

613.0438 .
๐ 583 ค
ร.3

ความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม

กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

อัสรา อวรณ์

21 ส.ค. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

68828

ความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยทางชีวสังคม

กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

อัสรา อวรรณ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2540

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ เปรียบเทียบ และค้นหาตัวพากรณ์ของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มี 4 โรงพยาบาล คือ วชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 235 คน เป็นชาย 64 คน และ หญิง 171 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าทดสอบที ค่าทดสอบเอฟ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลคูณคะแนนของเพียร์สัน และค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ และเหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5
5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา - ปริญญาตรี มีความสามารถ

ในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษา สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 20.6

**THE RELATIONSHIPS AMONG FAMILY RELATION SOCIAL SUPPORT AND
BIOSOCIAL FACTORS TO THE SELF-CARE ABILITY OF ELDERLY
INDIVIDUALS IN SENIOR CITIZEN CLUBS IN HOSPITALS
UNDER THE BUREAU OF MEDICAL SERVICE,
BANGKOK METROPOLIS**

AN ABSTRACT

BY

AUSARA ARWORN

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University**

April 1997

The objectives of this work were to study the relationships ,compare and identify the predictable values of self - care ability of the elderly individuals in senior citizen clubs in hospitals under the Bureau of Medical Service, Bangkok Metropolis. The research variables were sexes, marital statuses ,economic statuses, educational levels , family relationships and social support. The proportional sampling method was used to select 235 elderly individuals comprising 64 males and 171 females in senior citizen clubs at 4 hospitals ,i.e., Vajira Hospital , Central Hospital, Taksin Hospital and Charoenkrung Pracharak Hospital. All of the data were obtained by questionnaires and analysed by t - test , F- test , Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise multiple regression. Data analysis was performed by computer using SPSS/PC+ (Statistical Package for Social Science / Personal Computer Plus) program.

The results were as follow

1. The elderly individuals in the senior citizen clubs in the hospitals under the Bureau of Medical Service, Bangkok Metropolis had good levels of family relation , social support and self - care ability .
2. There was no significant difference in self - care ability with different sexes.
3. There was no significant difference in self - care ability with different marital statuses.
4. The elderly individuals who had differences in economic statuses had significant difference in self - care ability at the level of .01 and the self - care ability of those with higher economic status was significantly different from those with lower economic status at the level of .05

5. The elderly individuals who had differences in educational levels had significant difference in self-care ability at the level .01 and the self-care ability of those with diploma to bachelor degree was significantly different from those with lower than primary and primary to secondary school certificates at the .05 level.

6. The family relations, social supports and educational levels had positive relationships to self-care ability of the elderly individuals at .01 level.

7. The stepwise multiple regression revealed that the self-care ability of the elderly individuals could be predicted by the social supports and educational levels at .01 statistical level and could be related to the changes in the self-care ability approximately 20.6 percent of the individuals.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ศศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี)
..... กรรมการ
(อาจารย์วิริยา สุขวงศ์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ศศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี)
..... กรรมการ
(อาจารย์วิริยา สุขวงศ์)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ. นภาพร มัชฌมาธุร)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ. สุจินต์ ปริษามารณ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริสุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 29 เดือน เมษายน พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์วิริยา สุขวงศ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์อัมพร มัชฌมาภรณ์ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ และอาจารย์รศ.ไพฑูริย์ อ่อนมั่ง ให้กำลังใจช่วยเหลือและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม อาจารย์สุภาพร ธนะชานันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์อัมภรณ์ สุภกิจเจริญ และอาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือแนะนำเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ผู้สูงอายุโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง ผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน และผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมทั้งผู้แต่งตำรา และผู้วิจัยทุกท่าน ที่ผู้วิจัยใช้ประกอบในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่าน และโดยเฉพาะ อาจารย์สะอาด โสมะบุตร อาจารย์สนวน ลิโทชลิต อาจารย์ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย และเป็นที่ปรึกษาด้านการวิจัย ด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ คุณพ่อประทีป ไตรงาม คุณแม่เพชรไทย อารมณ์ ครูอาจารย์ที่เคารพ ขอขอบคุณ คุณสุระสิทธิ์ อารมณ์ และพี่น้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนสามารถประสบความสำเร็จในครั้งนี้

อัสร่า อารมณ์

สารบัญ

บทที่

หน้า

1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	51
การวิจัยในต่างประเทศ	51
การวิจัยในประเทศ	53
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	62
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	63
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
ประชากร	63
กลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	64
เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน.....	68
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	69
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	69
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	70
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	70

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	78
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ และแปลผล	78
การวิเคราะห์ข้อมูล	79
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	80
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	91
บทย่อ.....	91
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	91
วิธีดำเนินการวิจัย	91
กลุ่มตัวอย่าง	91
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	92
การวิเคราะห์ข้อมูล	92
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	93
การอภิปรายผล	94
ข้อเสนอแนะ	99
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	100
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	118
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	140

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การคาดประมาณ จำนวนผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2533 - 2563	
จำแนกตามช่วงอายุ.....	2
2 การคาดประมาณ จำนวนผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร	
พ.ศ. 2533 - 2553 จำแนกตามช่วงอายุ.....	3
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา.....	80
4 คะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม	
และความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	82
5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง	
ของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ.....	83
6 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแล	
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	84
7 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพ	
ตนเอง จำแนกตามระดับการศึกษา	84
8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง	
จำแนกตามระดับการศึกษา.....	85
9 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแล	
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม สถานภาพสมรส.....	86
10 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพ	
ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	86

11	คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม ฐานะทางเศรษฐกิจ.....	87
12	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ ดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	87
13	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	88
14	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ของปัจจัยทางชีวสังคม สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการ ดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ.....	89
15	วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของความสามารถในการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ.....	90

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61
-----------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

สุขภาพเป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรักษาสมดุลจะเกิดขึ้นได้จากการดูแลรักษาร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์ ปราศจากโรคและความพิการ ดังนั้น สุขภาพที่ดีของมนุษย์ เป็นปัจจัยที่สำคัญ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี สุชาติ โสภประสูตร (2528 : 2) ให้ความเห็นว่า สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงาม และพัฒนาทุกๆด้านในตัวบุคคล บุคคลจะเจริญงอกงามไม่ได้ ถ้าหากสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของเขาไม่สมบูรณ์ นอกจากนั้น ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2531 : 1) ได้กล่าวว่า การพัฒนาคนให้มีคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ เมื่อคนมีคุณภาพก็จะสามารถพัฒนาชีวิต พัฒนาอาชีพ พัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม การที่จะเสริมสร้างให้มีสุขภาพดี จะต้องมีการส่งเสริมกับทุก ๆวัย และเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าประชาชน เป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สุขภาพ ของประชาชนถือเป็นหลักใหญ่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้เป้าหมายหลักอีก 5 ปีข้างหน้า คือ " สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ.2543 " สุขภาพมีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกรูปทุกนาม สุขภาพเป็นสิ่งหนึ่งของมนุษย์ ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลทุกคนย่อมมุ่งหวังให้ตนเองมีความสุข ทั้งกายและใจ มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์ ทำหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลชา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 21) ดังนั้น ถ้าบุคคลใดมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น อาจกระทบกระเทือนเกี่ยวข้องกับสังคมบุคคลอื่นหรือชุมชนได้ และหากปัญหานั้นสำคัญอาจกลายเป็นปัญหาของชุมชนอันส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ จึงถือว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนในชาติเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่ง (สุชาติ โสภประสูตร. 2528 : 9)

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการวิวัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งความเจริญทางด้านเทคโนโลยีต่างๆ และมนุษย์มีการกินคือดีขึ้นกว่าเดิม จึงทำให้อัตราตาย ของประชากรลดลง ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาว (บังอรรัตน์ สุขตระกูล. 2532 : 1) ซึ่งเมื่อประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ก็จะทำให้ประชาชนที่สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จะนั่นวัยสูงอายุนี้ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพอนามัยให้มาก เพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถดูแลสุขภาพตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างดีที่สุด

ในสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหาผู้สูงอายุกำลังเป็นที่น่าสนใจอย่างกว้างขวาง ของนักวิชาการ ผู้บริหารทั้งในระดับประเทศและระดับชาติ เนื่องจากปรากฏอย่างแน่ชัดแล้วว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้ม

โน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากผลการศึกษาปัญหาประชากรของโลกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกประเทศทั่วโลกซึ่งมีถึง 600 ล้านคน แต่พลเมืองของโลกที่เป็นหนุ่มสาวมีจำนวนลดลงโดยลำดับ ซึ่งจะเกิดปัญหาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก อันเป็นผลกระทบต่อการพัฒนาทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประมาณว่าในปีพ.ศ.2550 จะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 1000 ล้านคนหรือประมาณ 12-15 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรในประเทศต่างๆ

จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของประเทศไทย พ.ศ.2538 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4.8 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 11 ล้านคนในปี พ.ศ.2563 ดังผลการคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้นตามตาราง 1

ตาราง 1 การคาดประมาณ จำนวนผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2533-2563 จำแนกตามช่วงอายุ

หน่วย : (พันคน)

พ.ศ.	2533	2538	2543	2548	2553	2558	2563
ช่วงอายุ							
60-64	1405	1794	2057	2206	2555	3238	3721
65-69	1017	1241	1590	1831	1972	2294	2921
70-74	717	833	1022	1317	1524	1653	1936
75ปีขึ้นไป	371	948	1064	1263	1588	1919	2198
60ปีขึ้นไป	3510	4816	5733	6617	7639	9104	10776

แหล่งที่มา : คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากร พ.ศ. 2533 - 2563

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ มีนาคม 2538.

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงที่มีประชากรมากที่สุดในประเทศ ดังนั้นจึงต้องมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นตามไปด้วย จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2539 มีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 4.8 แสนคน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 9 แสนคนในปี พ.ศ.2553 คำนวณการคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานครที่เพิ่มขึ้น ตามตาราง 2

ตาราง 2 การคาดประมาณ จำนวนผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2533-2553 จำแนกตามช่วงอายุ หน่วย : (พันคน)

พ.ศ.	2533	2536	2539	2542	2545	2548	2551	2553
ช่วงอายุ								
60-64	128	139	174	214	227	245	279	323
65-69	88	98	121	140	176	204	207	226
70-74	70	67	85	99	99	133	167	178
75ปีขึ้นไป	80	87	98	108	121	139	106	179
60ปีขึ้นไป	366	391	478	561	623	721	813	906

แหล่งที่มา : คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากร พ.ศ. 2533 - 2563

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคม มีนาคม 2538.

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน และคาดการณ์ไว้ในอนาคตของประเทศ ไทย แม้ว่าขณะนี้ยังไม่เป็นปัญหาผู้สูงอายุที่รับความเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ๆก็ตาม แต่การที่นโยบายพัฒนาประเทศที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม ย่อมก่อให้เกิดความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้นในภาคอุตสาหกรรม มีการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองหลวงของคนวัยหนุ่มสาวมากขึ้น มีผลทำให้การขยายตัวของเมืองและการเติบโตของระบบอุตสาหกรรม ส่งผลทำให้โครงสร้างทางสังคม วิธีการดำเนินชีวิต ตลอดจนประเพณี ค่านิยมต่างๆ เปลี่ยนไป สภาพครอบครัวไทย

ซึ่งแต่เดิมมีลักษณะเด่นเป็นครอบครัวขยาย (Extended Family) มีคนหลายรุ่นอยู่รวมกัน กลายเป็นครอบครัวเคียว (Nuclear Family) มีเพียง พ่อ แม่ ลูก อาศัยอยู่รวมกันเท่านั้นเข้ามาแทนที่ (รัตนา กฤษณาธาร. 2535 : 2) รวมทั้งบทบาทของครอบครัวที่เคยเป็นผู้ให้บริการทางสังคมและดูแลผู้สูงอายุเริ่มลดลงไปด้วย ภาวะทางสังคมที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกแต่ละคน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มักถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพังได้รับความยากลำบาก ประกอบกับวัยสูงอายุนี้เป็นวัยที่ต้องประสบปัญหาต่างๆ มากมาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง ในลักษณะการเสื่อมถอย ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลให้กิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำลดลงไปด้วย ข้อเท็จจริงประการหนึ่งที่ไม่อาจปฏิเสธได้ คือ มนุษย์นั้นยิ่งอายุมากขึ้นเท่าใด โอกาสที่จะเจ็บป่วยมีมากขึ้นเป็นเงาตามตัว เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย และหากเจ็บป่วยแล้ว จะมีความรุนแรงหรือหายช้าสำหรับด้านจิตใจ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสียต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก คู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อน ด้วยการตายจาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานเป็นเหตุให้ขาดรายได้ หรือมีรายได้ลดน้อยลง รวมทั้งโอกาสในการกระทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลธาดันติผลาชีวะ. 2528 : 80) จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากซึ่งทำให้เกิดปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุก็คือ ปัญหาสุขภาพนั่นเอง (นภาพร ชโฆวรรณ และคณะ. 2532 : 2) ที่ทำให้ชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุถูกบั่นทอนความสุขลงไปอย่างมาก และย่อมเป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขตามที่

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 จะเห็นว่าทุกฝ่ายเล็งเห็นความสำคัญกับปัญหาประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุมีเกิดขึ้นมากมายเช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และปัญหาการถูกทอดทิ้งต่าง ๆ เป็นต้น จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะช่วยบุคคลเหล่านี้ให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ โดยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างดีและถูกต้อง เพื่อจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีที่สุด เพราะมนุษย์หากมีสุขภาพสมบูรณ์แล้วย่อมสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเอง และสังคมได้ในทางตรงข้าม หากสุขภาพไม่สมบูรณ์ แม้จะมีทรัพย์สินสมบัติมหาศาล ก็ไม่สามารถทำให้ชีวิตทั้งส่วนตัวและส่วนรวมประสบความสุขและความก้าวหน้าไปได้

การที่ผู้สูงอายุถูกจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรม และการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมย่อมทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจุบันจึงได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อส่งเสริมพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อทุกฝ่ายทางด้านสุขภาพเล็งเห็นความสำคัญในส่วนนี้ และให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ แต่การที่สุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับตัวบุคคลคนนั้นเองที่จะให้การดูแล สนใจ ใส่ใจในสุขภาพตนเอง ถึงแม้ว่าภาครัฐจะให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ

ของผู้สูงอายุอย่างคิแต่ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้สนใจในตนเองแล้วก็ไม่เกิดประโยชน์ ดังนั้นการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย ให้ดีขึ้น ผู้สูงอายุจะต้องตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ ให้ความสำคัญในการที่จะบำรุง ส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีที่สุด การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองซึ่งความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะดี หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยใดบ้างที่จะเป็นตัวสนับสนุนส่งเสริมหรือขัดขวางการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากผู้สูงอายุในชมรมดังกล่าว มีการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นความจริงได้ โดยต้องการหาคำตอบว่า ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร อันได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมทางสังคม ระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและ
ปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อค้นหาตัวพาการณ์ ในการทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มี
ความแตกต่างกันในด้านปัจจัยทางชีวสังคม

ความสำคัญของการศึกษากันคว่ำ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และตัวผู้สูงอายุเอง ได้นำไปใช้ในการวางแผน การส่งเสริมหรือแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ทำให้สามารถยกระดับ คุณภาพชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดี สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือ และพัฒนาการจัด กิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจตนเอง ปรับตัวและ ดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นในบั้นปลายของชีวิต
3. ทำให้บุคคลวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนมีแนวคิดในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต่อไป

ขอบเขตของการศึกษากันคว่ำ

1. ประชากร

ประชากร เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2539 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 3,450 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ได้อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ประมาณ 350 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือ

3.1.1 สัมพันธภาพในครอบครัว

3.1.2 การสนับสนุนทางสังคม

3.1.3 ปัจจัยทางชีวสังคมคือ ลักษณะประจำตัวของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะดังนี้

3.1.3.1 เพศ

3.1.3.2 ระดับการศึกษา

3.1.3.3 สถานภาพสมรส

3.1.3.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยทางชีวสังคม (Biosocial Factors) หมายถึง ลักษณะประจำตัว ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

2.1 เพศ แบ่งเป็น

2.1.1 เพศชาย

2.1.2 เพศหญิง

2.2 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุได้รับ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

2.2.1 มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า

2.2.2 อนุปริญญา - ปริญญาตรี

2.2.3 สูงกว่าปริญญาตรี

2.3 สถานภาพการสมรส หมายถึง ตำแหน่ง หรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิต ร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งเป็น

2.3.1 คู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามีภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

2.3.2 โสด หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีสามีหรือภรรยา

2.3.3 หม้าย หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีตแต่สามีหรือภรรยาเสียชีวิต

2.3.4 หย่า หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีตแต่สามีหรือภรรยา หย่าร้างกัน

2.3.5 แยก หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบัน แยกกันอยู่

2.4. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง สภาพทางการเงินของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ

2.4.1 ระดับต่ำ หมายถึง สภาพทางการเงินของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับราย
จ่าย

2.4.2 ระดับปานกลาง หมายถึง สภาพทางการเงินของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ
กับรายจ่าย

2.4.3 ระดับสูง หมายถึง สภาพทางการเงินของผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย
ปัจจัยทางชีวสังคมวัดได้จากแบบสอบถามที่เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

3. สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation) หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่บุคคลใน
ครอบครัว ปฏิบัติต่อกันในด้านต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าจะได้รับความรัก การดูแลอย่างดี ในครอบครัว
มีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มั่นใจในตนเองถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่นในบ้าน ซึ่งพฤติกรรมที่
บุคคลในครอบครัวปฏิบัติต่อกันในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว โดยมีกิจกรรมร่วมกัน เมื่อมีเวลาว่างเช่นไปเที่ยว
ทะเล ไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นต้น

3.2 การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและรับรู้เรื่องต่าง ๆ ของบุคคลในครอบครัวเดียวกัน
เช่น ปัญหาการเงิน เป็นต้น

3.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ภายในครอบครัว

3.4 การมีความรัก ความห่วงใย ของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

3.5 มีการยินดีให้กำลังใจในทุก ๆ เรื่อง

3.6 มีความกลมเกลียว เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ ถ้อยทีถ้อยอาศัย รู้จักให้อภัยกัน และกัน

3.7 ให้อภัยต่อกัน

3.8 มีความเคารพเชื่อฟัง และให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน

ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation Scale) ที่ผู้วิจัยดัด
แปลงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของมอร์โร และวิลสัน (Morrow and Wilson,
1961 : 503-504)

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการ ทั้งด้านอารมณ์และสังคม ในลักษณะของการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความรัก การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินแรงงาน ข้อเสนอแนะ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ซึ่งการตอบสนองความต้องการที่ได้รับดังนี้

4.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ (Emotional Support) ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่

4.2 การได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (Esteem Support) หมายถึง การได้รับการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออกของการได้รับการให้อภัย ให้ออกาสปรับปรุงตนเอง

4.3 การมีส่วนร่วมและเป็นสิ่งหนึ่งของสังคม ทำให้มีความผูกพันและมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

4.4 การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrument Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินของ สิ่งของ เครื่องใช้

4.5 การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจในสังคม

4.6 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นข้อมูลหรือข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ สำเนาวั เรืองชศ (2535)

5. ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care Ability) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ประเมินจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง "The Appraisal of Self-Care Agency Scale" (ASA Scale) ของเอเวอร์ และคณะ (Evers et al. 1986)

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ของ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีอยู่หลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎีการสูงอายุ
4. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออัตราความสูงอายุ
6. การดูแลสุขภาพตนเอง
7. ปัจจัยทางชีวสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเอง
8. สัมพันธภาพในครอบครัว
9. การสนับสนุนทางสังคม

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความหมายของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ คำว่า "คนแก่ ผู้ชรา ชราภาพ หรือคำอื่นๆ ซึ่งเป็นคำล้อเลียนที่มีความหมายเช่นเดียวกันนี้ พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายของคำว่าชรา ว่า "ความแก่ ความชราครุฑุคโทรม" (จำนง ทองประเสริฐ. 2518 : 168) ดังนั้น ในวันที่ 1 ธันวาคม 2512 ซึ่งมีการประชุมคณะผู้อาวุโสครั้งแรก พ.ศ.ต.ท.หลวงอรรถสิทธิ สิทธิสุนทร จึงได้เสนอคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้น อันเป็นที่ยอมรับกันทุกฝ่ายและใช้แพร่หลายตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

การจะพิจารณาว่าบุคคลผู้ใดจะเข้าข่ายผู้สูงอายุหรือชราภาพนั้น ยังมีเกณฑ์ในการพิจารณาที่แตกต่างกันบ้างเล็กน้อย อย่างไรก็ตามนักวิชาการได้พยายามที่จะกำหนดความหมายของผู้สูงอายุไว้แตกต่างกันดังนี้

ไบร์เรน และ เรนเนอร์ (Birren and Renner. 1977) ได้อธิบาย กระบวนการสูงอายุ ไว้ว่า หมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้ว ภายใต้มิภาวะสิ่งแวดล้อมและจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุซึ่งแบ่งเป็น 3 รูปแบบนี้ คือ

1. ความสูงอายุนทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลงเป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุซึ่งไปตามอายุขัย (Life span) ของแต่ละบุคคล

2. ความสูงอายุนทางจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากขึ้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้ การแก้ปัญหา เจตคติ ตลอดจนบุคลิกภาพสิ่งเหล่านี้มีการพัฒนามากขึ้น

3. ความสูงอายุนทางสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทสถานภาพในครอบครัวและการทำงาน รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอาวุโส การแสดงออกทางคุณค่า และความต้องการของสังคม

บาร์โรว์และสมิธ (Barrow and Smith. 1979 : 17) ได้เสนอข้อคิดว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพ หรือสูงอายุ เพราะเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะไปตี เราว่าผู้นั้นผู้นี้ชราภาพ การจะพิจารณานั้นควรพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากการงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปีเป็นวันเกษียณอายุ ส่วนประเทศอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปีเป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนด โดยยึดตามเกณฑ์สรีรวิทยาทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ อวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลง ซึ่งแตกต่างกันในบุคคลบางคนอายุ 50 ปีฟันจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุ 80 ปีฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด คือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจ แต่มิได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า "ตนเองแก่ อาชุนมากแล้ว" และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่ผู้สูงอายุนั้นๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนด โดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดมาจากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หักการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักเผชิญกับสภาพโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะ สภาพร่างกายและอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลงนอกจากนั้นยังอาจเผชิญปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก

