ผู้อื่น	.56
5. ท่านฟังเทศน์หรือฟังคำสอนทางศาสนาในโอกาสต่างๆ	.58
6. ท่านทำสมาธิหรือปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งให้จิตใจสงบทั้งในยามปกติ หรือเวลาที่ท่านมีความทุกข์ใจ	.60
ค่าความเชื่อมั่นด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	.83

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .94

ตาราง 41 ค่าอำนาจจำแนก (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม) ค่าความเชื่อมั่นความ
สอดคล้องภายในของครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

ข้อคำถาม	r
ด้านการรับประทานอาหาร	
1. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ	.35
2. ท่านรับประทานอาหารเมื่อเช้าทุกวัน	.45
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดไม่น้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน	.50
4. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด	.56
5. ท่านรับประทานผลไม้และผักเป็นประจำ	.50
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นม นมถั่วเหลือง	.50
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลาแทนเนื้อสัตว์เพราะย่อยง่าย	.54
8. ท่านปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง อย่างมากกว่าทอด	.52
9. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง เช่น ขาหมู	.53
10. ท่านเคี้ยวอาหารจนละเอียดก่อนกลืน	.53
ค่าความเชื่อมั่นด้านการรับประทานอาหาร	.82
ด้านการออกกำลังกาย	
1. เวลาเดินท่านจะเดินเร็วๆเพื่อเป็นการออกกำลังกาย	.56
2. เมื่อมีเวลาว่างท่านจะไปออกกำลังกาย	.49
3. ถึงแม้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ท่านจะใช้วิธีการทำงานบ้านแทน	.53
4. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	.54
5. ท่านใช้วิธีเดินแทนการนั่งรถ ในระยะทางสั้นๆ	.47
6. ท่านออกกำลังกายในช่วงเช้า หรือช่วงเย็นแทนการเล่นหรือดูทีวี	.55
7. ท่านเลือกออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง	.49
8. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน หรือเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะๆ	.53
9. ท่านออกกำลังกายโดยให้อวัยวะทุกส่วนได้เคลื่อนไหว	.52
10. ท่านออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็นวันละประมาณ 20-30 นาที	.34
ค่าความเชื่อมั่นด้านการออกกำลังกาย	.84

ตาราง 41 (ต่อ)

ข้อคำถาม	r
ด้านการจัดความเครียด	
1.ท่านนั่งสมาธิเป็นประจำ	.43
2.ท่านปลูกต้นไม้และดูแลต้นไม้	.49
3.ท่านทำงานอดิเรกที่ชอบ	.52
4.ท่านดูแลสัตว์เลี้ยง	.45
5.ท่านอ่านหนังสือที่ชอบ	.46
6.ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ	.52
7.ท่านสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน	.53
8.ท่านไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว	.51
9.ท่านฟังวิทยุ, ดูโทรทัศน์, ฟังเพลง หรือเล่นดนตรี	.42
10.ท่านพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนๆหรือคนสนิท	.42
ค่าความเชื่อมั่นด้านการจัดความเครียด	.79
ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	
1.ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	.52
2.ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด	.53
3.ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน	.52
4.ท่านดูแลรักษาห้องนอนให้สะอาดเสมอ	.57
5.ท่านอ่านหนังสือในที่ ที่มีแสงสว่างเพียงพอ	.56
6.ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม	.57
7.ท่านใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	.54
8.ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	.48
9.ท่านสวมใส่รองเท้าเมื่อออกไปนอกบ้าน	.42
10.ท่านกำจัดขยะมูลฝอยในบ้านและรอบบ้านเป็นประจำ	.55
ค่าความเชื่อมั่นด้านการดูแลสุขภาพอนามัย	.86

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .93

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล นางสาวศรีธญา ยอดสุด
วันเดือนปีเกิด 7 กันยายน พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน 616/23 ซอยจากรัฐัน ถนนนิคมมักกะสัน แขวงมักกะสัน
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ประวัติการศึกษา

พ.ศ 2542 มัธยมศึกษาตอนปลาย
จาก โรงเรียนศรีอยุธยา
พ.ศ 2547 ครุศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยาและการแนะแนว)
จาก มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
พ.ศ 2553 การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