เมอร์ลีย์และเซนท์เนอร์ (Murry and Zentner, 1979) ให้ความหมายวัยสูงอายุว่า วัยสูงอายุเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้น ซึ่งอาจมีความอ่อนแอของร่างกายจิตใจ ตลอดจนมีการเจ็บป่วย หรือความพิการร่วมด้วยและยังอธิบายว่าความสูงอายุนั้นเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปเรื่อย ๆ ของความสามารถ ตลอดจนการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมของร่างกาย จะเห็นได้ว่าจากความหมายของผู้สูงอายุ ไม่ได้ระบุถึงเกณฑ์ของสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นคือเท่าใด หรือผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสูงอายุนั้นเมื่อเกณฑ์เท่าใด ดังนั้น เพื่อให้การกำหนดเกณฑ์ของวัยสูงอายุเข้าใจตรงกัน จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์ความเป็นผู้สูงอายุไว้ โดยในสังคมปัจจุบัน มักจะใช้อายุ ความป็นปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจำนวนปีก็แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม สังคมที่มีความทันสมัยมักจะกำหนดอายุที่ระบุว่าเป็นผู้สูงอายุไว้สูงกว่า สังคมที่มีความทันสมัยน้อยกว่า เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนในประเทศไทยนั้น กำหนดผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ

อรรถสิทธิ์ สัทธินทร (2509) ยังกล่าวว่าผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพมีกำลังลดลงเรื่องช้า
3. เป็นผู้ที่เหมาะสมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรให้ความช่วยเหลือ

กุลา คันทิลลาชีวะ (2524) ได้ให้ความหมาย ความสูงอายุ (Aging) ว่าเป็นการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระบอบสุดท้ายของอาณูมนุษย์ ความสูงอายุขึ้นจะเริ่มแต่เกิดและดำเนินต่อไปจนสิ้นอายุขัยของสิ่งที่มีชีวิตนั้น ๆ จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุได้กำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิงเป็นผู้สูงอายุ เมื่ออายุ 61 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจจะมีมากในระยะนี้ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียร ความคิดก้าวหน้าลดลงสภาพร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตาฝ้า ผมหงอก และนอกจากนี้จึงต้องเผชิญปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับร่างกาย และสังคม ในวัยสูงอายุด้วย

✕ นวลศิริ เปาโรหิตส์ และคนอื่นๆ (2520 : 310) ให้ความหมายทางจิตวิทยาพัฒนาการไว้ว่า "ถือว่าบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปให้อยู่ในขอบข่ายของบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ การกำหนดบุคคลในวัยชรา นั้น ถึงแม้ไม่มีเกณฑ์ตายตัว แต่โดยทั่วไป มักนิยามแบ่ง ระดับอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแต่เดิมมีผู้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นวัยชรา แต่ในปัจจุบันอาจเป็นเพราะสภาพการดำเนินชีวิต และความเจริญทางการแพทย์ ทำให้บุคคลโดยเฉลี่ยมีอายุ ยืนยืนขึ้นกว่าเดิม จึงใช้อายุ 65 ปี แทน

✕ เสาวนีย์ เสาวพงศ์ (2525 : 4) ให้ความหมายของคนชราไว้ว่าคำว่า "คนชราหรือคนแก่" จะฟังดูไม่ค่อยจะไพเราะ สำหรับบุคคลที่ถูกจัดเข้าเป็นพลเมืองประเภทนี้ ดังนั้น จึงมีคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้นมาแทน โดยกำหนดเอาอายุตามปฏิทินเป็นเส้นพรมแดน คราวนี้ให้ผู้คนที่ทำงานมาจนอายุครบ 60 ปี ต้องถ่ายเทตนเองออกจากตำแหน่งหน้าที่

จากแนวคิดที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าวัยสูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปกระบวนการสูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามธรรมชาติที่มนุษย์ มีอายุหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านเป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล อาจมีกระบวนการสูงอายุนั้นในแต่ละด้านหรือรูปแบบแตกต่างกัน

เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ

การจำแนกผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการวัดมากมาย ซึ่งหลักการวัดความสูงอายุ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535 : 110) กล่าวว่าความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระบอบสุดท้ายของช่วงอาณูมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความประพฤติกี่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่างๆจะลดลง ดังนั้นความสูงอายุ จึงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. ความมีอายุแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุที่จะต้องเกิดขึ้นกับทุกคนเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือเมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ ถูกใช้งานมานานก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการเสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายนี้จะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อยเช่นผิวหนังเริ่มเหี่ยวช่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว สายตาขาว พละกำลังเริ่มถดถอยลงเหล่านี้เป็นต้น

2. ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความสูงอายุที่มนุษย์เราสามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้ มักจะเกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่ห่วงกังวล หรือไม่รักษาสุขภาพร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป การรับประทานอาหารมากเกินไป จากการที่ร่างกายมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนเหล่านี้เป็นต้นก่อให้เกิดความสูงอายุแบบทุติยภูมิได้

ฮอลล์ (Hall, 1976 : 3-4) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแบ่งความเป็นผู้สูงอายุออกเป็น 4 ประเภทคือ การสูงอายุตามวัย การสูงอายุตามสภาพทางชีววิทยา การสูงอายุตามสภาพจิตใจ และการสูงอายุตามสภาพสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) เป็นการกำหนดการมีอายุตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีเกิด และบอกได้ว่าใครมีอายุมากน้อยเพียงใด สำหรับการกำหนดว่าผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม ได้แก่ในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย เช่นสวีเดน นอร์เวย์ กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 67 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และในสังคมไทยกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวและไม่ได้มีลักษณะเหมือนกันไปหมด แต่มีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 วัยสูงอายุดอนต้น (Young-Old Age) คือผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จะเป็นวัยที่สามารถทำงานได้ตามปกติเหมือนตอนวัยผู้ใหญ่กลางคน

1.2 วัยสูงอายุดอนกลาง (Old-Old Age) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุที่มีอายุระหว่าง 75 ปี ถึง 85 ปี

1.3 วัยสูงอายุดอนปลาย (Oldest-Old age) คือผู้สูงอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ผลจากการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมากของผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มดังกล่าวนี้ โดยเฉพาะระหว่างวัยสูงอายุดอนต้นกับวัยสูงอายุดอนปลาย นิวการ์เทน ฟิลด์ และมิลเคอร์ (Neugarten, 1961 ; Field and Minkler, 1988)

2. การสูงอายุตามสภาพทางชีววิทยา (Biological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอธิบายได้ด้วยทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Theories) ทฤษฎีไม่เกี่ยวกับพันธุกรรม (Non - Genetic

Theories) ทฤษฎีความเครียด (Stress Theory) และทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theories) ทั้งนี้เพราะการสูงอายุดตามสภาพทางชีววิทยานี้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภายใต้งานของมนุษย์ ตั้งแต่ระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งมีผลต่อเนื้อเยื่ออวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ในส่วนของอวัยวะรับสัมผัสเช่น หู พบว่าผู้สูงอายุมีประสาทรับเสียงเสื่อมไม่ค่อยได้ยิน โดยเฉพาะเสียงสูง ผู้สูงอายุจะได้ยินเสียงต่ำได้ดีกว่า (เจียมจิต ฉวิล. 2532 : 2) เป็นต้น

3. การสูงอายุดตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุดจากการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง ด้านหลัก ได้แก่ ในด้านกระบวนการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Process) การตอบสนองการเคลื่อนไหวทางจิต (Psychomotor Response) สติปัญญา (Intelligence) ความจำและการเรียนรู้ (Memory and Learning) (Kart. 1981 :73-90) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบประสาทและสมอง เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง และการสูญเสียใน 4 ด้านดังกล่าว และการสูญเสียเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่อาจสังเกตได้ จากการแสดงออกทางพฤติกรรม และบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ มีความเครียด ความวิตกกังวล การคิดและการตอบสนองช้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจำเรื่องราวในอดีตได้ดี และชอบเล่าเรื่องราวต่าง ๆ นั้นเป็นการทวนความจำ ส่วนเรื่องราวปัจจุบันจะจำไม่ค่อยได้จึงมักพบว่าผู้สูงอายุมีอาการของคนขี้ลืม

4. การสูงอายุดตามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุดจากการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่และสถานภาพทางสังคมไปด้วยในอดีตดั้งเดิม การอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มใหญ่จะมีการจัดระเบียบของสังคมโดยใช้เกณฑ์ของอายุหรือวุฒิ และบุคคลมีการรับรู้ก่อนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในเรื่องของความ "อ่อนกว่า" หรือ "แก่กว่า" จึงมีการให้ความเคารพยกย่องนับถือผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุดของกลุ่มในทุกสังคม โดยเฉพาะสังคมเกษตรกรรมจะถือปฏิบัติเป็นค่านิยมมาจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุดในสังคมนี้เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ที่สร้างสมมาตลอดชีวิตอันยาวนาน ผู้สูงอายุดจึงเป็นผู้ทรงคุณวุฒิมีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาชี้แนะเรื่องต่าง ๆ หลายอย่าง และเป็นผู้นำกลุ่ม ฉะนั้นผู้สูงอายุดในสังคมเกษตรกรรมดั้งเดิมจึงมีสถานภาพทางสังคมสูง เมื่อโลกเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สังคมเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุด ได้แก่ มีการจำกัดอยู่เพียงบทบาทที่ไม่สำคัญ บทบาทหัวหน้างานหรือผู้นำครอบครัวต้องสูญเสียไป และค่านิยมการเคารพนับถือผู้สูงอายุดก็ลดน้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุดรู้สึกว่าตนหมดความสำคัญเป็นผู้ไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ ถูกทอดทิ้ง และไม่ได้รับการยอมรับนับถือในสังคม ผู้สูงอายุดบางรายไม่สามารถปรับตัวได้ทันการก็จะมีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งไม่มีส่วนร่วมในสังคมด้วย

สรุปได้ว่าในการกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุด และผู้สูงอายุดเริ่มเมื่ออายุดเท่าใดนั้น ต้องพิจารณาทั้งอายุดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบาย

ของนักวิชาการไทย เช่น อวช เกตุสิงห์ (2526 : 17-23) ได้อธิบายและจำแนกภาวะของผู้สูงอายุอย่างง่าย ๆ ไว้ 4 ลักษณะ คือ

1. แก่โดยอายุ หมายถึง แก่เพราะเกิดมานาน
2. แก่โดยสังขาร หมายถึง แก่ตามสภาพของร่างกาย
3. แก่โดยจิตใจ หมายถึง แก่ไปตามความนึกคิด
4. แก่โดยสังคม หมายถึง แก่เพราะสภาพแวดล้อมและประสบการณ์ เช่น ตำแหน่งหน้าที่การงาน เป็นต้น

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2526 : 7-8) ได้จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 2 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ ผู้สูงอายุถูกกำหนดโดยการเวลา อันเป็นการกำหนดจากสังคมว่าเมื่อบุคคลใดมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และลักษณะที่สอง ผู้สูงอายุถูกกำหนดจากความเสื่อมถอยที่เกิดกับสังขารร่างกายในระบบอวัยวะส่วนต่าง ๆ ฉะนั้นในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาจึงใช้การสูงอายุตามวัยเป็นเกณฑ์สำหรับการกำหนดประชากร โดยกำหนดอายุ 60 ปีขึ้นไปตามปีปฏิทินจากปีเกิด เป็นผู้สูงอายุไทย

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

มีผู้ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการสูงอายุไว้มากมาย แต่เป็นที่ตระหนักและยอมรับว่า ยังไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว ที่จะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ซับซ้อนของการสูงอายุในมนุษย์ได้ เพราะความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการด้านสรีรวิทยา และจิตใจในแต่ละบุคคล ทำให้เป็นการยากที่จะอธิบายกระบวนการสูงอายุด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีและแนวความคิดทั้งหลายมีความจำกัดในข้อมูลแตกต่างกันในรูปแบบของความเชื่อ ซึ่งได้มีผู้รวบรวมสรุปทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับสาเหตุของการสูงอายุ พอสรุปได้ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evaluation Theory) อีเบอร์โซลและเฮส (Ebersole and Hess, 1985) ได้สรุปว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการอยู่เสมอ ๆ เป็นไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอดเมื่อมีอายุมากขึ้น ก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ และเบริช (Burch, 1974) ได้อธิบายว่า ขั้นตอนพัฒนาการของชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ถูกจัดอยู่ในชุดหรือโปรแกรมไว้เรียบร้อยแล้ว เริ่มต้นจากเกิดซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกของชีวิต แก่และตายในที่สุด

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุ หรือความชราของสังขาร โดยมีพันธุกรรมเป็นพื้นฐาน มีแนวคิดดังนี้

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวว่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเกิดขึ้นตามพันธุกรรม ซึ่งถ่ายทอดกันมาหลายชั่วอายุคน ลักษณะบางอย่างจะแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้นหรืออาจแสดงออกในบางบุคคลทั้งที่ยังไม่ถึงช่วงวัยชรา และเชื่อว่าสภาพการทำงานของอวัยวะแต่ละบุคคลถูกควบคุมโดยการกำหนดโปรแกรมไว้แล้วด้วย "นาฬิกาชีวิต" ซึ่งอยู่ในนิวเคลียสและไซโตพลาซึม ที่ไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคล ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชราจึงมีความแตกต่างกันและไม่เท่ากัน ทฤษฎีตามแนวคิดนี้คือ ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึงภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ ส่วนทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอ็นไซม์ที่เพ่งสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกตินี้ จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์มีผลต่อขบวนการเผาผลาญ ซึ่งอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากมีผลทำให้เสียชีวิต

2.2 ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic Theory) เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในโมเลกุลเป็นผลจากการสังขั้ม (Cross linkage) และเรดิคัลอิสระ (Free Radical) ทฤษฎีเหล่านี้คือ

2.2.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Cross - Linkage Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีน จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น และเกิดการขัดเกาะกันแน่น ไม่ยอมคลายตัวทำให้เส้นใย (Collagen Fiber) หดสั้นเข้าเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดการขยับ และการขับถ่ายของเสียในร่างกายอันเป็นสภาพเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.2.2 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อมทำลายของเซลล์ภายในร่างกาย เป็นผลมาจากการสะสมของเรดิคัลอิสระ (Free Radical) ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายและรั่วไหลของผนังเซลล์ได้ง่ายและทำให้มีคอลลาเจน และอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป และเชื่อว่าเรดิคัลอิสระจะถูกลดหรือยับยั้งได้ ด้วยสารประกอบที่มีคุณสมบัติคล้ายวิตามินอีและซี ดังนั้น ผู้ที่มีความเชื่อในแนวทางนี้ จึงส่งเสริมให้บุคคลรักษาสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเหล่านี้

2.3 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสียดและการได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใดๆ ก็ตามทำให้เกิดความเสื่อมสลายของร่างกาย ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นไปเรื่อยๆ ตามอายุของบุคคลนั้น จนกระทั่งถึงขั้นสุดท้ายของชีวิต

2.4 ทฤษฎีการทำลายตนเอง (Autoimmune Theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันในร่างกายโดยเชื่อว่า ความชราเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปฏิกิริยาต่อต้านตัวเอง ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดีเกิดความเจ็บป่วยง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต พร้อม ๆ กันนั้น ร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเอง ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการต่อต้านตัวเองทำลายเซลล์ของร่างกาย

2.5 ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiological Theory) เชื่อว่าไฮโปทาลามัส ซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อทั่วร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลง เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น เช่นในสตรีเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน เนื้อเยื่อในร่างกายจะสูญเสียรูปร่างและความยืดหยุ่น แต่รังไข่ก็ยังไม่เสื่อมสลายไป

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวเนื่องกับกลไกการเจริญทางด้านจิตวิทยา ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีอายุในด้านจิตวิทยาในเรื่อง สถิติปัญหาพบว่ายังไม่อาจสรุปได้ว่า สถิติปัญหาเสื่อมลงตามวัย ส่วนในเรื่องความจำและการเรียนรู้ ซึ่งการศึกษาถึงความจำ และการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่จะต้องควบคู่กันไปจากการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับคนอายุน้อย แต่ต้องใช้เวลานานกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้ คือ ความเครียด ปัจจัยทางสังคม ผลจากประสาท และสรีรวิทยาของบุคคล การสูญเสียความจำและความสามารถในการเข้าใจเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุหวาดกลัวและเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ และสำหรับแรงจูงใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไม่จำเป็นที่จะต้องให้แรงกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นเลย

แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีเซลล์ประสาทในสมองตายเป็นจำนวนมาก แต่ขณะเดียวกันก็สะสมประสบการณ์อันเกิดจากการเรียนรู้ไว้มากเช่นกัน ถ้าผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ที่ดีในอดีตได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพอารมณ์มั่นคงก็จะมีผลต่อวัยชราที่สูงขึ้น มีความรอบคอบสุขุมตามขั้นวัย จึงกล่าวว่า ความสำคัญของช่วงชีวิตครั้งหลัง จะมีผลมาจากครั้งแรกของชีวิต และพัฒนาการทางด้านจิตใจของมนุษย์ที่มีผลต่อมโนทัศน์มีเกี่ยวกับตนเอง นอกจากนั้นค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตอีกครั้ง ดังที่ จัง (Ebersole and Hess. 1985 ; citing Jung. n.d.) กล่าวว่า ความสำคัญของช่วงชีวิตในครั้งหลัง จะมีผลมาจากครั้งแรกของชีวิต อันเป็นสาเหตุทำให้ ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปแยกเป็น 2 ทฤษฎีดังนี้

3.1 ทฤษฎีความปราชญ์ปรืออง (Intelligence Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราชญ์ปรือองและคงความเป็นนักปราชญ์อยู่ได้ ก็ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้ตลอดเวลาผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุนั้นอยู่ที่มีหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง ชอบมีความรักแบบดื้อซที่ดื้อซอาศัย เห็นความสำคัญของตนเอง มีความรักผู้อื่น และทำงานร่วมกันกับผู้อื่นได้ มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่มีใครได้จิตใจคับแคบรู้สึกว่าคุณค่ากับใครไม่ต่อชน มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุขนัก ชีวิตนั้นปลาซมักจะเศร้า

4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociologic Theory) กล่าวถึง แนวโน้มบทบาทของบุคคลสัมพันธ์ภาพ และการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต ทฤษฎีแนวนี พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย นอกจากนั้นทฤษฎีนี้ยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุ ลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ควรจะลดความรับผิดชอบ และลดความห่วงใยลูกหลานบ้าง จงทำให้เป็นตัวของตัวเอง และพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อจะได้ใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข

4.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานะของผู้สูงอายุในสังคมนั้นก็จะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย

4.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น ถ้าในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อย สถานะของผู้สูงอายุก็จะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

4.3 ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เห็นว่าสถานะของผู้สูงอายุมักจะดี ถ้าผู้สูงอายุในสังคมนั้นเป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์

4.4 ทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงคราวสูงอายุแล้ว ลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ ควรจะลดความรับผิดชอบ และลดความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมควรลดลงเช่นเดียวกัน

4.5 ทฤษฎีให้ทำกิจกรรม ทฤษฎีนี้มีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน คือแม้รู้ว่า สังคมและลูกหลานให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อถึงคราวสูงอายุก็อย่าได้ไปสนใจ จงทำตัวให้เป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามกำลังและความสามารถ ทฤษฎีนี้ได้แนะนำต่อไปว่า ถ้าจะให้ชีวิตวัยสูงอายุมีความสุข ก็จงพอใจในชีวิตจงเป็นตัวของตัวเองและพยายามรักษาสุขภาพให้จงดี

ทฤษฎีการสูงอายุ เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุและกระบวนการสูงอายุของบุคคล ซึ่งพอสรุปแยกย่อยได้เป็น 4 ทฤษฎี คือ หนึ่ง ทฤษฎีวิวัฒนาการ อธิบายถึงขั้นตอนพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดและจัดไว้แล้วตามลำดับ สอง ทฤษฎีทางชีววิทยา กล่าวอธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยมีพันธุกรรมเป็นพื้นฐาน สาม ทฤษฎีทางจิตวิทยา อธิบายถึงกลไกการเจริญ ทางด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ และสี่ ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมียสณภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการพยายามที่จะช่วยแนะนำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น คือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนี้ โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 ด้านคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรภาพ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรภาพ (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้น ทุกระบบหน้าที่ของร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ เพื่อรักษาและควบคุมระดับปกติของสารต่างๆ ค่อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการต่างๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายด้านนี้ ได้แก่

1.1 ระบบเซลล์และเนื้อเยื่อ เซลล์แต่ละเซลล์จะมีอายุขัยของมันแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด เมื่อเซลล์เก่าตายจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเพื่อซ่อมแซมหรือทดแทนอวัยวะนั้น ๆ ยกเว้นการทำงานของเซลล์ประสาท อย่างไรก็ตาม เมื่อจำนวนเซลล์ที่ตายมีมากและเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าอัตราการสร้างเซลล์ใหม่กระบวนการเจริญเติบโต หรือการดำรงรักษาเนื้อเยื่อต่างๆ ก็จะเปลี่ยนแปลงไป ด้วยเหตุนี้จึงเชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เซลล์ต่างๆ จะเหี่ยวลงตามอายุของมันเอง และการที่บุคคลอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุแตกต่างกันนั้น มีผู้อธิบายว่าสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของบุคคล เช่น อากาศ อาหาร และความเครียด เป็นต้น มีผลต่อการเร่งหรือชะลอความเสื่อมหรือการสิ้นสุดอายุขัยของเซลล์

1.2 ระบบประสาทรับสัมผัส ซึ่งได้แก่ ตา หู ประสาทรับรสและกลิ่น และผิวหนัง มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ตา แก้วตาจะขุ่นมัวและขาดความยืดหยุ่น เมื่ออายุย่างเข้า 40 ปีการมองเห็นจะไม่ชัดเจนตามอายุที่เพิ่มขึ้น ไขมันรอบดวงตาจะลดลง ทำให้ตาถูกลึกโบ๋ เปลือกตาบาง และไม่ยืดหยุ่น การสูญเสีย

เลืกความตึงตัวของเปลือกตานี้มักจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีและเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในบางรายมองเห็น การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด ม่านตามีสีจางลงขนาดของรูม่านตาเล็กลง ขณะที่อยู่ในแสงสว่างและ ที่มืด ทั้งนี้เนื่องจากปฏิกิริยาของรูม่านตาอ่อนกำลังลง ตาขาวลดความโปร่งใสและมัน เชื้อฟังคิของ ตาขาว จะหดและความเข้มข้นของของเหลวในเนื้อเยื่อลดลง แก้วตาจะมีการสะสมของเชื้อฟังคิ มีความหนาที่บและการทำงานในการปรับแสงเชิงซ้ำ จอภาพมีการห่อเหี่ยว ทำให้ลดความสามารถใน การแยกสีและความสว่าง โดยเฉพาะระดับสีระหว่างสีเขียวกับสีน้ำเงิน นอกจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ค้อกระจกและค้อหิน โดยสรุปจะพบว่า ผู้สูงอายุมีสายตาสื่อม ลงมองเห็นความชัดของภาพลดลงตามระดับความเสื่อมของจอภาพ ซึ่งจะพบได้ทั้งในที่ที่มีแสงสว่างและ ที่สลัว

หู การได้ยินจะเสื่อมลงในผู้สูงอายุ เนื่องจากผนังเส้นโลหิตแดงในหูจะแข็งตัว และปลาซประสาทในระบบหูเสื่อมลง ทำให้หูตึง ต้องพูดเสียงดัง ๆ จึงจะได้ยิน (Hogstel, 1988) ได้ กล่าวถึงการได้ยินของผู้สูงอายุว่าถ้าเสียงต่ำๆ จะได้ยินชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง เวลาพูดกระซิบ จะได้ยินดีกว่าเสียงพูดธรรมดา(กรมการแพทย์. 2526)

ประสาทรับรสและกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นจะลดน้อยลง ทำให้ความสามารถ ในการจำแนกรสต่าง ๆ ลดลง ประสิทธิภาพของการได้กลิ่นน้อยลงเป็นผล ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ชอบ อาหารผิดกับที่เคยเป็นมาในวัยหนุ่มสาว (เอื้อมพร ทองกระจาข.2525)

ผิวหนัง ผิวหนังจะเหี่ยวช่นและแห้ง เนื่องจากการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง การเสีย ความยืดหยุ่นของผิวและการสูญเสียน้ำ ผิวหนังจะมีตุ่มแผล (Blotchiness) เกิดขึ้นเนื่องจากการมีปริมาณ เมลาโนไซท์ (Melanocytes) ลดลง แสงแดด ลม ความร้อนหนาวของอากาศ มีส่วนส่งเสริมทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงของผิวหนังมากและเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ลมจะรบกวนทำให้เกิดผิวหนังคันได้ สีของผผจะ เปลี่ยนเป็นสีเทาและขาว บางที่อาจพบมีความผิดปกติของเล็บเท้าและบ่อยครั้งที่การเปลี่ยนแปลงค่านี้นำ ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุ

1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ กระดูก กล้ามเนื้อ ข้อต่อและเนื้อเยื่อยึดข้อต่อ และ ฟัน มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้คือ

กระดูก ร่างกายจะเริ่มสูญเสียแคลเซียม โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เมื่ออายุย่างเข้า 45 ปีขึ้นไป ข้อต่อกระดูกสันหลังจะเกิดการเสื่อมสลาย ทำให้ส่วนสูงเปลี่ยนไปคือโครง ร่างจะสั้นลง ไค้ง รุ่ม แคลเซียมละลายตัว จากกระดูกร่วมกับการขาดวิตามินดี เป็นผลให้เกิดรูพรุนตาม แนวกระดูกขาเกิดเป็นโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)ได้ง่าย แคลเซียมที่ละลายออกไปมักจะไปเกาะที่ กระดูกอ่อนหรือเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อลดความยืดหยุ่น นอกจากนั้น ในรายที่แคลเซียมไปเกาะที่กระดูกอ่อนขาโครง จะทำให้การเคลื่อนไหวของผนังทรวง

ออกลดลง อาจทำให้การหายใจเป็นไปได้ไม่เต็มที่ ดังนั้นในการหายใจจึงต้องใช้กล้ามเนื้อกะบังลมมากขึ้น

กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเรียบจะสามารถคงสภาพได้เหมือนปกติ ส่วนกล้ามเนื้อลายจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและสมรรถภาพจะมีสารพวกพังคิ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเริ่มลดลงเมื่ออายุประมาณ 30 ปีขึ้นไปปริมาณโปรตีน และเซลล์กล้ามเนื้อลดลงหลังจากอายุอย่าง 50 ปีทำให้กล้ามเนื้อเหี่ยว

ข้อต่อและเนื้อเยื่อข้อต่อ เนื้อเยื่อข้อต่อ ซึ่งเป็นพวกคอลลาเจน (Collagen) จะมีแคลเซียมมาเกาะทำให้ข้อแข็งเคลื่อนไหวลำบากได้ในคนชรา ถ้าเกิดบาดเจ็บแผลจะหายช้าเนื่องจากมีเนื้อเยื่อคอลลาเจนมาอยู่ในบริเวณแผลช้าลง (Slower Collagen Formation) มีการเสื่อมสภาพและความผิดปกติต่าง ๆ ของข้อต่อโดยเฉพาะข้อต่อที่รับน้ำหนัก

ฟัน มักพบว่าการเปลี่ยนแปลง แต่ก็เป็นซากที่จะกล่าวว่ามีผลจากความชราโดยตรง ทั้งนี้เพราะอาจเกิดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น สุขภาพฟัน อุปนิสัยในการรับประทานอาหาร การซ่อมแซมรักษา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขจากฟันมักเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ฟันของผู้สูงอายุมักจะมีแคลเซียมติดเกาะได้ง่าย และมีการซึมผ่านของอีนาเมล (Enamel) ที่เคลือบฟันทำให้ฟันเปลี่ยนเป็นสีเหลืองฟันจะผุมากขึ้น เนื่องจากปริมาณน้ำในฟันลดลง ทำให้ไม่ได้ชะล้างไหลผ่านตามช่องฟัน หรือจะหลุดตัวเล็กลงทำให้ลักษณะการพูดรวมทั้งเสียงผิดไปจากเดิม

1.4 ระบบประสาท เซลล์ประสาทจะมีอายุได้นาน แต่เมื่อเกิดการเสื่อมสลายแล้วจะไม่มี การแทนที่ใหม่อัตราการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทโดยเฉลี่ยมีประมาณ 0.8 % ต่อปี หลังอายุเลข 30 ปีไปแล้ว การทำงานประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อลดลงทำให้ผู้สูงอายุมิชอบจำกัมากในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ การเรียนรู้หรือทักษะที่มีมาดั้งเดิมจะยังคงไว้ได้ตลอด ยกเว้นในกรณีที่มีอัตราการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทสูงมาก (เอ็ดมุนท ทองกระจาช. 2525) นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุมาก ได้แก่ มีความสับสน ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย และการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เป็นอาการแสดงของสมองเริ่มทรุดโทรมและความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นหนทางนำไปสู่โรคเรื้อรังในสมอง ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ช่วยตนเองได้น้อยลงหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น

1.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการเพิ่มคอลลาเจนและไขมัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หัวใจของผู้สูงอายุทำหน้าที่ได้ลดลงโดยทั่วไป ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจก็ยังคงเพียงพอสำหรับกิจวัตรประจำวันทั่วไป แต่ถ้าผู้สูงอายุมิการออกกำลังกายหนักเกินไป มีความเครียดและมีการเจ็บป่วย ก็อาจทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ

พอได้ จึงมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงต้องมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ (Hogstel, 1988)

1.6 ระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหาร ความอยากอาหารลดลง เพราะประสาทรับกลิ่นและรับรส มีความสามารถรับสัมผัสน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฟันและเหงือก ทำให้การรับประทานอาหารลำบาก ต้องเลือกลักษณะอาหารมากขึ้น นอกจากนั้น มีการเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหาร มีการลดการกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติการบีบตัวของทางเดินอาหารจะช้าลงตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ใหญ่ ทำให้มีอาหารค้างอยู่ในหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดแน่น และกระเพาะอาหารเองก็มีการหลั่งกรดน้ำย่อยอาหารลดลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำอาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมแคลเซียมและเหล็กลดลงผู้สูงอายุ จึงมักเป็นโรคขาดอาหารและซึมเศร้า นอกจากนั้นลักษณะอาหารที่เพิ่มแก๊สหรือกระตุ้นการทำงานของลำไส้มากเกินไป ตลอดจนอาหารที่มีกากมากเกินไปหรือไม่มีกากเลย มีผลทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก ท้องเสียได้ง่ายเพราะประสิทธิภาพในการทำงานระบบย่อยอาหารลดลง

1.7 ระบบการขับถ่ายของเสีย ในผู้สูงอายุกระเพาะปัสสาวะ จะมีลักษณะเป็นรูปกรวย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อที่ช่วยบีบ รวมทั้งความอ่อนแอของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ในลักษณะเช่นนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ จะถูกกระทบกระเทือนได้ง่ายทำให้ปัสสาวะบ่อย และกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ ซึ่งเป็นผลรวมจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถขยายตัวได้นอกจากนี้มักพบว่า ต่อมลูกหมากโต หรือมดลูกหย่อน เนื่องจากมีแรงดันเพิ่มในกระเพาะปัสสาวะและเกี่ยวกับไต พบว่าไตจะเกิดการเหี่ยวลีบและการเสื่อมของหลอดไต และส่วนของไตที่ทำหน้าที่กรอง (Tubules and Glomeruli) ในคนอายุ 70 ปี จำนวนโกลเมอรูลัสจะลดลงถึง 30 - 50 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับคนรุ่นหนุ่มสาวที่มีสุขภาพปกติ ทำให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียของไตลดลง และปริมาณยูเรียในเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นพบว่า อาการท้องผูกเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ แต่จะมีสาเหตุมาจากรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการออกกำลังกายเพียงพอ หรืออุปนิสัยที่เป็นมาแต่ดั้งเดิมมากกว่าจะเป็นผลมาจากการมีอายุเพิ่มขึ้น (เอี่ยมพร ทองกระจาต, 2525)

1.8 ระบบการหายใจ พบว่า มีการเสื่อมของเซลล์ ชนิดอีพิทีเลียม (Epithelium) ซึ่งปกคลุมผนังของทางผ่านอากาศหายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด กล้ามเนื้อเยื่อของระบบการหายใจร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผนังกล้ามเนื้อทรวงอกมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพราะกระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลงทำให้ความจุปอดลดน้อยลง มีความรู้สึกเหมือนหายใจไม่เต็มปอด ไม่เพียงพอที่จะถ่ายเทปริมาณอากาศในปอดให้เต็มที่ มีความรู้สึกเหมือนหายใจช้าลงทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอหรือน้อย มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง คั่งนั้นจึงมักพบว่า ผู้สูงอายุเหนื่อยง่ายติดเรื้อรังได้ง่ายและรุนแรง จากกลไกการป้องกันการติดเชื้อของ

ระบบนี้เสื่อมสภาพลง นอกจากนั้นพบว่า ภาวะหลังโกง (Hyphosis) ทำให้เพิ่มข้อจำกัดในการหายใจ ซึ่งขึ้นพบได้ถึง 86 % ของคนชราที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเสื่อมเช่นเดียวกับระบบอื่น ๆ ซึ่งมีผลอย่างมากต่อร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่อมไร้ท่อที่สำคัญ ได้แก่ ต่อมไค้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต และต่อมเพศ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงคือ

ต่อมไค้สมอง โดยเฉพาะส่วนหน้าจะมีการงอกเกินและมีคอลลอยด์ (Colloid) เพิ่มขึ้นทำให้มีการเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว การผลิตฮอร์โมนต่ำลง

ต่อมไทรอยด์ มีขนาดเล็กลงหลังอายุ 50 ปีไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนลดลง ซึ่งอาจจะเป็นผลให้เมื่ออาหาร ตาขุ่นมัวและผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะต่อมไทรอยด์ เป็นพิษ เนื่องจาก ส่วนประกอบของฮอร์โมนที่ผลิตจากต่อมไทรอยด์คือน้ำตาล

ต่อมหมวกไต หลังอินสุลินน้อยลงการนำน้ำตาลไปใช้ให้เป็นประโยชน์จึงมีน้อยทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นเบาหวานอย่างอ่อน ๆ ได้หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

ต่อมเพศ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเพิ่มขึ้นในต่อมเพศ และรบกวนการทำงานของเนื้อต่อม แต่ในเพศหญิง รังไข่จะหยุดผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน เมื่ออายุประมาณ 45 - 50 ปี ผลที่ตามมา คือ มีการหย่อนของกล้ามเนื้อกระดูก ช่องคลอด และทรวงอก หมดประจำเดือน และความรู้สึกในทางเพศ เปลี่ยนแปลงไปซึ่งส่วนใหญ่จะลดลง สำหรับเพศชายเชื่อว่า การทำงานของต่อมเพศ ก็จะมีการเสื่อมลงเช่นกัน แต่ไม่ถึงกับหยุดทำงานไปอย่างรังไข่ การหลังฮอร์โมนแอนโดรเจน (Androgen) ลดลง อวัยวะเพศเหี่ยวและความรู้สึกทางเพศลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการยืนยันว่า การผลิตฮอร์โมนของเพศชายจะหมดเมื่อไร ดังนั้นจึงอาจพบความสนใจในเรื่องเพศของผู้สูงอายุชายได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพการสูญเสียบทบาทหน้าที่ สถานะทางสังคมประกอบกับผลกระทบทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ ความจำ สติปัญญา การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และความเจ็บปวดแสบเคืองใจ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ความจำ ความจำเสื่อมลดลงเป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่ วัชสูง อายุ ความจำต่อสิ่งใหม่ ๆ มีน้อย กระบวนการจำทำได้ในระชะสั้น ลืมเหตุการณ์ปัจจุบันหรือที่เพิ่งเกิดขึ้นง่าย แต่พบว่า จะจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี การมีชีวิตอยู่กับอดีตและความหลังเป็นสิ่งปกติวิสัยในผู้สูงอายุ ลอเรนซ (Lawrence. 1972) ได้เสนอแนะว่า วิธีและเทคนิคในการช่วยความจำของผู้สูงอายุ โดยอาศัยเนื้อความสำคัญในการบอกเล่า นั้น ๆ เป็นประเด็น ๆ ไป

สติปัญญา ความรวดเร็วของการใช้ความคิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความแม่นยำยังคงมีเท่า ๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นหรือใช้วิจารณ์ญาณได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยความสุ่ม ประสพการณ์ และความรู้ อันได้รับการสะสมมา เป็นระยะเวลาอันยาวนาน ความสามารถในการคำนวณและวิเคราะห์สิ่งต่างๆ อาจลดลงแต่ความรู้ทั่วไป และที่เกี่ยวกับภาษาอังกฤษมีอยู่จนกระทั่งในบั้นปลาย

การเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความทรงจำ ซึ่งมักจะลดน้อยลงในวัยชรา มโนทัศน์ต่าง ๆ ที่ค่อนข้างซับซ้อนผู้ชราจะเรียนรู้ได้ยาก การขาดแรงจูงใจประสพการณ์ หรือพฤติกรรมที่เคยผ่านหรือเรียนรู้มาบ้างแล้ว จะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ในขณะนี้

บุคลิกภาพ ลักษณะและรูปแบบที่เห็นมาแต่ดั้งเดิมของบุคลิกภาพจะยังคงไว้ได้แต่ลักษณะเด่นเฉพาะ (Predominating traits) จะแสดงออกมากยิ่งขึ้นในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม อิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจก็อาจมีผลต่อบุคลิกภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุได้

ความเหงาเหงาเดียวดาย (Loneliness) การขาดการสนองตอบได้ทางอารมณ์ (Emotional Deprivation) และการตัดทอนค่าใช้จ่ายลง เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุพึงต้องประสบ และจะต้องปรับตัวให้ได้ จากการศึกษาพบว่า ในวัยสูงอายุนี้นักส่วนใหญ่ร้อยละ 42 เป็นหม้ายนั่นเอง ฉะนั้นวัยนี้ต้องพบกับการสูญเสียที่ใหญ่ในช่วงชีวิตคือ การสูญเสียคู่สมรส ซึ่งจะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ รวมทั้งเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน จะล้มหายตายจากไปบ้างแล้ว ที่เหลืออยู่ก็อาจจะขาดการติดต่อเนื่องจากสุขภาพที่ไม่อำนวยในการเดินทาง จึงต้องอยู่อย่างเหงาหงอย ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต มีอารมณ์จวนเจียวโกรธง่าย สิ้นหวัง และอาจเป็นสาเหตุทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งอ่อนแอลงได้อีก (บรรณ สุทธิพานิช. 2525)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change) สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีปฏิกริยาโต้ตอบ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกร่วมกันเป็นสมาชิกของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคมในผู้สูงอายุ ก็เช่นเดียวกัน ต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม ในครอบครัวและสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ความสามารถในการ

ร่วมกิจกรรมข้างลง ความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ และผู้สูงวัยกว่า ก็ขาดความมั่นใจในหลายด้าน เช่น เนื้อเรื่องในการสนทนาทำให้ต่างหลีกเลี่ยงที่จะสนทนากัน หรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกัน สภาพเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอดอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม นอกจากนี้ การที่มีค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ ๆ เข้ามาแพร่ขยายอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุกับผู้เยาว์วัยกว่า มีความสัมพันธ์ห่างกันมากขึ้น ขาดความเข้าใจระหว่างกันมากขึ้น ระบบการเคารพผู้อาวุโสก็มีน้อยลง (กรมการแพทย์, 2526)

พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2523) ได้วิจัยเกี่ยวกับความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนและปัญหาบางประการของผู้สูงอายุในประเทศไทย สรุปได้ว่าผู้สูงอายุไทยเชื่อว่า ตนเองยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวมากกว่าสังคมโดยรวม เพราะมีชีวิตผูกพันกับครอบครัว และรักที่จะอยู่กับครอบครัว ส่วนสถานภาพในสังคมนั้น ผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองกำลังได้รับความเคารพนับถือจากคนหนุ่มสาวในปัจจุบัน คนี้อยลงนอกจากนั้น เกษม ดันติศลาชีวะ และ กุลชา ดันติศลาชีวะ (2528) กล่าวถึงวัยสูงอายุนับจาก 60 ปีขึ้นไปว่า จะเป็นระยะ ออกจากสังคมซึ่งมี 2 กรณีคือ กรณีแรกเป็นข้อกำหนดของสังคมให้ต้องออกจากบทบาท และกรณีที่สองออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามวัย โดยละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกผู้สูงอายุของครอบครัว

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งทางด้านสรีรภาพ ซึ่งได้แก่ ทุกกระบวนหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจและสังคมจะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลงและการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล จะมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่อง จากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต่างก็มีการเสื่อมถอยของร่างกาย สิ่งแวดล้อมทั้งที่มีชีวิต และ ไม่มีชีวิต ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม แตกต่างกันไป ตลอดจนการมีพฤติกรรมที่จะดำรงและรักษาซึ่งภาวะสุขภาพตนมากน้อยแตกต่างกันด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออัตราความสูงอายุ

เบอร์ลีเออร์ (Bourliere, 1973) ได้อธิบาย มนุษย์มีความแตกต่างกันออกไปในอัตราของความชราหรือความสูงอายุ และได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออัตราความชราเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ปัจจัยที่ไม่มีชีวิต (Abiotic Factors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและเคมี เช่น ภูมิอากาศ รังสี ภาวะมลพิษ เป็นต้น
2. ปัจจัยที่มีชีวิต (Biotic Factors) ได้แก่ สิ่งมีชีวิตต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน ภายในนอกของมนุษย์ เช่น เชื้อโรค พยาธิ เป็นต้น

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-Economic Factors) ได้แก่สภาพหมุนเวียนเปลี่ยนผันทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อความแข็งแรงหรืออ่อนแอของร่างกายและจิตใจมนุษย์ ความเครียดที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะที่เด่นชัดในสังคมอุตสาหกรรมทำให้มนุษย์นั้นแก่เกินอายุ

จากการอธิบายจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออัตราความชรา ซึ่งได้แก่ปัจจัยที่ไม่มีชีวิต ปัจจัยที่มีชีวิต และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นที่อยู่ในแวดล้อมของมนุษย์ ซึ่งหากที่จะหลีกเลี่ยง ดังนั้นการลดอัตราความชรา เพื่อดำรงและส่งเสริมสุขภาพนั้น ควรคำนึงถึง การเผชิญกับปัจจัยดังกล่าว

การดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10) ได้มีการให้ความหมายในทัศนะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

เลวิน (Levin. 1976 : 11) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ(Health Promotion) การป้องกันโรค (Health Prevention) และการวิเคราะห์โรค (Disease Detection) รวมทั้งการรักษา (Treatment) ในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

สำหรับในประเทศไทย ก็มีผู้กำหนดคำนิยามหรือประมวลความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้ คือ

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 10-11) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอันได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สุขภาพหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง และได้มีการรวบรวมคำนิยามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่ให้ไว้โดยนักวิชาการต่าง ๆ ดังนี้

ฮิกคีย์ (Hickey) มองพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะ จึงการตอบสนองอย่างต่อเนื่องต่อการเจ็บป่วยของปัจเจกบุคคล ตลอดจนกลยุทธที่จะรับและกระทำในการบำรุงดูแลสุขภาพ

คีน (Dean) ได้บรรยายไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ถูกหล่อหลอมโดยภาวะเงื่อนไขทางสังคมที่ซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่ส่งผลมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายภาพและจิตวิทยา ทั้งนี้ คีน (Dean) ได้ขยายความว่า การดูแลตนเองจะเกี่ยวข้องกับช่วงของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปัจเจกบุคคลได้กระทำที่จะส่งเสริมสุขภาพ ประเมินอาการเจ็บป่วยและฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้กระทำโดยชาวบ้าน โดยทั่ว ๆ ไปด้วยตนเอง ซึ่งรวมถึงการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใด ๆ และการกำหนดโดยตนเองว่า จะกระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันการเจ็บป่วย

ฮัง (Huang) ได้นิยามว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการตัดสินใจที่จะตอบสนองต่อการรับรู้อาการ ซึ่งครอบคลุมถึงประสบการณ์ที่เคยเกิดการเจ็บป่วย การวินิจฉัยตนเองและการตัดสินใจในการที่จะมีปฏิกริยาสนองต่ออาการเหล่านั้น ซึ่งมักจะถือว่าเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่ดีที่สุด สำหรับภาวะที่ร่างกายจะสามารถจำกัดได้ หรืออาจจะทำการบำบัดรักษาด้วยตนเองในรูปแบบต่าง ๆ โดยไม่ได้รับคำแนะนำของแพทย์ หรืออาจจะเริ่มมาจากความพยายามในการดูแลตนเองก่อน แล้วจึงตัดสินใจไปหาความช่วยเหลือจากแพทย์ได้

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน(2535 : 11) ได้ประมวลเป็นคำจำกัดความ การดูแลสุขภาพตนเอง ว่าหมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุม ถึงการทำนุบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตัวเอง และการปฏิบัติการติดตามผลหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมีแบบแผนตายตัว นอกจากนี้ก็ได้ประมวลแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากวิชาการในสาขาต่างๆแล้วสรุปเป็นคำนิยามดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การบำบัดรักษาตนเอง (Self Treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็นฐานล่างสุดหรือข้อหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้บริการโดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชากร และในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบ ๑๗ อย่าง ที่มี ความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

จากคำนิยามทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรคและการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพตนเอง (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535: 5-6)
เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้

1. ประชาชนมีความรู้ ความสามารถ และมีเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
วินิจฉัยโรคเบื้องต้นและรักษาอาการของโรคในเบื้องต้น ตลอดจนแก้ไขความเจ็บป่วยและดูแล
สิ่งแวดล้อมได้

2. ระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของรัฐ โดยเฉพาะที่ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน โดยจัดบริการอย่างผสมผสาน มีคุณภาพตลอดจนมีระบบส่งต่อผู้ป่วย

3. การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง เป็นไปอย่างผสมผสาน สอดคล้องเกื้อกูลกันอย่างเป็นระบบ

ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง

ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 7 - 8) ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนนานับประการคือ

1. จะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชนให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่นการแปรงฟัน ล้างมือ อาบน้ำ และการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น

2. เพื่อเป็นการป้องกันตนเอง ไม่ให้เกิดโรค และความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคคอติบ ไอกรณ บาดทะยัก โรคหัวใจที่เกิดจากสารโคเลสเตอรอลในอาหารประเภทไขมัน การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนได้ ด้วยตนเอง การที่ประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้นั้น ประชาชนต้องมีความรู้และความสามารถ นอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วยภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมเดียวกัน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่นการเรียนการสอนในโรงเรียน บทความข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุและโทรทัศน์ ประชาชนจึงจะสามารถวิเคราะห์และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้

4. เป็นการคัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ ให้เหมาะสมกับสภาวะการณที่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตระยะสุดท้ายซึ่งการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้หายจากโรค แม้ว่าจะขัดต่อการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม

5. สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแล ในกระบวนการการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสุรา กลุ่มเลิกบุหรี่ กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพของคนสูงอายุ เป็นต้น

ซึ่งผลจากการพยายามที่จะสนับสนุน ให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นอย่างกว้างขวางเพราะคำนึงถึงประโยชน์มหาศาลที่จะมีต่อประชาชน และนอกจากนี้ยังเห็นว่าแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเปรียบเสมือนมาตรการรอบจักรวาลที่จะนำมาแก้ไขระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นปัญหาของประเทศอยู่ในขณะนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่ง สุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล จึงเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ และแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนี้ได้ถูกนำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติในปัจจุบัน คือมุ่งเน้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเองของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน

โอเรม (Orem, 1980 : 35) ได้เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการพยาบาล เมื่อ ค.ศ. 1959 และถือเป็นรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษานำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลกว่า 20 ปีแล้ว การดูแลตนเองตามความหมายของโอเรม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และยังมีได้กำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองว่า (1) เป็นไปเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข (2) เพื่อคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม (3) เพื่อป้องกันควบคุมบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บและอันตรายต่าง ๆ และ (4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองนั้นเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Demands)

ในทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1980 : 41-51) ความต้องการดูแลตนเองเป็นจุดมุ่งหมาย หรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการ สำหรับการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยเจตนาที่กระทำโดยตนเอง หรือเพื่อนตนเอง ความต้องการดูแลตนเองของมนุษย์แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้กระบวนการดำรงชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข
2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Development Self Care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิตได้แก่ การตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานะการณที่มีผลต่อพัฒนาการนั้นๆ
3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย ไม่สามารถจะประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม และการบำบัดรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

ความต้องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ผู้สูงอายุ จะต้องการกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะ พัฒนาการ ในการคงไว้ซึ่ง การมีสุขภาพดี และความผาสุกในชีวิตอาจสรุปได้ดังนี้

1. คงไว้ซึ่งอาหารได้รับ อาหาร และน้ำ อย่างเพียงพอและเหมาะสม ซึ่งการเลือกรับประทาน อาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุทั่วไปคือ ในอาหารจำนวน 12 ส่วน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหาร ประเภท เนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อวัว หรือตัว ไข่ ประมาณ 2 ส่วน ผักสด และผลไม้สด ประมาณ 4 ส่วน ข้าวประมาณ 4 ส่วน และนมประมาณ 2 ส่วน (Fleck, 1976 ; citing Maguire. 1985: 134) อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึง อายุ ภาวะสุขภาพ และเพศของผู้สูงอายุด้วย (Robinson and Lawler. 1982 ; citing Maguire. 1985 : 134) และได้กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพปกติโดยทั่วไป มีความต้องการพลังงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุระหว่าง 51-75 ปี จะมีความต้องการพลังงานเฉลี่ยวันละ 2,400 กิโลแคลอรี ส่วนผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุ 76 ปีขึ้นไป จะมีความต้องการพลังงานเฉลี่ยวันละ 2,051 กิโลแคลอรี และในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 51-75 ปี จะมีความต้องการพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,800 กิโลแคลอรี ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 76 ปีขึ้นไป จะมีความต้องการพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,600 กิโลแคลอรี นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงการจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์ และควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม โปตัสเซียม เช่น กุ้ง ส้ม อาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ตับ เนื้อไก่ เป็นประจำทุกวัน

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อย วันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 500-2,000 มิลลิลิตรต่อวันหลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม และสุรา (ประไพศรี สิริจักรวาล และ ประภาศรี ภูเสถียร. 2533 : 296-306)

2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและระบายให้เป็นไปตามปกติ ควรป้องกันภาวะท้องผูกโดยการเลือกรับประทานอาหารดังกล่าว เพื่อจะได้มีกากใย และการดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นไปได้อย่างสะดวกขึ้น ในผู้สูงอายุเพศหญิงมักมีปัญหาในเรื่อง การถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย เนื่องจากกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากการที่กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนเป็นผลจากการคลอดบุตร จึงควรขมิบก้นบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ส่วนผู้สูงอายุเพศชายมักจะมีปัญหาเรื่องต่อมลูกหมากโต ทำให้ปวดถ่ายปัสสาวะบ่อย แต่ถ่ายปัสสาวะไม่ค่อยออก ซึ่งถ้ามีอาการมากควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อรับการผ่าตัดแก้ไข

3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้สูงอายุควรได้นอนหลับ ประมาณวันละ 5-6 ชั่วโมง และอาจงีบหลับในเวลากลางวัน ส่วนการออกกำลังกายนั้น ผู้สูงอายุ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีโอกาสทำให้หกล้มได้ง่าย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น ควรทำให้ชีพจรเพิ่มขึ้น โดยคำนวณได้จากการนำอายุไปลบออกจาก 220 จึงจะได้อัตราเร็วต่อนาทีของ

ชีพจรที่เหมาะสม (Esberger and Hughes, 1989) และควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง

4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีเวลาเป็นส่วนตัว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ควรได้มีการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยการให้มีเวลาเป็นของตนเอง มีเวลาในการติดต่อ และรักษาไว้ซึ่งมิตรภาพที่เคยมีอยู่แล้ว ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้มีเครือข่ายสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจเป็นการช่วยเพิ่มแรงงูใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ จากการที่ได้มีการพัฒนามาก่อนแล้ว

จะเห็นได้ว่าความสำคัญของการมีกิจกรรมกับการพักผ่อน และการมีเวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้น ได้สอดคล้องกับ งานวิจัยเชิงคุณภาพของมิลเลอร์ (Miller, 1991 : 38-51) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 6 คนพบว่ามียปัจจัย 2 อย่างที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการรับรู้ความผาสุกในชีวิต ปัจจัยแรกคือการมีกิจกรรมในสังคมและการพักผ่อน ผู้สูงอายุได้บรรยายว่า เขาพยายามหางานทำไม่ให้ว่าง เช่น อ่านหนังสือเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ที่มีในสังคม เช่น ฟังคอนเสิร์ต เล่นดนตรีและได้ทำกิจกรรมเหล่านี้มาอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานาน จนบางคนได้ประเมินว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน และบางคนคิด ว่าการได้ทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการได้ช่วยเหลือสังคม และบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเองนอกจากนี้ ผู้สูงอายุประเมินว่าการพักผ่อนก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต เขามักจะใช้วิธีการวิ่งเหยาะๆ ตอนเช้าเป็นประจำทุกวัน เล่นกอล์ฟ เป็นต้น ปัจจัยที่สองคือ การมีเครือข่ายในสังคมเป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน ซึ่งผู้สูงอายุได้บรรยายว่า การมีชีวิตอยู่คนเดียวจะเป็นชีวิตที่เหงา และเปล่าเปลี่ยวมากควรได้มีการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมเช่น การเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญต่อบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตรหลาน และเพื่อนสนิทเนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ดังนั้น การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้จะทำให้เกิดพลัง มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งในตนเองสูง และเกิดความผาสุกได้

5. ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพของตนเอง จากวัยสูงอายุ จะมีความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท ทำให้ตามัว หูตึง การทรงตัวไม่ดี ประกอบกับการมีกระดูกเปราะบาง ซึ่งอาจหักได้ง่ายเมื่อล้ม ดังนั้น จึงควรได้มีการจัดการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุบางคนได้ฝึกการใช้ไม้เท้าในการช่วยเดินเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้ควรตรวจสุขภาพปีละ 2 ครั้งเพื่อป้องกันอันตรายจากโรคต่างๆ หรือจากความเสื่อมที่รุนแรงขึ้น

6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง โดยการยอมรับอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตน ยอมรับข้อจำกัดจากการที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวที่ลำบาก ความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง แต่ยังคงไว้ซึ่ง

ทัศนคติที่ดีต่อชีวิตมองเห็นชีวิตของคนมีความหมาย มีคุณค่า และคงการมีส่วนร่วมภาพที่ดี ให้ความสนใจกับบุคคลอื่นๆ

7. ยอมรับต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงต่างๆของสังขารตนเอง การสูญเสียงานและผู้ใกล้ชิด หรือแม้กระทั่งความเจ็บป่วยต่างๆในขั้นสุดท้ายที่จะต้องตาย โดยการปรับทัศนคติให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของตนอย่างเหมาะสม

จะเห็นว่าความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นมาก แต่ขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองกลับลดลง จากการเสื่อมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุ ต้องมีการแสวงหาแนวทางในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ที่เพิ่มขึ้น การที่จะตอบสนองได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความต้องการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic Self-Care Demand)

ความต้องการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด หมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระลอกหนึ่ง เพื่อจะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง อาทิ เช่นความต้องการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Primary Prevention Self-Care Demand)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคล ที่จะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองจะควบคู่ไปกับการเรียนรู้ และวัฒนธรรม ซึ่งจะแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคล (Orem. 1980 : 129)

ฉะนั้น บุคคลเมื่อเจ็บป่วย จะมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demands) เกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความ เป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ ก็จะบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง คือภาวะสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคล ที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการ ซึ่งก่อให้เกิดความสุข ความสามารถในการดูแลตนเองจะแตกต่างกันไปตามวัย ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการเรียนรู้ ประสบการณ์ชีวิต สังคม วัฒนธรรม และการใช้แหล่งประโยชน์ในการดำเนินชีวิต (Orem. 1991 : 145) สำหรับผู้สูงอายุนั้น มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงและมักจะมี ความเจ็บ

ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่สามารถปรับตัวได้ดี โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของตน และยังมีผู้สูงอายุอีกเป็นจำนวนมากที่ังไม่สามารถพัฒนาความสามารถของตนได้อย่างเพียงพอ ดังในการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2532 : 101) พบว่าผู้สูงอายุไทยกว่าครึ่งไม่มีการเตรียมตัวเพื่อดำรงชีพเมื่ออายุมาก ทั้งๆที่ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญ จึงทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ สุขภาพกาย สุขภาพจิต นิรนาท วิทชโชกิตติคุณ (2534) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ ร.พ.สวรรค์ ประชากรัยจำนวน 120 คน พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบในปัจจุบันคือ การมีโรคประจำตัว อยู่โรคโดยพบร้อยละ 32.5 ซึ่งมักจะเป็นโรคกระดูกและข้อ และยังพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จ.หนองคาย จำนวน 106 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองสูง

การขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

การขาดการดูแลตนเอง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น

โอเรม (Orem, 1980 : 130) ได้กล่าวถึง การขาดการดูแลตนเองว่าเป็นผลเนื่องมาจากสุขภาพของบุคคล หรือมีความจำกัดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเองได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ในส่วนของประเทศไต้หวันได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

พิมพ์วลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530 : 238) ได้สรุปว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมที่ครอบคลุมไปถึงการดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health or Normal State) และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness State)

มัลลิกา มัติโก (2533 : 49 - 51) จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะคือการดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Normal State) และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) การดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรค ออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกัน ที่มีเป้าหมายต้องการชะลอการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเองหรือจากครอบครัวหรือจากเครือข่ายสังคม พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกันคือ การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care From the Extended Social Network) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่ม หรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid or Self Help Group)

นอกจากนั้นคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 16) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Influence on Self-Care Behavior) กับลักษณะสังคมไทยไว้ดังนี้

1. ความรู้สมัยใหม่และความรู้พื้นฐาน (Modern and Traditional Knowledge) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ของชุมชนทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่ และระบบดั้งเดิมโบราณนั้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมาก เพราะทุกสังคม วัฒนธรรมต่างมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (Concept of Health) และแนวคิดด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อการประพฤติปฏิบัติด้านสุขภาพของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ ดังนั้น องค์ความรู้ด้านสุขภาพในกระแสวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมและสมัยใหม่ จะมีส่วนส่งผลต่อการเลือกถือปฏิบัติในส่วนที่จะมีผลต่อการทำนุ บำรุง ดูแล รักษา สุขภาพของตนเอง และครอบครัวมานานแล้ว

2. ความรู้ในระดับครอบครัว (Family Knowledge) โคชลักษณะทางสังคมของครอบครัวไทย นั้นเป็นแบบครอบครัวขยาย (Extended Family) และแม้ว่าแนวโน้มจะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) มากขึ้นก็ตาม ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ (Kinship) ยังคงมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมอนามัยของชาวบ้าน การถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพ (Culture of Health) จากบรรพบุรุษสู่สมาชิกในครอบครัว ยังผลให้เกิดการยึดถือเป็นแบบแผน ประเพณี การปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ การดูแลหลังคลอด เช่น การอยู่ไฟ การงคของแสง เป็นต้น

3. ระบบอนามัยที่เป็นทางการ (Formal Health System) ระบบการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศซึ่งมีทั้งส่วนของภาครัฐ และเอกชนเปิดโอกาสให้ ประชาชนเลือกใช้บริการตามฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานความรู้และการเข้าถึงทางสังคม แม้ว่าบริการของรัฐจะสามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ จนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบลคือ สถานีอนามัยก็ตาม แต่ขณะเดียวกันบริการของภาคเอกชน เช่นการจำหน่ายยา ก็มีอยู่ในทุกระดับ และการควบคุมที่ไม่ทั่วถึง ประกอบกับการโฆษณาชวนเชื่อ และผลการลอกเลียนแบบ (Demonstration Effects) ยังผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างสับสน และเลือกใช้บริการในลักษณะที่ไม่ค่อยเหมาะสมตามความจำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

4. แรงกดดันทางวัฒนธรรม และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Cultural Pressure and Peer Influence) นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติด้านการดูแลตนเอง เช่น อิทธิพลด้านความเชื่อทางศาสนากับการยอมรับ การวางแผนครอบครัวของกลุ่มศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมการบริโภคของชาวบ้าน เกี่ยวกับการบริโภคอาหารดิบ ๆ สุก ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น อันเนื่องมาจากอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคท้องร่วงในเด็ก ที่ถือว่า เป็นการแสดงของขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนาการของเด็ก เป็นต้น

5. การมีผลบังคับใช้ของกฎหมาย (Legislation Environment) มาตรการการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ครอบคลุม เสมอภาค และมีประสิทธิภาพ ยังผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนมาก เฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่สังคมมีความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ประชาชน สังคม อย่างรวดเร็ว เช่น ปัจจุบันหากการบังคับใช้ของกฎหมายไม่เกิดผลอย่างเสมอภาค และสภาพกฎหมายที่ล้าสมัย มาตรการในการการควบคุมทางสิ่งแวดล้อม และการคุ้มครองผู้บริโภคก็ย่อมมีความบกพร่อง และส่งผลต่อการดูแลตนเองของประชาชน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคาร ที่อยู่อาศัย การกำจัดสิ่งปฏิกูล เป็นต้น

6. กลุ่มผลประโยชน์ และกลุ่มวิชาชีพ (Interest Groups and Professional Group) นับว่ามีอิทธิพลสูงต่อการดูแลตนเองของประชาชน เพราะการดูแลด้านสุขภาพของตนเองนั้น โอกาสที่กลุ่มผล

ประโยชน์จะสามารถทำเงินจากความตื่นตัวด้านสุขภาพ จะโดยที่ชาวบ้านมีความรู้ หรือการขาดข้อมูล ข่าวสารก็ตาม นับว่ามีโอกาสอยู่มาก ดังปรากฏในข่าวหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับการค้ายา หรืออาหาร สงเสริมสุขภาพ เป็นต้น ในแง่ของกลุ่มวิชาชีพ เฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มที่อยู่ในแวดวงด้านการแพทย์และ สาธารณสุขนั้น ก็มีสวนอันสำคัญยิ่งในการส่งเสริมหรืออั้งยั้งการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ของประชาชน บุคคลเหล่านี้จะต้องมีความเชื่อและศรัทธาในความสามารถของประชาชนในการดูแลกันเอง และดูแล ตนเองมากขึ้น และส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่มีอยู่ ให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเอง มากขึ้น และลดการพึ่งพิงผู้ให้บริการ ทั้งยังเป็นการส่งผลให้เกิดการใช้บริการอย่างเหมาะสมตามความ จำเป็น ซึ่งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริงด้วย

7. เวลา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม(Time Resources and Environment) ก็เป็นองค์ประกอบที่ สำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน เวลาที่นับเป็นทรัพยากรที่สำคัญอีกประการหนึ่งใน ขณะที่ดินทุนของเวลา (Time Cost) มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากตามสภาพเศรษฐกิจ-สังคม ก็ย่อมมี ผลต่อสถานภาพทางสุขภาพของประชากร เช่น ภาวะความเครียด เนื่องจากการเร่งรีบการตัดสินใจของการ จรรยา การบีบรัดทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ซึ่งหนีไม่พ้นที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของ ประชาชน ในขณะที่เดียวกันความจำกัดในทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงในสภาพสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ก็อาจมี ผลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้งในเชิงบวก เช่น ให้ความสำคัญต่อการลดภาวะความเครียด โดยการ ออกกำลังกาย การทำสมาธิเพื่อลดความกระวนกระวายใจ ฯลฯ แต่ผลในเชิงลบก็อาจเกิดขึ้น เช่น การใช้ ยาหรืออาหารบำรุงเกินความจำเป็น การใช้สารเสพติด การเกิดอุบัติเหตุ ฯลฯ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 7 - 22)จากการที่มนุษย์มี ลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลตนเองเป็นรากฐานดั้งเดิม ประกอบกับการดูแลตนเองก็เป็นกลวิธี หนึ่ง ในการแก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เป็นปัญหาเรื้อรังในปัจจุบัน นอกจากสภาพ การณ์ดังกล่าวแล้วยังพบว่ามีปัจจัยบางประการที่ส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองขึ้น

1. การดูแลผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ให้การดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือน ผู้ป่วยเป็นเครื่องจักร ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้เกิดความชำนาญ เฉพาะทางขึ้น และนำไปสู่การแบ่งส่วนของการดูแลและรักษา โดยมีการแบ่งการรักษาเป็นส่วน ๆ เหมือนชิ้นส่วนของเครื่องจักรอย่างปราศจากความรัก ความเมตตา และความเข้าใจแพทย์จึงไม่สามารถ

แสดงบทบาทตามความคาดหวังของสังคม ความรู้สึกดังกล่าวเป็นพลังที่จะสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองกันมากขึ้น

2. การรักษาที่มีราคาแพง

การรักษาตามวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก บางครั้งเป็นการเสียเงินไปกับการรักษาที่ไม่จำเป็น เสียเงินไปกับวัฒนธรรมการสั่งยาของแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ก่อนที่จะมาพบแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

3. ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย

การแพทย์สมัยใหม่พยายามค้นหาวิธีการจัดการ กับความเจ็บป่วยด้วยการศึกษาถึงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในสภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถจำแนกความแตกต่างของโรคแต่ละชนิด รวมถึงการพยายามนิยามอาการของโรคให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของโรคบางโรคซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งวงการแพทย์สมัยใหม่ยังก้าวไปไม่ถึงระดับที่จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องยังมีอยู่มากมาย ทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะของความคลุมเครือและไม่แน่ใจว่าเป็นความเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ซึ่งลักษณะเช่นนี้ย่อมกระทบกระเทือนถึงบทบาทการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปหาแพทย์และใช้วิธีการดูแลรักษาด้วยตนเอง

4. แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป

ในระบือ่อกว่าปีที่ผ่านมา วิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถกำจัดและรักษาโรคได้แทบทุกชนิดซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการแก้ปัญหาของโรคติดเชื้อ แต่ปัญหาของโรคในปัจจุบันโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์สมัยใหม่เพิ่งค้นพบไม่สามารถจะแก้ไขได้ โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไไขข้ออักเสบ และโรคเกี่ยวกับระบบประสาท เป็นต้น ฉะนั้นในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจึงควรเป็นหน้าที่ของตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่จะให้การดูแลอย่างเหมาะสมที่สุด

5. ประชาชนมีความรู้ทางด้านการแพทย์มากขึ้น

ในอดีตที่ผ่านมา ความรู้ทางการแพทย์จะเป็นเรื่องที่ลึกลับยากแก่การอธิบาย ให้ประชาชนเข้าใจได้ แต่ปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น ประชาชนสามารถหาความรู้ได้จากวารสารทางการแพทย์ ตำราการรักษาที่ง่าย ๆ และจากรายการวิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งความรู้ที่ประชาชนได้รับ ประชาชนสามารถนำไปปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิตโดยมีจุดประสงค์เพื่อมีสุขภาพที่ดี อันเป็นความต้องการพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นที่สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองแล้ว ยังพบว่ามียุคที่เห็นด้วยกับการที่จะสร้างการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในสังคมได้ให้เหตุผลว่า เมื่อประชาชนรู้จักการดูแล

ตนเองแล้วจะช่วยลดการทำงานของแพทย์ในส่วนงานรักษาโรคที่ป้องกันได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในขณะที่เชื่อมกลุ่มวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ก็ควรทำหน้าที่เป็นที่เสียงคอยให้คำแนะนำ ฝึกอบรม และให้การช่วยเหลือ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

แม้ว่าจะมีการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นในสภาพสังคมปัจจุบัน แต่แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง แม้ในประเทศตะวันตกเองก็ตาม โดยเฉพาะในวงการวิชาชีพแพทย์ ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนประสบกับอุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองอาจไม่ประสบผลสำเร็จได้ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. บุคคลหมายถึง ชีพความสามารถของบุคคลในสังคมในการดูแลตนเอง ดูแลครอบครัวกลุ่มและชุมชน ซึ่งถ้าบุคคลในชุมชนขาดแนวความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องย่อมเกิดได้ยาก

2. สิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ของประชาชนถ้าทราบใดที่สังคมส่วนใหญ่ยังละเลยต่อสภาพแวดล้อม มีการทิ้งขยะละเอะลอะ สภาพความเป็นอยู่แออัด มีแหล่งน้ำโสโครก อากาศเสีย เป็นต้น เมื่อนั้นแม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นเพียงใด โดยไม่พยายามรักษาสุขภาพส่วนร่วมแล้ว การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยจะไม่มีความเป็นไปได้เลย

3. ปัจจัยด้านสรีระวิทยา ปัจจัยด้านสรีระวิทยา จะเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล อีกทั้งขีดความสามารถของบุคคล ปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากจะมีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดแล้ว ปัจจัยทางสรีระวิทยาก็มีส่วนกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ การดูดซึมอาหาร และการเผาผลาญอาหารของบุคคลในแต่ละวัยย่อมแตกต่างกัน เช่น ผู้ใหญ่อาจมีสุขภาพของร่างกายดีกว่าคนชรา หรือคนพิการ หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ไขข้ออักเสบ และภูมิแพ้ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อย่าง เช่น การที่สตรีได้รับสิทธิออกเสียงเลือกตั้งของสตรี การประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้เหมือนกับบุรุษทำให้สตรีตระหนักว่าตนมีความเสมอภาคเท่าเทียมบุรุษ ผลจากการออกไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิดดังแต่ก่อน ทำให้อำนาจของพ่อแม่ที่มีต่อลูกลดลง เกิดสภาพต่างคนต่างอยู่และหากภรรยาไม่ฐานะทางเศรษฐกิจเท่าเทียมสามี การเกรงใจก็ลดลง และนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้าง ใน

ที่สุดครอบครัวก็ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย สมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องพึ่งความช่วยเหลือจากสถาบันการแพทย์

5. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ในอดีตรูปแบบครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก ญาติ พี่น้องที่มีเวลาเพียงพอที่จะให้การช่วยเหลือ เอาใจใส่ด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องจากความจำกัดทางเศรษฐกิจ ความต้องการเป็นอิสระและพร้อม ๆ กันนั้นก็มีการใช้เครื่องไฟฟ้าผ่อนแรงเพื่อทำงานบ้าน ทำให้ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อแม่ และลูก บทบาทของครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิก จึงเปลี่ยนไปเป็นบทบาทของสถาบันทางการแพทย์มากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

1. ปัจจัยทางด้านบุคคล

1.1 อายุและเพศ

1.2 ระดับการศึกษา

2. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว

2.2 การสนับสนุนด้านกายภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินแรงกาย และคำแนะนำหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น

องค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์ประกอบของการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 การได้รับสารอาหารครบถ้วน

1.2 การนอนหลับ

1.3 การพักผ่อน

1.4 สิ่งแวดล้อมดี

1.5 สุขภาพอนามัยดี

1.6 การมีเพศสัมพันธ์

2. การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่

2.1 การสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

2.2 การส่งเสริมสุขภาพจิต

2.3 การผ่อนคลายความตึงเครียด

2.4 การให้กำลังใจ

2.5 การมีอารมณ์ขัน

ปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

เนื่องจากความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการในการที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น ปัจจัยทางชีวสังคม ก็มีส่วนสำคัญที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจ อันเป็นลักษณะประจำตัวของทุกคน

เพศ

นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีรภาพของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว(อานนท์ อาภาภิรม.2525 : 165) ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่บ้าน ดังนั้น เพศชายจึงมีความเป็นใหญ่และมีอำนาจในการตัดสินใจ ในขณะที่เพศหญิงก็ให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีผลกระทบต่อความสามารถ และบทบาทของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากในสังคม ซึ่งพบว่าเพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง (Niemi et al. 1988 : 1101 - 1107) และจากการศึกษาของ ลูเบน ไวเลอร์ และชาซ (Lubben, Weiler and Chi. 1989 : 731) ที่ศึกษาการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 1021 ราย พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรม และสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และสังคมมากกว่าเพศชายในขณะที่เพศชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง วอล์กเกอร์และคณะ(Walker et al. 1988 : 84) พบว่า เพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับ

ประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่าเพศชาย แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่พบว่า เพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ดังการศึกษาของ จินตนา รอดนำพา (2535 : 95) ได้ทำการ ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คนและ สิริินทร์ ศาสตรา ณ รักษ์ (2538 : 57) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย จิตสตร และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร จำนวน 155 คน พบว่าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิงโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยข้างต้นที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เพศต่างกัน เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลสุขภาพ เองของผู้สูงอายุ และได้ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันน่าจะมีความ สามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ

การศึกษา เป็นรากฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ถ้าขาดความรู้ บุคคลก็ไม่สามารถจะตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ไม่สามารถทำงานเพื่อเพิ่มพูน รายได้ และไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยได้ (ณรงค์ เทียนส่ง, 2519 : 696) การศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูง ย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้ สูงขึ้น และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุ การณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหา (Jalowice and Powers, 1981 : 10 - 15) เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมี โอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพเอง เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพ เอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของ เครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพเอง ผลการศึกษาของ เรมวธ นันทสุวัฒน์ (2524) ในผู้ป่วยเบาหวาน รัตนา มาศเกษม (2527) ศึกษาในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู ภัทรา จุลวรรณ (2529) ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรค จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และจอนพะจง เพ็งจาด (2533) ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาสอดคล้องกัน คือ ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ ชมดิษฐ์ (2533) สนธยา พิรัชกุล (2533) ที่พบว่า ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการดูแลสุขภาพ และจากการศึกษาของ พาลมอร์ และลูการ์ท (Palmore and Luikart, 1972 : 76) วิลลิสและไครเดอร์ (Willits and Crider, 1988 : s174) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและฐานะทาง เศรษฐกิจดีประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

สิรินทร์ ศาสตราวุธ (2538: 62) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส

โอเร็ม(Orem. 1985 : 91 - 120) ได้เน้นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพันเป็นเพื่อน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะส่งเสริมการใช้ความสามารถ หรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อรวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ จะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิต หรือไม่มีคู่ชีวิตจะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อนซึ่งเข้าใจกันดีมาเป็นเวลานาน การสูญเสียนี้เป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่างๆ อ่อนแอลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2527 : 67 - 68) สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul. 1988) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง และยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองและยังเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทโชกิตติคุณ (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองดังในการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดก้นเรื้อรัง พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม และกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และสเปคค์ (Speake. 1987 : 28) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 118 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่กับ โสด หม้าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อารมณ์ วุฒิพฤษ และคณะ (2529-2530 : 39) ศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สิรินทร์ ศาสตราวุธ (2538 : 61) ศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าได้รับความรัก การดูแลอย่างดีในครอบครัว มีความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มั่นใจในตนเอง ถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่นในบ้าน สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลและการอยู่ร่วมกัน ในสังคม ถ้าครอบครัวสมบูรณ์ด้วยระเบียบและคุณธรรมอันดีทุกประการแล้ว สมาชิกแต่ละคนก็จะอยู่ในสภาพสมาชิกที่ดีของสังคมที่ใหญ่ขึ้นตามลำดับของความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่มากขึ้น สัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว ขึ้นอยู่กับความร่วมมือ ร่วมใจของสมาชิกแต่ละคน เพราะความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว จะช่วยให้ความเป็นอยู่ในครอบครัวราบรื่น และทุกคนมีความสุขกายสบายใจ และมีสุขภาพจิตที่ดี

ครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประการแรกที่มนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์ด้วยตั้งแต่แรกเกิด จะนั่นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู จึงมีความสำคัญต่อการหล่อหลอมบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่ง อีริคสัน(ประมวญ ดิลคินสัน. 2524 : 264) เชื่อว่าในช่วงวัยทารกตอนต้น ตั้งแต่แรกเกิดไปจนประมาณหนึ่งขวบ ถ้ามารดารักใคร่อุ้มชูและตอบสนองความต้องการของเด็กอย่างดี ช่อมจะต้องสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจในโลกและสิ่งแวดล้อมขึ้นในใจเด็กได้ แต่ตรงกันข้าม ถ้าเด็กถูกเลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลย ทอดทิ้ง และขาดความรัก ช่อมทำให้เด็กไม่ไว้วางใจในโลกที่ตนเองอยู่รวมทั้งผู้คนรอบตัวด้วย เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ก็จะหวาดระแวงไม่ไว้วางใจใคร มีพัฒนาการไม่สมวัย จนกระทั่งเข้าสู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และวัยชรา ก็อาจจะมีปัญหาของโรคจิตโรคประสาทตามมาได้

ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวจึงรวมถึง การกระทำของบุคคลในครอบครัวต่อผู้สูงอายุและของผู้สูงอายุต่อบุคคลในครอบครัว จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุขาดการดูแลหรือขาดความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ก็อาจทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

ฟรายด์แมน (Friedman. 1981) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า หน้าที่ของครอบครัว เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิด อุดมโนทัศน์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีชีวิตที่มีคุณค่า และเป็นแหล่งของการให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow and Wilson. 1961) ได้อธิบายถึงลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation) ว่าประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีการรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

นิตา ชูโต (2525) กล่าวว่า "คนชาวไทยส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติพี่น้องรวมอยู่ด้วยในครอบครัว ได้ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ เป็นส่วนใหญ่ การอยู่ร่วมกันนี้ ผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้คำปรึกษา และให้การช่วยเหลือลูกหลานเล็ก ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลานอยู่ในเกณฑ์ดี ลูกหลานแสดงความเอาใจใส่ เป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจและกำลังใจ ความสัมพันธ์สิ่งนี้ของครอบครัวและลูก ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้สูงอายุ" ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวซึ่งประกอบไปด้วย สามิ ภรรยา บุตรหลานที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการช่วยเหลือและดูแลเอาใจใส่กันนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จรรยา สุวรรณพัทธ์ (2523 : 54 - 56) ให้ความเห็นว่าความสัมพันธ์ที่ราบรื่นในครอบครัว จะเป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงได้สรุปถึงปัจจัยที่มีส่วนในการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวไว้ ดังนี้

1. สถานภาพทางเศรษฐกิจ-สังคมของครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวใดที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ไม่ขัดสน ขอมนำมาซึ่งความสงบสุขของครอบครัว เกิดความกลมเกลียวสามัคคีสมานกัน ในครอบครัว

✓ 2. การรู้จักบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนสามารถปฏิบัติการให้สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของตนเอง พ่อแม่มีหน้าที่ในการอบรมสั่งสอนบุตร โภชใช้เหตุและผล และบุตรเองก็มีหน้าที่เคารพเชื่อฟัง ให้การเลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อท่านเข้าสู่วัยชรา

3. การรู้จักลักษณะธรรมชาติและความต้องการมูลฐานของบุคคลแต่ละคนในครอบครัว พ่อแม่ ที่พยายามเข้าใจในลักษณะธรรมชาติของการเจริญเติบโต และมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กเมื่อเกิดปัญหา และบุตรหลานก็มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในบ้านให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ขอมมีส่วนร่วมช่วยสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดี

4. ความคงเส้นคงวาในการวางระเบียบวินัย ปัจจัยนี้ นับว่ามีอิทธิพลต่อบรรยากาศในครอบครัว โดยเฉพาะวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ขอมจะเกิดภาวะความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความสามารถที่เคยมีอยู่ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงในอารมณ์และความรู้สึกในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว

แนวโน้มของสัมพันธภาพในครอบครัว

ในวัยทารก ความสัมพันธ์ระหว่างทารกและครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น เพราะทารกเป็นศูนย์กลางความรักความสนใจ พ่อแม่ให้การดูแลอย่างเต็มที่ และเด็กมักได้รับการชกโทะยให้เมื่อกระทำในสิ่งที่ไม่สมควร ทั้งนี้เนื่องจากยังเล็กอยู่ แต่เมื่อเด็กโตขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวเริ่มเลวลงจากการที่พ่อแม่มีความเข้มงวด และมีการลงโทษ ขณะเดียวกัน ก็ลดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความอบอุ่นลง ความสัมพันธ์อาจดีขึ้นในระยะต่อมาเมื่อเด็กมีสังคมภายนอกบ้าน จนกระทั่งเมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ต่อมาเมื่อร่างกายเริ่มมีความสมดุลวัยรุ่นตอนปลาย จะเริ่มมีอารมณ์มั่นคงขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวก็ดีขึ้นเช่นกัน

นวลศิริ เปาโรหิตส์ และคณะ (2520 : 260) ได้กล่าวสอดคล้องกับเซอร์ลอคว่า เมื่อลูกหลานเติบโตขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่นจะค่อย ๆ ดีขึ้น แต่ก็ยังมีความสัมพันธ์เชิงอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจะเป็นไปอย่างราบรื่นและมั่นคงกว่า จนถึงในช่วงวัยรุ่นใหญ่และวัยรุ่นสูงอายุ บุตรหลานมีส่วนสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้แน่นแฟ้น เพื่อมิให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

จะเห็นได้ว่า ในอนาคตแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุ จากสมาชิกในครอบครัวเริ่มลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคมภายในครอบครัว ทำให้การดูแลผู้สูงอายุยากขึ้น ประกอบกับสภาพต่าง ๆ ในสังคมที่เกิดขึ้นเช่น การย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวจากชนบทมาสู่เมืองและความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าทำงานเชิงเศรษฐกิจมากขึ้น สภาพการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้ง ในอดีตสภาพชนบทมีความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวมา แต่โครงสร้างของครอบครัวเริ่มเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากที่ทำงานมีจำกัดทำให้บุตรหลานต้องย้ายถิ่นเข้ามาหางานทำในเมืองใหญ่ และทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุลำบากและขาดความอบอุ่น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาตามมา นอกจากนี้ในเขตเมือง ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว มีน้อยกว่าในชนบท แบบแผนประเพณี เรื่องความรับผิดชอบของครอบครัว การเลี้ยงดูอุปการะผู้สูงอายุเริ่มลดน้อยลง ในเขตเมืองส่วนใหญ่โครงสร้างครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว บุตรเมื่อแต่งงานแล้วมักจะแยกครอบครัวไปอยู่ที่อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งสิ้น และปัจจุบันจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมาอยู่สถานสงเคราะห์มากขึ้น เพราะขาดครอบครัว หรือในรายที่มีครอบครัวแต่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ถูกลูกหลานทอดทิ้ง บางคนอยู่ในสภาพที่เบียดเบียน กลุ้มใจ น้อยใจญาติ หรือขัดใจกับลูกหลานเป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปรากฏการณ์แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลทางสังคมที่ต้องการติดต่อหรือได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ความคิดหลากหลาย ดังกล่าว มีอาทิ เช่น คอบบี (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข่าวสารหรือข้อมูล (Information) ที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจมีคนชกชองและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่วนแคปแลนและคณะ (Kaplan et al. 1977 : 50 - 51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 2 ลักษณะ คือ บุคคลนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลอื่นและในการติดต่อสัมพันธ์กับคนในสังคม ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการ เกิดความพอใจ สันและคณะ (Lin et al. 1979:109) แสดงความคิดเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม คือการสนับสนุนที่บุคคลหาได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในสังคม ทั้งที่เป็นรายบุคคลหรือกลุ่มคน หรือชุมชนขนาดใหญ่ อับบาร์ดและคณะ (Hubbard et al. 1984 : 266) เสนอแนวความคิดเพิ่มเติมว่า การสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม ด้วย ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม มีลักษณะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก อาจมีการพึ่งพาอาศัยกัน ให้ความช่วยเหลือ ให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับในสังคม ชีวิตมีความหมายมากขึ้นและมีความสุข

แนวความคิดของนักวิชาการที่น่าเสนอมานี้ กล่าวโดยสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านกาย อารมณ์และสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดที่หลากหลาย การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม จึงจำเป็นต้องพิจารณาารวมกันหลายด้าน (Thoits. 1982 : 147) ไวส์ (Weiss.1974 : 17 - 26) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. ความใกล้ชิด ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ โดยส่วนรวม บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว เป็นต้น
2. การมีส่วนร่วมในสังคม แสดงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคนที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน ความสัมพันธ์ในกลุ่มนี้มักพบในกลุ่มเพื่อน
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ต้องดูแล

รับผิดชอบบุคคลอื่น

4. การได้รับการยอมรับ เกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถกระทำได้ตามบทบาทของตน จะทำให้เขาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

5. การได้รับความช่วยเหลือโดยเฉพาะที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือที่ยาวนานได้

ส่วนคobb (Cobb. 1976 : 300 - 301) สรุปการแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมของเขาออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Support) ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่ ชนิดที่สอง คือการได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (Esteem Support) และชนิดสุดท้ายคือการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) ทำให้มีความผูกพันและมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House. 1981 : 15 - 26) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม เป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจ และความสนใจ
2. การได้รับความช่วยเหลือ ด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support)
3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง ก่อให้เกิดความมั่นใจ ความรู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม
4. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นข้อมูล หรือข้อเสนอแนะ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ

นักวิชาการหลายคนพยายามศึกษาผลกระทบการทำงาน หรือกระบวนการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา นักวิชาการอธิบายว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ (House. 1981 : 30-38) คือ

1. กลไกการทำงานของกระบวนการสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งส่งเสริมภาวะปกติ การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง

และมีส่วนร่วมในสังคม ผลต่อภาวะสุขภาพนี้เป็นผลดีไม่เกี่ยวข้องกับความเครียดเฮาส์ อธิบายว่า ในคนที่มีความเครียดต่ำหรือไม่มีเลย ในขณะที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง บุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพที่เป็นปกติสุขสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงผลกระทบโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพ และ เฮาส์ ยังพบว่าอัตราของภาวะสุขภาพเสื่อมโทรม (Poor Health) จะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อการสนับสนุนทางสังคมลดลง

2. กลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการลดความเครียด โดยตรง และอีกบทบาทหนึ่งของการสนับสนุน คือเป็นตัวกันชน (Stress Buffering) ที่ลดซับผลกระทบที่เกิดจากความเครียด และลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย (สาวิตรี ลิ้มช้อยธมเรือง. 2535 : 88 ; citing Berkan.1984 ; McNett.1987 ; Broadhead et al. 1983 ; Kaplan et al. 1977.) แหล่งทางสังคม จะช่วยเป็นตัวกันชนก่อนแรงปะทะ ระหว่างความเครียดในชีวิตด้านจิตใจ กับสุขภาพโดยรวมให้ ความเครียดของบุคคลนั้นจะน้อยลงโดยการให้การสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งมาก (Wheaton. 1985) การวิจัยหลายชิ้นได้ผลที่สอดคล้องกันว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการลดความเครียดในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และมีความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจที่ดี (Arling. 1987; Turner. 1981)

จากความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ทำให้เกิดความสนใจในการศึกษาค้นคว้าวิจัย มีนักวิจัยหลายท่าน ได้ศึกษาถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและการปรับตัวในภาวะเครียด ซึ่งนักวิจัยเหล่านี้ได้เสนอสมมติฐานเกี่ยวกับ บทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ โดย โคเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills. 1985 : 310 - 312) เสนอสมมติฐานไว้ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Main Effect Model) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคล เกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและฮอร์โมนในร่างกาย ด้วยเหตุนี้ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูดซับ หรือลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering Effect Model) เพราะความเครียดเกิดจากความรู้สึกว่า ตนไร้คุณค่า ไม่มีทางแก้ปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ แรงสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียดได้โดย 1) ช่วยให้ผู้คลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ไม่รุนแรง หรือลดความรุนแรงลงเพราะการ

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ จึงประเมินความเครียดลดลง) ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง ทำให้บุคคลได้มีการแก้ไขปัญหาลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาที่มีผลต่อการทำงานของฮอร์โมน นอกจากนั้นยังมีส่วนต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยการได้รับข้อมูล จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีความเข้าใจในเหตุการณ์นั้นดีขึ้นโดยการประเมินเหตุการณ์ซ้ำ ทำให้ควบคุมสถานการณ์นั้นได้ และเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว เป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหา

จะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีกลไกในการช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี และเกิดความสุขได้ ในผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมสังคม แต่ถ้าได้มีการคงไว้ซึ่งการติดต่อในเครือข่ายทางสังคม แต่ถ้าได้มีการคงไว้ซึ่งการติดต่อในเครือข่ายทางสังคม ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่ามีรายงานการวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องดังนี้คือ

ทิซซู (Tissue. 1979) ได้ศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,402 คน เปรียบเทียบการวัดสถานะภาพทางสุขภาพจากจำนวนวันที่เจ็บป่วยและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี และผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป มีสุขภาพดีและสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้พอควร และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ ผู้สูงอายุเพศชายตอบว่าตนสามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

ฮิลเดรธ (Hildreth. 1980) ได้ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเพศหญิง โดยการศึกษาจากผู้สูงอายุ 100 คน แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะ เช่น การเตรียมอาหาร การตัดเย็บเสื้อผ้า กิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ทักษะ เช่น การไปที่สวนสาธารณะ การรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีการไม่เกี่ยวข้อง (Disengagement Theory) กับ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นตัวอธิบายการเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่ม 60 - 75 ปี และ

กลุ่มอายุ 75 - 85 ตอบว่าทำกิจกรรมต่าง ๆ พอ ๆ กัน แต่ผู้สูงอายุกลุ่ม 75 - 85 ปี ตอบว่า เมื่ออายุมากขึ้น จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพและการศึกษาซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จะมีอิทธิพลจากบุคคลอื่นด้วย ดังนั้น ตัวแปร ด้านการสมรส การอยู่เป็นโสด จึงมีผลให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้นหรือน้อยลงได้ นั่นคือ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสหรือญาติพี่น้อง จะทำกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจะมีระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หรือผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ในด้านการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีการติดต่อและการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษต่ำกว่า

✓ บีล (Beal. 1986 : 157) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ผลกระทบของการเต้นรำ หรือโปรแกรมการเคลื่อนไหวต่อการปรับปรุง สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย" (The Effect of a Dance / Movement Activity Program on The Successful Adjustment to Aging in the Active /Independent Older Adult) เพื่อแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมการทำงานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายแบบเข้าจังหวะของกลุ่มกล้ามเนื้อใหญ่ ปรากฏว่าช่วยลดความวิตกกังวลและความกดดันในผู้สูงอายุโดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีอายุระหว่าง 60-81 ปี จำนวน 25 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าไม่ช่วยลดแรงกดดันและไม่เพิ่มความพอใจในชีวิต เนื่องจากมีตัวแปรอื่นๆ จึงต้องนำมาพิจารณาแนวทางในการทำวิจัยต่อไปในอนาคต ซึ่งคาดว่า การแสดงท่าทางเต้นรำจะถูกรวมเข้าเป็นแกนนำการเคลื่อนไหว

เพอร์รี (Perrin. 1985 : 167-172) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ผลกระทบของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อสุขภาพจิตขั้นแปรตามผู้สูงอายุ " (The Effect of an Aerobic Exercise Program on Psychological Variables in Older Adult) ในการศึกษาประเมินสุขภาพจิตจากผลกระทบของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยโปรแกรมแอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุ ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 23 คน ในช่วงเวลา 14 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าแตกต่างกันในความคิดรวบยอดของตนเอง และแตกต่างกันมากในความรู้สึกรของกลุ่มควบคุม แต่การปรับปรุงในความจำยังไม่ปรากฏ

สเตซี่ และคณะ (Stacey et al. 1985 : 67 - 74) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ความรู้ และเหตุผล การเปลี่ยนพฤติกรรมจากการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายของบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป " (Simple Cognitive and Behavioural Changes Resulting from Improve Physical Fitness in Persons over 50 years of Age) การประเมินผลกระทบการออกกำลังกายต่อการปฏิบัติด้านความรู้และความสุขทางจิตใจ ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างชุดของตัวแปร และสิ่งที่ได้มาจาก

โปรแกรมสมรรถภาพ จากการคาดคะเนว่า ผลกระทบที่เป็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย อาจแผ่ขยายออกไปยังกระบวนการความรู้และบุคลิกภาพ

คันนิงแฮม (Cunningham. 1989 : 131) ได้ทำการวิจัยเรื่อง"พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนผู้สูงอายุ"(Health Self - Care Behavior in the Community Older Adult) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนของผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีของ โอเรม โดยนำเสนอการผสมผสานระหว่างมโนทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสุ่มตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายได้มุ่งหมายได้ผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสุ่มตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายได้ผู้สูงอายุที่มีอิสระต่อกันจำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานที่ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมยิ่งกว่าการประจักษ์ความรู้ทางสุขภาพ ความรับผิดชอบทางสุขภาพ และแรงจูงใจในเรื่องสุขภาพทั้งหมดนี้ล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพด้วยทั้งนั้น

การวิจัยในประเทศไทย

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย มีการศึกษาแพร่หลาย แต่สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องเฉพาะเรื่องที่ถูกวิจัยทำนั้น ผู้วิจัยรวบรวมได้มีดังนี้

เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ (2524) ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุของ มูลนิธิวิจัยประสาท พญาไท จำนวน 202 คน เป็นชาย 1 : 4 คน หญิง 198 คน พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับตามากที่สุด รองลงมา คือปัญหาเกี่ยวกับฟัน และปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทตามลำดับ ในด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า มีความต้องการเข้ารับบริการทางการแพทย์ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่า ในด้านความสามารถของหน้าที่ร่างกาย ผู้สูงอายุหญิงมีความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

นิศา ชูโต (2525: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องคนชราไทย โดยการสำรวจลักษณะทางสังคมและโครงสร้างทั่วไปของผู้สูงอายุไทยเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การ

พักผ่อน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนเพื่อทราบความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง การชราภาพและ
 อนาคตปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุทั่วประเทศจำนวน 1,000 ราย พบว่า ผู้
 สูงอายุส่วนใหญ่(ร้อยละ 90) อยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือครอบครัว ซึ่งเป็นบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ลูก ๆ
 ของผู้สูงอายุให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชื่นชมยินดีที่ได้อยู่ร่วมกับ
 บุตรหลานแต่ยังมีผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 5 ที่ต้องอยู่คนเดียว ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหา
 เศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ และการขาดเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมผู้สูงอายุ
 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยมาก แต่มักชอบเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เหตุผลสำคัญของการเข้า
 ร่วมกิจกรรมอันดับแรก คือทำให้จิตใจบริสุทธิ์ ผ่อนคลายความกังวล ความเชื่อและศรัทธาในงานนั้น
 ๆ ต่อมา คือ ความสนุกสนาน ความอยากมีเพื่อน

จารุวรรณ เหมะธร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526) ศึกษาเรื่องความต้องการทางสุข
 ภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุในชุมชนนิคมบ้านพักรถไฟมักกะสัน กรุงเทพฯ จาก
 ผู้สูงอายุจำนวน 132 ราย เป็นชาย 45 ราย หญิง 87 ราย โดยให้ผู้สูงอายุประเมินความต้องการด้านสุข
 ภาพอนามัยจากสามด้าน คือสภาวะทางสุขภาพกาย ความสามารถทางหน้าที่ร่างกายและความพึงพอใจ
 จากการได้รับการทางการแพทย์ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่ามากที่สุดร้อยละ
 56.0 การเคี้ยวอาหารลำบากร้อยละ 38.8 ด้านความสามารถทางหน้าที่ร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่
 สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้เอง โดยผู้สูงอายุชายจะมีความสามารถดีกว่าผู้สูงอายุหญิงซึ่ง
 สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็ดมันด์ บี พาลมเมอร์ (Edmand B : Palmore) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง
 จะมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และรายงานว่า
 คนอยู่ในภาวะเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย อีกทั้งสามารถแยกกลุ่มอาการปวดของตนได้มากกว่าเพศชาย
 รวมทั้งประเมินสุขภาพตนเองไม่สู้แข็งแรงมากกว่าชาย

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2529 : 15 - 16) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง"คน
 ไทยอายุยืน"โดยศึกษาปัจจัยที่ทำให้อายุยืน ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย กิจวัตรประจำวัน สภาพของร่างกาย
 จิตใจของผู้ที่มีอายุยืน และความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้มีอายุยืนเฉพาะกลุ่มผู้มีอายุตั้งแต่ 100
 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน พบว่า ผู้มีอายุยืนมีทุกภาคของประเทศ พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาก
 ที่สุด รองลงมาอยู่ในภาคใต้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ลักษณะการทำงานในอดีต ผู้มีอายุยืนเป็นผู้ที่
 ทำนา ทำสวน ทำไร่มากที่สุด การรับประทานอาหารจะรับประทานอาหารครบทุกประเภท แต่มีไขมันน้อยส่วนใหญ่
 ไม่เสพสุราเหล้า ไม่สูบบุหรี่เฉลี่ยมีประมาณ 2 ใน 3 ส่วน อีกส่วนสูบแต่ไม่เสพติด ผู้มีอายุยืนทุกคน มีสุขภาพ
 จิตดีชอบประกอบศาสนกิจ

✓ สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532:ข) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร" การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตัวอย่างประชากรได้จากผู้สูงอายุ จำนวน 1,077 คนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 6 ศูนย์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี พัฒนาการทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย มีปัญหาเรื่องสายตา หู เหงือก ฟัน ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 48 มีโรคประจำตัว โรคที่มีบทบาทที่สุดคือโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมั่นคงในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด เชื่อมั่นในหลักศาสนา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ ระดับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่ สถานที่พักอาศัย และทัศนคติของผู้สูงอายุ

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47- 48) ได้ศึกษาเรื่อง "ทัศนคติความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ" โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตดี และยังพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต และ ในขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเรื่องสถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยพื้นฐานเรื่องเพศ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการ และทัศนคติเข้าในสมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน และทัศนคติ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 44 และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลตนเองเข้าในสมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายคุณภาพชีวิต พบว่าสถานภาพสมรส รายได้ และทัศนคติสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24

✕ มณฑนา เจริญกุล (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ" โดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกและมารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ในขณะที่รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพ แต่ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และเมื่อตัวแปรทั้งหมดเข้าวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นเชิงเพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายได้โดยตรง แต่แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้โดยอ้อมผ่านความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัว ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.76

นรินาถ วิทชโชคกิติคุณ (2534: 50 -51) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ" โดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามประกอบ ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ในขณะที่ เพศ จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และเพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานเข้าวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 30.1

สุริย์ บุญญาอนุพงศ์ (2534 : 36) ได้ทำการศึกษา สภาพของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่ โดยศึกษารายกรณีจากสภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 3 ท่าน ที่มีความเหมือนและความแตกต่างกันโดยแยก

วิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน บทบาทต่อสังคมและสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน ความหวังในอนาคต พบว่า แบบแผนในการดำเนินชีวิตของทั้ง 3 กรณีนั้นค่อนข้างคล้ายกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะต่ำมีความสัมพันธ์กับบุตรหลานค่อนข้างห่างเหินกว่าผู้มีฐานะดี ด้านบทบาทต่อสังคมมีน้อย ส่วนสภาพปัญหาที่พบแตกต่างกัน ผู้มีฐานะต่ำกว่าจะกังวลต่อการดำเนินชีวิตสูงกว่า ทั้งยังมีปัญหาสุขภาพและภาระครอบครัว ขณะที่ผู้มีฐานะดีไม่มีอะไรต้องเป็นห่วง เพราะมีการเตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้าและไม่ค่อยใช้เวลาในการทบทวนย้อนอดีต ซึ่งเห็นว่าไม่ใช่สิ่งที่เป็นประโยชน์ มีความพอใจในชีวิตปัจจุบัน

จินตนา รอดนำพา (2535:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร " การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ และอาชีพเดิมของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4000 คน โดยเลือกตัวอย่างประชากรโดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยทั้งสิ้น 400 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับและการพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด และการรักษาสุขภาพจิต โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาย และหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน โดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนา กฤษณาธาร (2535 :บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย" โดยใช้ข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการอนามัย และการใช้ยาแผนโบราณ พ.ศ. 2529 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 6095 ราย จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่วัดด้วย การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เจ็บป่วยและบาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองอื่นและชนบท ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งวัดด้วยแบบแผนการรักษาพยาบาลในระยะ 12 เดือน ก่อนการสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่วัดด้วยการใช้สมุนไพร พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพฯ ใช้สมุนไพรเพื่อรักษาน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นและชนบท

* สุทธิศรี กระจุกสิทธิโชค (2535 : ก-ข) ได้ทำการวิจัย "เรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ" การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านสถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่ออำนาจภายในคน-ภายนอกคนด้านสุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเพื่อหาตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งมารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุคินเคง กรุงเทพมหานคร โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงคุณสมบัติ จำนวน 149 คน ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในคน และความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ เพื่อทดสอบอำนาจของปัจจัยพื้นฐาน แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในคน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และระยะเวลาในการศึกษาสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 57.05 และมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชวลี ดวงจินดา (2536: 55 - 57) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผลต่อการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 24 กรุงเทพมหานคร โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน โดยให้กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการพัฒนาการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้วยโปรแกรมการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 7 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

✓ ประภาพร จินันทุยา (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุคินเคง" โดยการสัมภาษณ์แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์การจำแนกพหุคูณโดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย พบว่า เกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่าร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าโรคประจำตัว ภาระหนี้สินและการทำประกัน เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างน้อยสำคัญที่ระดับ .05

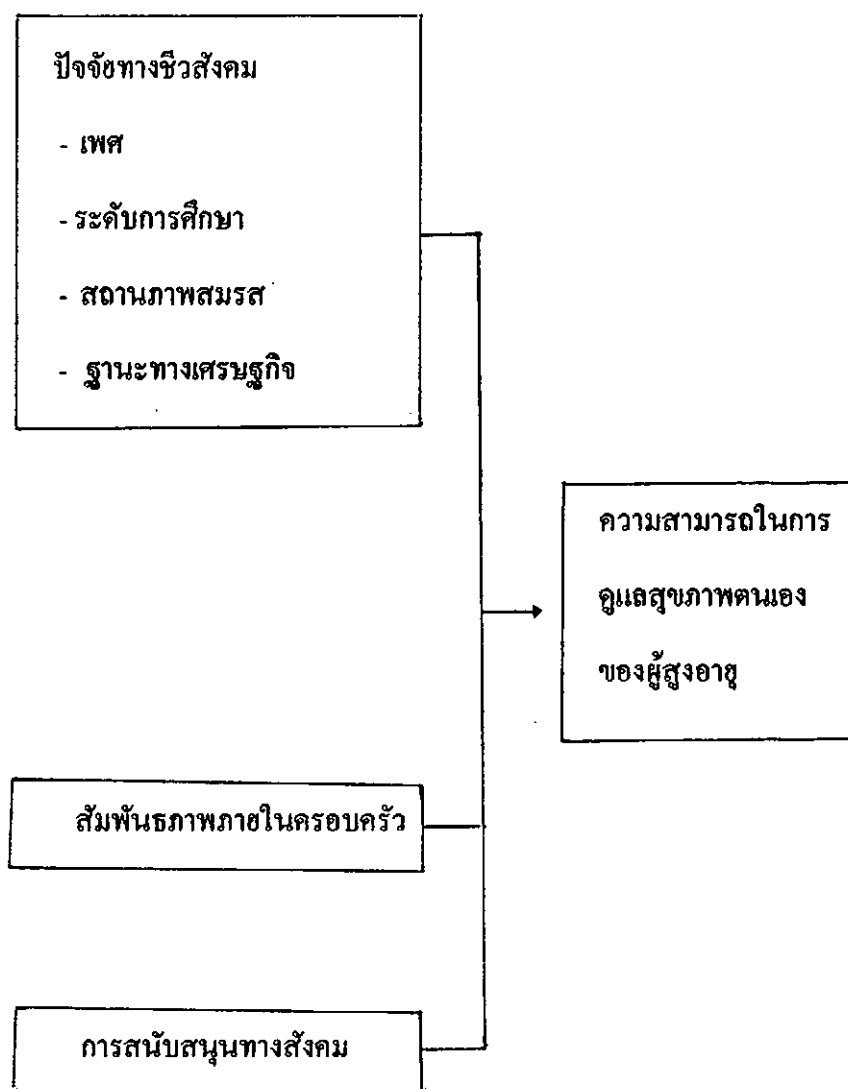
อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก " การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล จังหวัดพิษณุโลก และเปรียบเทียบพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตใจกลางเมือง เขตเมืองและเขตชานเมืองของเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 402 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในด้านการดูแลโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุ ในเขตใจกลางเมือง และผู้สูงอายุในเขตชานเมืองมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมือง ของเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก สำหรับพฤติกรรมและการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อนและการป้องกันอันตรายต่อชีวิต ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชานเมือง ดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมือง และพฤติกรรมและการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในเรื่องการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของผู้สูงอายุในเขตเมืองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมืองและเขตชานเมือง

✓ พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ" การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กับสัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จ.ชลบุรี จำนวน 374 คน ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตระดับดี ร้อยละ 53.2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ การศึกษา จำนวนรายได้ ความพึงพอใจของรายได้ ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับเมื่อ 5 ปีก่อน จำนวนโรคประจำตัวพบพบาพในสังคม จำนวนสมาชิกในครอบครัว องค์ประกอบของครอบครัว การปฏิบัติศาสนกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน เพื่อหาสมการทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สัมพันธภาพ

ในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจของรายได้ ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอายุ โดยปัจจัยทั้ง 6 ด้าน สามารถร่วมกันทำนาย ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ร้อยละ 45.5

สิรินทร์ ศาสตราบุรักษ์ (2538:บทคัดย่อ) ได้ศึกษา "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร" การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 155 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ ประเมิน ภาวะสุขภาพของตนเองระดับสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร้อยละ 69.7 อยู่ในระดับสูง ส่วนความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 60.6 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ระดับนัยสำคัญ .05 คือระดับชั้นการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรค และที่นัยสำคัญ.001 คือ ภาวะสุขภาพตามการประเมินตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ .05 และที่ระดับนัยสำคัญที่ .01 คือภาวะสุขภาพตามการประเมินตนเอง นอกจากนี้พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ระดับ .001และพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยสามารถรวมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมได้ร้อยละ 14.6

ฉะนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นวัยที่น่าสนใจจะศึกษา เพราะวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีความเสื่อมของร่างกายไปเรื่อยๆ ฉะนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพแล้ว ตนเองจะต้องให้ความสนใจใส่ใจในตนเองให้มากที่สุด เพื่อต้องการให้มีสุขภาพในการดำรงชีวิตอย่างดีที่สุด จากแนวคิดเหล่านี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจอย่างมากในการศึกษาค้นคว้าวิจัยฉบับนี้อีกครั้ง



ภาพประกอบ 1 แสดง กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการศึกษาวิจัย

1. สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปานกลางและต่ำ
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับสูง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำ
6. สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานครได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2539 ซึ่งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ในปี พ.ศ.2539 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 3,450 คน ภายในชมรมผู้สูงอายุ 4 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นสมาชิกในแต่ละชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งจะให้ผู้สูงอายุ 235 คน ดังนี้

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง	40 คน
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน	49 คน
ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล	105 คน

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 41 คน

รวม

235 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่ง เป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจากตัวอย่างข้อความแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว (Family Relation Scale) ของมอร์โรและวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961 : 503-504) โดยปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งข้อความเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 อันดับ คือ "ไม่ใช่" "ไม่แน่ใจ" "ใช่" ดังตัวอย่างข้างล่างนี้

ตัวอย่าง แบบวัดสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและสังคม

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
(0) คนในครอบครัวรักและห่วงใยท่านเสมอ			
(00) สมาชิกในครอบครัวยังให้ความเคารพ ยกย่อง และให้ความสำคัญ ปรีกษาปัญหา ต่าง ๆ กับท่าน			

ลักษณะของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถ้าข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าตอบในช่อง "ใช่" ให้ 3 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ไม่แน่ใจ" ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ไม่ใช่" ให้ 1 คะแนน

ถ้าข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าตอบในช่อง "ใช่" ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ไม่แน่ใจ" ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ไม่ใช่" ให้ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ สำเนาวั เรืองยศ (2535) ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) เป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ ดังตัวอย่างข้างล่างนี้

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
(0) บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
(00) มีผู้คอยสนับสนุนให้ท่านกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง					
(000) เมื่อมีกิจกรรมที่เหมาะสมตามวาท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น					

แบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบในช่อง "มากที่สุด" ให้ 5 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "มาก" ให้ 4 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ปานกลาง" ให้ 3 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "น้อย" ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "น้อยที่สุด" ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของเอเวอร์สและคณะ (Evers et al. 1986) เป็นการวัดความสามารถในการปฏิบัติการ เพื่อความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย แบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ โคชกลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเอง

ว่า ข้อความนั้นตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใด ตรงกับตนเองมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน และไม่ตรงกับตนเองเลยให้ 1 คะแนน สำหรับการให้คะแนนในข้อความที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าคะแนนรวมยิ่งมากแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมาก

ตัวอย่าง แบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อความ	ไม่ตรงกับ	ตรงกับ	ตรงกับ	ตรงกับ	ตรงกับ
	ตัวท่าน เลข	ตัวท่าน เล็กน้อย	ตัวท่าน ปานกลาง	ตัวท่าน มาก	ตัวท่าน มากที่สุด
(0) แม้ว่าอาชुจะมากขึ้นฉันปรับปรุง ปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง อยู่เสมอ					
(00) ฉันรักษาน้ำหนักตัวให้พอเหมาะ โดยเลือกรับประทานอาหารที่ เหมาะสม					
(000)ฉันสามารถเคลื่อนไหวได้คล่อง จึง สามารถดูแลตนเองได้ตามต้อง การ					

แบบสอบถามส่วนที่ 4 เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบในช่อง "ตรงกับตัวท่านมากที่สุด" ให้ 5 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ตรงกับตัวท่านมาก" ให้ 4 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ตรงกับตัวท่านปานกลาง" ให้ 3 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย" ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ไม่ตรงกับตัวท่านเลย" ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว กำหนดเกณฑ์การแปล ความหมายของคะแนน ดังนี้

สัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับดี	มีคะแนน 2.50 - 3.00
สัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับปานกลาง	มีคะแนน 1.50 - 2.49
สัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับน้อย	มีคะแนน 1.00 - 1.49

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก	มีคะแนน 4.50 - 5.00
การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี	มีคะแนน 3.50 - 4.49
การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนน 2.50 - 3.49
การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย	มีคะแนน 1.50 - 2.49
การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยมาก	มีคะแนน 1.00 - 1.49

3. การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในทุก ๆ ด้านมีเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

สามารถดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก	มีคะแนน 4.50 - 5.00
สามารถดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี	มีคะแนน 3.50 - 4.49
สามารถดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง	มีคะแนน 2.50 - 3.49

สามารถดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย มีคะแนน 1.50 - 2.49

สามารถดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อยมาก มีคะแนน 1.00 - 1.49

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. รวบรวมความหมาย ขอบข่าย และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้ง ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบทดสอบจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. การสร้างเครื่องมือโดยดัดแปลงแบบสอบถามวัดสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม และแบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้สามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้
4. นำแบบสอบถามให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัณฑิตตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ แล้วนำไปปรับแก้ไขให้ถูกต้อง
5. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try - out) โดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ในตอนที่ 2 ถึงตอนที่ 4 ซึ่งวัดสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจแก้ไขเนื้อหา ตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปรต่าง ๆ คั่งกล่าว เพื่อให้สามารถวัดได้ตรงกับเรื่องที่ศึกษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมถูกต้องก่อนนำไปใช้
2. การหาค่าอำนาจจำแนกราชข้อ (Discrimination) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาค่าความเที่ยงตรง แล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกราชข้อ ด้วยวิธีการหาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item to Total Correlation) ผลปรากฏว่าแบบสอบถาม ตอนที่ 2 มีจำนวน 15 ข้อ ได้ข้อที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก อยู่ระดับ 0.2 - 0.8 และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อทั้งฉบับ ตั้งแต่ .0266 - .5435 ใช้ได้ 10 ข้อ ส่วนแบบสอบถาม ตอนที่ 3 และ ตอนที่ 4 มีจำนวน 20 ข้อ ทั้ง 2 ตอน ได้ข้อที่มีความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก อยู่ในระดับ 0.2 - 0.8 และค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างรายข้อทั้งฉบับ ตั้งแต่ .1972 - .7521 และ .1628 - .7682 ตามลำดับ ซึ่งใช้ได้ 19 ข้อ ทั้ง 2 ตอน

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งแบบสอบถาม ตอนที่ 2 เมื่อใช้แบบสอบถาม 10 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.61 ในตอนที่ 3 และ ตอนที่ 4 ได้แบบสอบถาม 19 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือที่ทางบัณฑิตวิทยาลัยออกไปติดต่อกับประธานชมรมผู้สูงอายุที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามวัน เวลาที่ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS/ PC+ โดยใช้สถิติดังนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน

ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจ มาคิดเป็นค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประคอง วรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโคชีใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 :40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโคชีใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N - 1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และตามโครงสร้าง โดย อาศัย คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงพื้นผิว (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบ และวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

2.1.1 หากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะ เฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณาถึงความเห็น และให้คะแนน

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น หรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้เทคนิค 25เปอร์เซ็นต์ แบ่งเป็นกลุ่มสูง และกลุ่มต่ำแล้วทดสอบด้วยค่า ที (t - test) จากสูตร (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114-116)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S^2_H}{n_H} + \frac{S^2_L}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละข้อของ กลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ

$\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ

S^2_H แทน ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มสูง

S^2_L แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง

n_L แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

2.3 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา

(α - coefficient) ของครอนบัท (Cronbach. 1970 : 161) ซึ่งมีสูตร ดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_i^2 แทน คะแนนแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_i^2 แทน คะแนนแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อของผู้สอบทั้งหมด

ΣS_i^2 แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1. ข้อมูลเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองวิเคราะห์ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 322) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

$$r_{xy} = \frac{N \Sigma XY - \Sigma X \Sigma Y}{\sqrt{[N \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][N \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ΣX แทน ผลรวมของคะแนนชุด

ΣY แทน ผลรวมของคะแนนชุด

ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนชุด X แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣY^2 แทน ผลรวมของคะแนนชุด แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣXY แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y

N แทน จำนวนคน

ทดสอบความมีนัยสำคัญของ r_{xy} จากตารางการทดสอบค่า r

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาตัวพากรณ์ในการทำนาศ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยวิธี Stepwise Regression (ศิริรัช พงษ์วิชัย. 2535 : 323 - 325) โดยมีตัวแปรเกณฑ์ คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

ของผู้สูงอายุ ตัวแปรทำนาย คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6 ดังสูตร

$$Y = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_kX_k + e$$

เมื่อ k แทน จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในสมการถดถอย

Y แทน ค่าของตัวแปรตาม

X_1 แทน ค่าตัวแปรอิสระ ตัวที่ 1 จะใช้สัญลักษณ์ X_1

B_0 แทน เป็นค่าคงที่ของสมการถดถอย

B_1 แทน เป็นค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ของตัวแปรอิสระ ตัวที่ 1

e แทน ค่าความแตกต่างหรือความคลาดเคลื่อน (Error or Residual)

3.3. เปรียบเทียบความแตกต่างดังนี้

3.3.1 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามเพศ โดยใช้สถิติค่า t (t-test) (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2534 : 180) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\frac{\left(\frac{S^2_1}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S^2_2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}}{\frac{\left(\frac{S^2_1}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S^2_2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าใช้พิจารณาใน t - distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S^2_1, S^2_2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 กลุ่มที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.3.2 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way Analysis of Variance) (สุทธิ วงศ์รัตน์. 2534 : 249) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3, 4, 5

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้ในการพิจารณาใน

MS_B แทน Mean - Square ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน Mean - Square ภายในกลุ่ม

3.3.3 ถ้าหากผลการทดสอบค่าเอฟ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน - คูลส์ (Newman- Keuls Method) (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 268)

$$q. \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q - Statistic จากตาราง

MS_w แทน Mean - Square ภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

N	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน คะแนนเฉลี่ย
S	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t - distribution
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ F - distribution
df	แทน degree of freedom
SS	แทน Sum of Square
MS	แทน Mean of Square
p	แทน ระดับนัยสำคัญ
q	แทน q - Statistic
r	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แบบสอบถาม กับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน เป็นชาย 64 คน เป็นหญิง 171 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูล ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เสนอ เป็นคำร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 4

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ดังปรากฏตามตาราง 5 - 13 เพื่อทดสอบ สมมติฐาน ข้อ 2 - 5

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ของสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 14 - 15 เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 และ 6

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เสนอ เป็นคำร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชมรมที่สังกัด	105	44.70
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	40	17.00
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง	49	20.90
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน	41	17.40
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	235	100
รวม		
เพศ		
ชาย	64	27.20
หญิง	171	72.80
รวม	235	100
สถานภาพสมรส		
โสด	22	9.40
คู่	136	57.90
หม้าย	69	29.40
หย่า	3	1.30
แยก	5	2.10
รวม	235	100

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	32	13.60
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษา	141	60.00
อนุปริญญา - ปริญญาตรี	51	21.70
สูงกว่าปริญญาตรี	11	4.70
รวม	235	100
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
เพียงพอ	181	77.00
ไม่เพียงพอ	18	7.70
เหลือใช้	36	15.30
รวม	235	100

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 235 คน

จำแนกตามชมรมที่สังกัด พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สูงที่สุด คือ 105 คน คิดเป็นร้อยละ 44.70 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 20.90 และที่น้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 17.00

จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย คือ มีจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 72.80

จำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ สูงที่สุด คือ มีจำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90 รองลงมาผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่า มีจำนวน 69 คน คิดเป็น

ร้อยละ 29.40 และที่น้อยที่สุด คือผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสห่า มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.30

จำแนกตาม ระดับการศึกษา พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มี ระดับการศึกษาระหว่างประถมศึกษา - มัธยมศึกษา สูงที่สุด คือ จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษา ระหว่างอนุปริญญา - ปริญญาตรี จำนวน 51 คนคิดเป็นร้อยละ 21.70 และที่น้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.70

จำแนกตาม ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเพียงพอ (รายได้เพียงพอกับรายจ่าย) สูงที่สุด คือ จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 77.00 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุ ที่ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเหลือใช้ (รายได้มากกว่ารายจ่าย) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 15.30 และที่น้อยที่สุด คือผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย) จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	$\bar{X}$	S	อยู่ในระดับ
สัมพันธภาพในครอบครัว	2.740	0.290	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	3.940	0.610	ดี
ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง	3.930	0.500	ดี

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ดังปรากฏตามตาราง 5 - 13

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	t	P
เพศ					
ชาย	64	3.929	0.484	0.070	0.946
หญิง	171	3.934	0.509		
รวม	235	7.863			

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับ การศึกษา

ระดับการศึกษา	ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ			
	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	32	3.749	0.470	ดี
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	141	3.891	0.502	ดี
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	51	4.163	0.449	ดี
สูงกว่าปริญญาตรี	11	3.941	0.512	ดี
รวม	235	3.933	0.501	

จากตาราง 6 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทุกระดับการศึกษา มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับ ดี และมีคะแนนเฉลี่ยของ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด คือ ระดับอนุปริญญา-ปริญญาตรี

ตาราง 7 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	3	4.031	1.344	5.663**	0.001
ภายในกลุ่ม	231	54.808	0.237		
รวม	234	58.839			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่าประถม ศึกษา	ประถม- มัธยมศึกษา	อนุปริญญา- ปริญญาตรี	สูงกว่า ปริญญาตรี
	$\bar{X}$	3.749	3.891	4.163	3.941
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.749	-	0.142	0.414*	0.192
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	3.891		-	0.272*	0.050
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	4.163			-	0.222
สูงกว่าปริญญาตรี	3.941				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาในอนุปริญญา-ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และ ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยแล้วจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในอนุปริญญา-ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และ ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา ส่วนอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ			
	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
โสด	22	3.865	0.603	ดี
คู่	136	3.961	0.503	ดี
หม้าย	69	3.904	0.458	ดี
หย่า	3	3.820	0.927	ดี
แยก	5	3.968	0.437	ดี
รวม	235	3.933	0.501	

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทุกสถานภาพสมรส มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี

ตาราง 10 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ย ของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม สถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	4	0.313	0.078	0.308	0.872
ภายในกลุ่ม	230	58.526	0.255		
รวม	234	58.839			

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม สถานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ	ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ			
	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
เพียงพอ	181	3.936	0.508	ดี
ไม่เพียงพอ	18	3.604	0.335	ดี
เหลือใช้	36	4.086	0.469	ดี
รวม	235	3.933	0.501	

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ เพียงพอ ไม่เพียงพอ และเหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ฐานะทางเศรษฐกิจ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	2.792	1.396	5.779**	0.004
ภายในกลุ่ม	232	56.047	0.242		
รวม	234	58.84			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ		ไม่เพียงพอ	เพียงพอ	เหลือใช้
	$\bar{X}$	3.603	3.936	4.086
ไม่เพียงพอ	3.604	-	-0.332*	0.150
เพียงพอ	3.936		-	0.482*
เหลือใช้	4.086			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ในระดับเพียงพอ (รายได้เพียงพอกับรายจ่าย)และเหลือใช้ (รายได้มากกว่ารายจ่าย) มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (รายได้น้อยกว่ารายจ่าย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ของสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 14 - 15

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยชีวทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	ฐานะทางเศรษฐกิจ	สัมพันธภาพในครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคม	ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง
เพศ	0.123	0.132	0.045	0.030	0.095	0.004
สถานภาพสมรส		0.047	0.015	0.008	0.019	0.008
ระดับการศึกษา			0.213**	0.086	0.007	0.212**
ฐานะทางเศรษฐกิจ				0.019	0.099	0.058
สัมพันธภาพในครอบครัว					0.441**	0.205**
การสนับสนุนทางสังคม						0.401**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 15 พบว่าระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.212 , 0.205 และ 0.401 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แต่มีปัจจัยทางชีวสังคม บางตัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น เพศ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ

ตาราง 15 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย	T	sig T
การสนับสนุนทางสังคม	0.331	6.877	0.001
ระดับการศึกษา	0.15	3.672	0.001
ค่าคงที่	2.301	10.843	0.001
R ² = 0.206 SEE = 0.449 F = 30.209 Signif F = 0.000			

จากตาราง 15 แสดงว่าในบรรดาตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัว มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 ตัวเท่านั้น ซึ่งมีผลเชิงบวกคือ การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษา ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 20.6 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อค้นหาตัวพากรณ์ในการทำนุความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันในด้าน ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งจะได้ผู้สูงอายุ 235 คน เป็นชาย 64 คน เป็นหญิง 171 คน ซึ่งได้มาโดยใช้การเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมา มี 4 ตอน ประกอบด้วย ข้อข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ของมอร์โร และวิลสัน (Morrow and Wilson. 1961: 503 - 504) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของสำเนาวิ เรืองยศ (2535) ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดของเฮาส์ (House. 1981) และแบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของเอเวอร์ส และคณะ (Evers et al. 1956)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) นำเสนอเป็นตาราง
3. ทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ย ของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งตัวแปร เพศ ทดสอบด้วยค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ส่วนตัวแปรสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ วิเคราะห์ด้วยความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3, 4 และ 5 หากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย เป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls Method)
4. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ของความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลคูณ ของคะแนน

ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient of Correlation) และค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โคซี่ (Stepwise Multiple Regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 6

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สูงที่สุด คือร้อยละ 44.70 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลตากสิน ร้อยละ 20.90 และที่น้อยที่สุด คือผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.00 เป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 27.20 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 72.80 ส่วนสถานภาพสมรส ที่มากที่สุด คือสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 57.90 รองลงมา เป็นสถานภาพสมรส หม้าย คิดเป็นร้อยละ 29.40 และที่น้อยที่สุดเป็นสถานภาพสมรส หย่า คิดเป็นร้อยละ 1.30 ส่วนระดับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนสูงที่สุด มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญา - ปริญาตรี คิดเป็นร้อยละ 21.70 และผู้สูงอายุที่มีจำนวนน้อยที่สุดมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 4.70 ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ อยู่ในระดับเพียงพอ (รายได้เพียงพอกับรายจ่าย) สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 77.00 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ อยู่ในระดับเหลือใช้ (รายได้มากกว่ารายจ่าย) คิดเป็นร้อยละ 15.30 และที่น้อยที่สุดเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย) คิดเป็นร้อยละ 7.70 ส่วน สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร นั้นปรากฏว่า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี

นอกจากนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรอิสระ คือ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม นั้นปรากฏว่า

1. ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้ง เพศชายและเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่ พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาในระดับอนุปริญญา - ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา - มัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเพียงพอและเหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และการพยากรณ์ ของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม นั้นปรากฏว่า

1. ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว ที่ทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร นั้นมีเพียง 2 ตัวเท่านั้นคือ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้ ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 20.6 และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันครอบครัวไทย สมาชิกในครอบครัวยังคงเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ให้ความรัก การยกย่อง และเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุมากกว่า ดังนั้นสัมพันธภาพในกลุ่มตัวอย่างนี้จัดอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2536 : 103) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาการอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.1

2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้น จะมีบทบาทสำคัญต่อผู้สูงอายุส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นส่วนมาก ผู้สูงอายุมักจะได้รับความนับถือและยกย่อง ในด้านผู้ที่มีประสบการณ์ในชีวิตมากกว่า และมักจะเป็นบุคคลที่จะได้รับความไว้วางใจให้เป็นคนตัดสินใจในเรื่องต่างๆในสังคม ซึ่งอาจสรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมสูงหรือการสนับสนุนอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงพักอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ประกอบกับขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ที่ให้ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ รวมทั้งการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของต่างๆ ที่บุตรหลาน และสมาชิกในครอบครัวมีต่อตน นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความตั้งใจจะใช้เวลาว่างของตนมาพบปะสังสรรค์กับผู้สูงอายุอื่นๆ และร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยกัน เช่น การออกกำลังกาย การเล่นเกม เป็นต้น ทำให้เกิดเครือข่ายในสังคมมากขึ้น เกิดความผูกพันห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ เมื่อสมาชิกคนใดเจ็บป่วยก็จะมี การช่วยเหลือให้คำแนะนำ ดูแลเอาใจใส่ มีการไปเยี่ยมตลอดจนให้การช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของต่างๆ และที่ชมรมผู้สูงอายุมีบริการให้แก่ผู้สูงอายุหลายๆ ด้าน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เลย เช่น การบริการสังคมสงเคราะห์ ด้านกายภาพบำบัด ด้านนันทนาการ ด้านวิชาความรู้ต่างๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 55) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก

3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง นั้นเป็นผลทำให้มีความสุข และมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งกล่าวได้ว่า สุขภาพจะดีได้เป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพตนเอง

ดังนั้น ในผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความต้องการดูแลสุขภาพตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไป และต้องการใช้ประโยชน์จากพลังงาน และศักยภาพของตนอย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต. 2533 : 8 - 9) ซึ่ง จรรยา เสือขเสนาะ และพันธุ์ทิพย์ รามสูต (2529) ได้ทำการวิจัยเรื่องการประเมินสภาวะการทำงาน หน้าที่ทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ ฮานนาวา กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2529 พบว่า สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันทั่วไป ส่วนใหญ่ จะประเมินให้อยู่ในระดับสูง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 57) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุ ดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง การศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย และนิรนาท วิทโชติกิตติคุณ (2534) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูง ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุประเมินความสามารถของตนเองค่อนข้างสูงอาจเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเสื่อมถอยในทุก ๆ ด้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการ การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สูงขึ้น เพื่อให้ชีวิตอยู่รอดและปลอดภัย ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แสดงถึงความเอาใจใส่ สนใจ กระตือรือร้น ในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุจึงประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี

4. จากการศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้น ส่วนใหญ่เข้าใจถึงความสำคัญของสุขภาพตนเอง ที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี และแข็งแรง จึงมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม เพื่อการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รอดนำพา (2535 : 95) ได้ทำการศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และ สิริินทร์ ศาตราบุรุษ (2538 : 57) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง โดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรส ต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ซึ่งสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการ ของชีวิต ซึ่งพบว่า วัย

สูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ จะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิต หรือไม่มีชีวิต จะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อน ซึ่งเข้าใจกันดีมาเป็นเวลานาน การสูญเสียเหล่านี้เป็นสาเหตุในการทำงานของระบบต่างๆอ่อนแอลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2527 : 67 - 68) แต่ผลการศึกษา ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุสถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสทั้ง โสด คู่ หม้าย หย่า แยก ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรม จะได้รับการสนใจ ใส่ใจ จากผู้สูงอายุด้วยกันเอง มีความเห็นอกเห็นใจ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังได้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุนั้น ๆ ด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุทุกสถานภาพสมรส มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สเปคต์ (Speake. 1987 : 28) ที่ศึกษาการรับรู้ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสทั้ง โสด หม้าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน และ สิริินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ (2538 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

6. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญา - ปริญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษา - มัธยมศึกษา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 เพราะการศึกษา เป็นรากฐานที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ถ้าขาดความรู้ บุคคลก็ไม่สามารถตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้ อย่างมีเหตุผลไม่สามารถทำงานเพื่อเพิ่มพูนรายได้ และไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ (ณรงค์ เทียนส่ง. 2519 : 696) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เรมวอล นันทสุภวัฒน์ (2524) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รัตนา มาศเกษม (2527) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัมมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู ภัทรา จุลวรรณ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อัมมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอด จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และจอคนะจง เฟิงจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพ

พิเศษ ผลการศึกษาสอดคล้องกันคือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ และเหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 เพราะ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้สูงขึ้น และบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้ และทักษะในการแก้ไขปัญหา (Jalowice and Powers. 1981 : 10 - 15) และ เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอและส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวิลลิตส์ และ ไครเดอร์ (Willits and Crider. 1988 : 174) พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

8. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครนั้น ผลการการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมบางตัวคือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของ เรมวอล นันทิสุภวัฒน์ (2524) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และรัตนมาศเกษม (2527) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัมมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ กับ การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาในการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นด้วย ซึ่งตรงกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : 175) ที่กล่าวว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ สามารถใช้สติปัญญา อย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในภาวะสุขภาพของตน เข้าใจแผนการรักษาต่างๆ ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น และผลการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 58) ที่ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่เน้น การ

มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิด ความใกล้ชิดผูกพัน การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ วัตถุสิ่งของ ซึ่งทำให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น (Orem, 1985 : 59) และการที่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นส่วนใหญ่ ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพบปะสังสรรค์กับบุคคลวัยเดียวกัน ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรง แก่กันและกัน และในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุ ยังต้องการมาที่ชมรม เพื่อออกกำลังกายอีกด้วยทำให้ผู้สูงอายุ ได้ปฏิบัติดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

9. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่า มีตัวแปรอิสระตัวใด ที่สามารถ ทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 20.6 โดยที่ การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายมากที่สุด รองลงมาเป็นระดับการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ควรมีการจัดอบรมให้แก่ บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ในด้านการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อจะได้เกิดความเข้าใจ และยอมรับการเข้าสู่ วัยสูงอายุ และจะได้เห็นความสำคัญ ในการวางแผนเตรียมตัวในด้าน การเงิน การดูแลสุขภาพ การเตรียมหางานที่ชอบ และพอใจ การเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้ภาครัฐ และเอกชนได้มีการจัดตั้ง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในสังคมเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการเสริมในด้านการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ เป็นการช่วยป้องกัน

กัน และรักษาสุขภาพจิตที่เสื่อมโทรมไว้ได้ในขณะเดียวกัน ประเทศชาติจะได้ประโยชน์จากประชากรผู้สูงอายุอีกด้วย

3. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสม

4. มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

5. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในสถาบันต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ เพื่อนำผลที่ได้ ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงโครงการที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. เนื่องจากวัยสูงอายุในปัจจุบันได้รับความสนใจจากภาครัฐ และเอกชน เป็นอย่างมากที่จะช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุได้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี จึงควรมีการวิจัยซ้ำอีกในสถาบันผู้สูงอายุอื่น เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปสรุปอ้างอิงกับประชากรผู้สูงอายุได้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุต่อไป

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่นที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ จิตวิญญาณ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองกับเขตชนบท

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กุลชา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญกิจ, 2524.
- การแพทย์, กรม. การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข, 2526.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลชา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ :
อรุณการพิมพ์, 2528.
- คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุในคณะกรรมการผู้สูงอายุ
แห่งชาติ. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 - 2544. ม.ป.ท. , 2529.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วย
ตนเอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากรในอนุกรรมการนโยบายและแผน. การวางแผนทรัพยากร
มนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ม.ป.ท. , 2538.
- จงรักษ์ สุกกิจเจริญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว
และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- จรรยา สุวรรณทัต. "ครอบครัวสัมพันธ์," ทฤษฎีทัศน์. 6 : 52 - 57 ; มิถุนายน 2523.
- จอนสะจง เพ็ญจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพปัจจัย
พื้นฐานบาง ประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- จำเริญ กรุมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ตันติผลาชีวะ. การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง
ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จำนง ทองประเสริฐ. พจนานุกรมไทย. กรุงเทพฯ : อักษรสมัช, 2518.

เจียมจิต ถวิล. "โรคประสาทหูพิการในผู้สูงอายุ," ใน เอกสารประกอบการประชุม Neuroscience

Symposium in aging of the Brain. 12 - 14 ; มกราคม 2532. อัดสำเนา.

แจ่มจันทร์ พลมหาราช. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้เฒ่าผู้แก่ผ่านสงเสริมอนามัย สังกัด

สำนักงานประถมศึกษา จังหวัดมุกดาหาร. ปรินต์งานพิมพ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ ฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ.

กรุงเทพฯ ฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

_____. "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 62 - 70 ; 7 กรกฎาคม -

กันยายน, 2527.

จินตนา ฐนิพันธุ์. "การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ," วัยสูงอายุ - วัยแห่งความสุข. กรุงเทพฯ ฯ : คณะวิชาครุศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1 - 5 มิถุนายน 2524. อัดสำเนา.

จินตนา รอดนำพา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม.

กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.

✓ จีรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความ

สามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์

วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

จันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุใน

กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

อัดสำเนา.

โถมอง เหลาโชติ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัย

มหิดล, 2537. อัดสำเนา.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อให้อายุยืน. กรุงเทพฯ ฯ : สุภาวนิการพิมพ์, 2532.

บุศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

เชอร์รี่ ทองเพ็ญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความกตัญญูต่อการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. ปรินูณนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2534. อัดสำเนา.

ณรงค์ เทียนส่ง. "การเพิ่มประชากร การตัดสินใจทางประชากรของแต่ละบุคคลกับคุณภาพชีวิต," ใน หนังสืออุเทศประชากรศึกษา. หน้า 688 - 705. กรุงเทพฯ : มงคลการพิมพ์, 2519.

ณัฐกร อ่วมบำรุง. การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปรินูณนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

คูสิต สุนทรามุ. "โรคทางกายและทางใจของผู้สูงอายุ," สรุปปริทัศน์. ฉบับพิเศษ : 61 - 63 ; 2525.

ดวงฤดี ลาสุขะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.

เคโซ สวานานนท์. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2527.

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาเข้ารับตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี. ปรินูณนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2534. อัดสำเนา.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2533.

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. หลักและการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2531.

ทัศนยา บุญทอง. "มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม," ใน ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง : มโนคติ การประเมิน และ การพยาบาลการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2-4 พฤศจิกายน 2531.

ทองอยู่ แก้วไทรชะ. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีเคหา, 2525.

นวลศิริ เปาโรหิตส์ และคณะ. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2520. ๔

นิตา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

นิรนาท วิทชาโชคติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

นภาพร ขโยวรรณและคณะ. สรุปผลการวิจัย โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและ
ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2532.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อาศัย
ชนบทและแอ่งแอ่ง. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2531.

_____. "สุขภาพผู้สูงอายุ," คลินิก. 6 : 432 - 436 ; มิถุนายน 2533.

_____. ระบาคติของคณพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, 2525.

บังอรรัตน์ สุขตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขต
ชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชรา. เชียงใหม่ : พรสิงห์การพิมพ์, 2526.

✓ _____ . โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
ข้าวฟ่าง, 2535.

ประคอง วรรณสุต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.

ประไพศรี ศิริจักรวาลและประภาศรี ภูวเสถียร. "โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล.
39 : 296 - 306 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2533.

ประภาพร จินันทุชา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุคืนแดง. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต," ใน วารสารสุขภาพศึกษา, 13 (52) : 1 - 10 ; ตุลาคม -

ธันวาคม 2533.

ประมวญ คิคินสัน. จิตพัฒนา:จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ ฯ : ไทวัฒนาพานิช, 2524.

ประสพ รัตนกร. สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ ฯ : กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, 2526.

/ พวงผลา ชื่นแสงเนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง
และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2538. อัดสำเนา.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ :
เจริญผล, 2531.

เพชร สุนทโรทก. บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยตามการรับรู้ของเยาวชนและผู้สูงอายุใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
อัดสำเนา.

พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลวาทิน และประสิทธิ์ รักไทยดี. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับ
ตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. รายงานการวิจัยสำนักวิจัย สถาบันพัฒนาบริหาร
ศาสตร์, 2523.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. ทฤษฎีคนชรา. กรุงเทพฯ ฯ : ภาควิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. การดูแลสุขภาพตนเอง :ทัศนทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ ฯ :
แสงแดด, 2530.

ภัทรา จุลวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2529. อัดสำเนา.

- ✓ มณฑนา เจริญกุล. แรงบันดาลใจทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะ สุขภาพ
ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ,2534. อัดสำเนา.
- มัลลิกา มัติโก. "แนวคิด และการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง
ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 7 - 22. กรุงเทพฯ ฯ : แสงแดด, 2530.
- _____. "การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และทฤษฎี เพื่อการพัฒนา สาธารณสุข," ใน
ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 49-51. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ชวลี ดวงจินดา. การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแนะนำแบบกลุ่มและการเข้าร่วมกิจกรรม
กลุ่มที่มีต่อการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ของผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข
24 กรุงเทพมหานคร. ปรินุญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาศรีนครินทร์วิโรฒ
ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความ
รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- รัตนา กฤษณาธาร. ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ ส.ม.
กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.
- รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัมมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ กับการดูแล
ตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
อัดสำเนา.
- เรมวอล นันทศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค
เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ ฯ : ไทยวัฒนา
พานิช, 2530.
- วิภารัตน์ ชมดิษฐ์. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก กับความสามารถในการปฏิบัติการดูแล
ตนเองในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

ศรีนครินทร์วิโรฒมหาวิทยาลัย. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : หจก.ไอเค็ชแควร์, 2534.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย.

เชียงใหม่ : คณะมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2535.

ศิริวรรณ สีนโซ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

คนชรา กรมประชาสงเคราะห์. ปริญญานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.

โศภาพรรณ วิมลรัตน์. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร.

ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

อัดสำเนา.

สาธารณสุข,กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง. คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : องค์การ สงเคราะห์

ทหารผ่านศึก, 2529.

สาวิตรี ลิ้มช้อยธูณเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.

ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร, 2535.

อัดสำเนา.

สนธยา พิชัยกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์

วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแล

ตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่อในอำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ที่รับรังสีรักษา," วารสารพยาบาล 4 : 222 - 236 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2531.

สินรินทร์ ศาสตราบุรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

สุชาติ โสมประธูร. สุขวิทยา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2528.

- ✓ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพ
และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- สุริย์ บุญญานพวงศ์. ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
 เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2534. อัดสำเนา.
- ✓ สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพ
มหานคร. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุวรรณณี พลัฒพลาทอง. ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร.
 วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. อัตรานโยบายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
เขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
 2534. อัดสำเนา.
- สำเนาวิ เรืองยศ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรานโยบาย การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของ
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.
- เสาวนีย์ กานต์เคชารักษ์. ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. X
 กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.
- เสาวนีย์ เสาวพงศ์. "ปีนี้ได้ถูกกำหนดให้เป็น ปีคนชราสากล," มติชน. 4 : 11 ; ตุลาคม, 2525.
- สุวรรณณี พลัฒพลาทอง. ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร.
 วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.
- อานนท์ อาภาภิรม. มนุษย์ กับสังคม : สังคมและวัฒนธรรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ ฯ :
 บัณฑิตวิทยาลัย, 2525.
- อารมย์ วุฒิพฤกษ์และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชน
เมือง. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529 - 2530.
- อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร. อนุสรณ์งานฌาปนกิจศพคุณแม่พลอย วัฒนผาสุก. 16 พฤษภาคม 2509.
- อวช เกตุสิงห์. "ปีคนชรา," มติชนรายสัปดาห์. 17 - 23 ; เมษายน 2526.

อจจรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติคน
ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตันเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

อรพรรณ อิศราภรณ์. พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

เอี่ยมพร ทองกระจาซ. "กระบวนการของความชรา," วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น. 5 (2) : กรุงเทพฯ : รุ่งเกียรติ, 2525.

Anderson, H. Newton s Geriatric Nursing. Saint Louis : the C.V. Prosby Company,
1971.

Arling,Greg. "Strain ,Social Support and Dittress in Old Age," Journal of
Gerontology. 42 : 107 - 113 ; 1987.

Barrow G and Smith PA. Aging, Ageism and Society. Minnesota : West
Publishing Company, 1979.

Beal, Rayma Kirkpatrick. " The Effect of a Dance/Movement Activity Program on
the Succceccful Adjustment to Aging in Active / Independent older Adult
Gerontology Dissertation University of Cincinnati," Dissertation Abstracts 46
International. : 3127A ; 1986.

Berman, Lisa F. "Assessing the Physical Health Effects of Social Network and Social
Support," Annual Review of Public Health. 5 : 413 - 432 ; 1984.

Birren, Jame E. and Renner and V. Jayne. Handbook of the Psychological of Aging.
New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.

Bourliere, F. "Ecology of Human Science," in Textbook of Geriatric Medicine and
Gerontology. 60 - 74 ; 1973.

- Broadhead, W.E. et al. "Epidemiologic Evidence for a Relationship Between Social Support and Health," American Journal of Epidemiology. 17 : 521 -537 ; 1983.
- Brown, M.A. "Social Support During Pregnancy : A Unidimensional or Multidimensional Construct?," Nursing Research. 35 : 49 ; 1986.
- Burnside, Irene M. Nursing and the Aged : A Self- Care Approach. 3 rd ed. St. Louis. Mosby, 1988.
- Burch, P.R.J. "The biological nature of aging," Symposia of Geriatric Medicine. 3 : 3 - 14 ; 1974.
- Chappel, N.L. " Measuring functional ability and chronic health condition among the elderly : a research note on the adequacy of three instruments," Journal of Health and Social Behavior. 22 : 90 -120 ; 1981.
- Clifford, B.L. The effects of Health Beliefs and Self- Esteem on womans Health Promotion Activity. Master's Thesis. University of Lowell. USA, 1970.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress," Psychosomatic Medicine. 38 : 300 - 314 ; September - October, 1976.
- Cohen, S. and T.A.Wills. " Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis," Psychological Bulletin. 98 : 310 - 357; February, 1985.
- Conaway, R.N. "An examination of the relationship among assertiveness manifest anxiety and self- steem," Dissertation Abstracted International. 39 : 1979.
- Cronbach, L.J. Essential of Psychological Testing. 5th ed. Harper Collins : Publishs.Inc., 1990.

Cunningham, G.D. "Health Promotion Self Care Behaviors in the Community Older Adult," in Health Science, Hospital Manangment. Texas : Women University, 1989.

Duffy, Mary E. "Determinants of Health Promotion in Midlife Women," Nursing Research. 37 : 358 - 362 ; 1988.

Ebersole, Priscilla and Patricia Hess. Toward Health Aging. St.Louis : Mosby Company, 1985.

Esberger, K.K. and Hughes, St.Jr. Nursing Care of the Aged. California : Appleton & Lange, 1989.

Ever, G. et al. Delvelopment of the Appraisal of Self-Care Agency Scale.
Paper Presented at International Nursing Research Conference, Edmonton : Canada, 1986.

Field, D. and M. Minkler. "Continuity and change in social Support between young-old and old-old or very-old age," Journal of Gerontology. 43 : 100-106 ; 1988.

Friedman, M.M. Familt Nursing : Theory & Assessment. New York : Appleton-Century-Crofts, 1981.

Gladday J. Hildreth. "Participation in and enjoyment of family maintenance activities by elderly women," Family relation. 29 : 336 - 340 ; 1980.

Hall, D.A. The Aging to connective tissue. New York : Acadamie Press, 1976.

Hamner, Mildred L. "Insight, Reminiscence, Denial, Projection : Coping Mechanisms of the Aged," Journal of Gerontological Nursing. 10 : 66 - 68 ; 1984.

Hancharurnkul, S. Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. A Dissertation of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy (Nursing) in the Graduate School of Wayne State University, 1988.

Hirst, Sandra P. and Barbara J Metcalf. "Promotion self esteem," Journal of Gerontological Nursing. 10 : 72 - 77 ; 1984.

Hodkinson, H.M. Common Symptoms of diseases in the elderly. London : Blackwell Scientific Publication, 1976.

Hogstel, Mildred O. Nursing Care of the Older Adult. 2nd ed. Albany. NY, Delmar, 1988.

House, Jame S. Work Stress and Social Support. Phillippines : Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1981.

Hubbard, P. et al.. "The Relationship Between Social Support and Self-Care Practices," Nursing Research. 33 : 266 - 269 ; 1984.

Jalowice, A. and M.J.Power. " Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients," Nursing Reserch. 30 : 10 - 15 ; 1981.

Kaplan, Berton H. et al. "Social Support and Health," Medical Care. 15 : 47- 58 ; 1977.

Kart, Carys. The Realities of Aging. Boston : Allyn and Bacon, Inc., 1981.

Lawrence, M.W. " Memory loss age : A test of two strategies for its retardation," Humam Aging. ed. by S.Chown. Harmonds-worth : Penguin Books, 1972.

- Levin, L.S. "The Layperson as the Primary Care Practitioner," Public Health Report. 91 : 206 - 216 ; 1976.
- Linn, M., and Hunter, K. "Perception of age in the elderly," Journal of Gerontology. 34 : 46 - 52 ; 1979.
- Lubben, J.M., P.G. Weiler and I. Chi. "Gender and Ethnic Differences in the Health Practices of the Elderly Poor," Journal of Health and Social Behavior. 14 : 725 - 733 ; March, 1989.
- Maguire, G.H. Care of the Elderly : A Health Team Approach. Boston : Little, Brown and Company, 1985.
- Mc. Glone, F.B. and E. Kick. "Health Habits in relation to aging," Journal of American Geriatrics Society. 11 : 481 - 488 ; 1978.
- Mc. Nett, S.C. "Social Support, Treat and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled," Nursing Research. 36 : 98 - 103 ; 1987.
- Miller, M.P. "Factors Promoting wellness in the Aged Person : An Ethnographic Study," Advanced in Nursing Science. 13 : 38 - 51 ; June, 1991.
- Morrow W.R. and R.C. Wilson. "Family Relation of Bright High Achieving and Under-Achieving High School Boy," Child Development. 32 : 501-510 ; 1961.
- Murry, R.B. and J.P. Zentner. Nursing Assessment & Health Promotion through the Life Span. New York : New Jersey Prentice - Hall, 1979.
- Neugarten, B.L., R.J. Havighurst and S.S. Tobin. "The Measurement of Life Satisfaction," Journal of Gerontology. 16 : 134 - 145 ; 1961.

- Neimi, M.L. et al. "Quality of Life 4 Years after stroke," Stroke. 19 : 1101 ;
September, 1988.
- Orem, D.E. Nursing : Concept of Practice. 2nd ed. New York : McGraw Hill
Book Company, 1980.
- _____. Nursing Concept of Practice. 3rd ed. New York : Mc Graw Hill Book
Company, 1985.
- _____. Nursing Concept of Practice. 4th ed. Missouri : St. Louis, 1991.
- Palmore, E.B. and C. Luikart. "Health and Social Factors Related to Life
Satisfaction," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 68 ; 1972.
- Parent, C. and A. Whall. "Physical activity and self esteem," Journal of Gerontological
Nursing. 10 : 8 - 11 ; 1984.
- Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk-Connecticut :
Appleton & Lange, 1982.
- Perri, Samuel H and Donald I. Templer. "The Effects of and Aerobic Exercise
Program on Psychological Variable in Older Adults," International Journal
of Aging and Human Development. 20 : 167 - 172 ; 1985.
- Speak, D.L. "Health Promotion Activity in the Well Elderly," Health Values. 11 :
25 - 30 ; November - December, 1987.
- Stacey, C. et al. "Simple Cognitive and Behavioral Changes Resulting from Improved
Physical Fitness in Persons over 50 Years of Age," Journal on Aging. 4 :
67 - 74 ; June, 1985.
- Stenback, Asger, Kumpulainen and Vauhkonen. "Illness and Health Behavior in
Septuagenarians," Journal of Gerontology. 33 : 57 - 61 ; 1974.

- Thoits, Peggy A. "Conceptual, Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," Journal of Health and Social Behavior. 23 : 145 -159 ; 1982.
- Tissue, T. et al. "Look at self health among the elderly," Journal of Gerontology. 27 : 91 - 94 ; 1979.
- Turner, R. "Social Support as a Contraingency in Psychological Well being," Journal of Health and Social Behavior. 22 : 357 - 367 ; 1981.
- Walker, Suon N., K.R. Sechrist and N.J. Pender. "The Health Promoting Life style Profile : Development and Psychometric Characteristic," Nursing Research. 36 : 76 - 81 ; 1987.
- Walker, S.N. et al. "Health Promotion Life styles of Older Adults : Comparisions with Young and Middle- Aged Adults Correclates and Patterns," Advance Nursing Science. 11 : 76 - 90 ; 1988.
- Wallace, R., T.F. Cunningham and V. Monte. "Changes in the relationship between self esteem and locus of Control," The Journal of Social Psychology. 1984.
- Wallston, K.A. Maides and B.S. Wallston. "Health-related information seeking as a function of health- related locus of control and health valves," Journal of Research in Personality. 10 : 215 - 222 ; 1976.
- Wiess, R. "The Provision of Social Relationships," in Doing unto Other. P. 17 -26. edited by Zick Rubin. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall, 1974.
- Willits, F.K. and D.M. Crider. "Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years," Journal of Gerontology. 43 : S172 - 1761 ; September, 1988.

Wheaton Blair. "Models for the Stress-Buffering Function of Coping Responses,"
Journal of Health and Social Behavior. 26 : 352 - 364 ;1985.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- แบบสอบถาม

- ค่าความเชื่อมั่น ค่าอำนาจจำแนก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ข้อชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. ความมุ่งหมาย แบบสอบถามฉบับนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคมและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ต่อไป

2. ลักษณะของแบบสอบถาม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ สัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

3. การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงของท่าน

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว

1. ปัจจุบันท่านอยู่ในชมรมผู้สูงอายุใด

- () ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
- () ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง
- () ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน
- () ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. อายุ.....ปี

4. สถานภาพสมรส

- () โสด
- () คู่
- () หม้าย
- () หย่า
- () แยก

5. การศึกษา

- () ต่ำกว่าประถมศึกษา
- () ประถม - มัธยมศึกษา
- () อนุปริญญา - ปริญญาตรี
- () สูงกว่าปริญญาตรี

6. ฐานะทางเศรษฐกิจ

- ☐ เพียงพอ (รายได้เพียงพอกับรายจ่าย)
- ☐ ไม่เพียงพอ (รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย)
- ☐ เหลือใช้ (รายได้มากกว่ารายจ่าย)

7. ท่านมีรายได้ สูงสุด จากแหล่งใด

- ☐ บุตรหลาน
- ☐ ญาติพี่น้อง
- ☐ ค่าเช่า ดอกเบี้ย
- ☐ เงินบำนาญ
- ☐ ทำงานด้วยตนเอง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. ลักษณะครอบครัวของท่านเป็นแบบใด

- ☐ ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรส บุตร รวมทั้งหมด..... คน)
- ☐ ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรส บุตร และครอบครัว
ของบุตร หรือญาติพี่น้อง รวมทั้งหมด..... คน)

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ตอนที่ 2 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship)

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

สัมพันธภาพในครอบครัว	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. คนในครอบครัวรักและห่วงใยท่านเสมอ 2. คนในครอบครัวส่วนใหญ่เข้าใจว่าท่านชอบและต้องการอะไร 3. คนในครอบครัวให้ความเคารพนับถือท่านเสมอ 4. คนในครอบครัวมักพูดให้ท่านน้อยใจเสมอ ๆ 5. ท่านสามารถว่ากล่าวตักเตือนคนในครอบครัวได้ 6. ทุกคนในครอบครัวมักมาขอคำปรึกษาหารือกับท่านเสมอ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น 7. ท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว สมกับเป็นผู้สูงอายุ 8. เมื่อท่านเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือหรือดูแล จากคนในครอบครัว 9. เมื่อคนในครอบครัวไปเที่ยวพักผ่อน จะชวนท่านให้ ไปด้วยเสมอ 10. ท่านใช้เวลาพักผ่อนส่วนใหญ่อยู่ในบ้านกับคนในครอบครัว เช่น ดูทีวี ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ฯลฯ			

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อยที่สุด
ด้านอารมณ์ 1. เมื่อท่านมีเรื่องเดือดร้อนจะมีผู้ให้ความช่วยเหลือ ท่านอยู่เสมอ 2. หากมีอันตรายหรืออาจเกิดอันตรายกับท่านท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างท่าน 3. เมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจ ท่านแน่ใจว่าจะได้ รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง 4. มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจ และ สามารถพูดคุยปัญหา ต่างๆ ที่สำคัญได้					
ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า 5. มีผู้ให้ความเคารพยกย่องไม่ดูแคลนท่าน 6. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานที่ สามารถทำได้เช่น อบรมเลี้ยงดูหลาน 7. มีผู้คอยสนับสนุนให้ท่านกระทำ ในสิ่งที่ประ โยชน์ ต่อตัวท่านเอง เช่นการปลูกต้นไม้ การออกกำลังกาย 8. ท่านมีโอกาสตัดสินใจในกิจกรรมของครอบครัว					
ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 9. เมื่อมีกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามวัย ท่านจะ เข้าร่วมกิจกรรมนั้น 10. ท่านและบุคคลอื่นมีการร่วมมือกันเป็นอย่างดี ในการทำกิจกรรม 11. ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีส่วนสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น 12. ท่านพอใจในการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น เมื่อ มีเวลา					

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อยที่สุด
ด้านข้อมูลข่าวสาร 13.เจ้าหน้าที่ในชมรมผู้สูงอายุให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ท่าน เช่นการออกกำลังกาย และการพักผ่อน เป็นต้น 14.ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการ การดูแลสุขภาพตนเองอย่างเพียงพอ 15.ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสารที่ทันสมัย เกี่ยวกับสุขภาพอยู่เสมอ ด้านเงินทอง สิ่งของ แร่งงาน 16.มีบุคคลที่จะ ไปไหนกับท่านเมื่อ ท่านต้องการ 17.เมื่อท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน จะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน 18.เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงินจะมีผู้คอยช่วยเหลือ ท่าน 19.เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน					

ตอนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ตรงกับ ตัวท่าน มากที่สุด	ตรงกับ ตัวท่าน มาก	ตรงกับ ตัวท่าน ปานกลาง	ตรงกับ ตัวท่าน เล็กน้อย	ไม่ตรง กับตัว ท่านเลย
1. ท่านปรับปรุงการปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง อยู่เสมอ					
2. ท่านจะปรับกิจกรรมให้เหมาะสม เมื่อท่านรู้สึก อ่อนเพลียทำอะไรไม่ค่อยไหว					
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดสภาพแวดล้อม รอบตัวท่านเสมอ					
4. ท่านจะคิดถึงเรื่องของสุขภาพเป็นอันดับแรก					
5. ท่านไม่ค่อยมีกำลังวังชาที่จะดูแลตนเองได้ ตามต้องการ					
6. ท่านพยายามแสวงหาวิธีดูแลตนเองให้ดีขึ้น					
7. ท่านรับประทานอาหารที่เพียงพอ เพื่อรักษาน้ำหนัก ตัวให้เหมาะสม โดยควบคุมอาหารให้ถูกส่วน					
8. ท่านพยายามที่จะ พึ่งตนเองให้มากที่สุด					
9. ท่านมักจะ นึกถึงการออกกำลังกายและการพักผ่อน ในแต่ละวัน แต่มักไม่ได้กระทำตามที่คิด					
10. ท่านไม่ค่อยได้นอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
11. เมื่อท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตนเอง ท่านไม่เข้าใจ ท่านก็ไม่ได้ทำตาม ให้รู้เรื่อง					
12. ท่านไม่ได้สังเกตดูความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย					
13. เมื่อท่านต้องรับประทานยาใหม่ ท่านถามเกี่ยวกับ ผล และ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา					
14. ท่านได้เปลี่ยนแปลงสุขนิสัยบางอย่าง เพื่อปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น					
15. ท่านมักจะดูแลความปลอดภัยของตนเองและ ครอบครัวอยู่เป็นประจำ					
16. ท่านได้ตรวจตราในสิ่งที่ท่านปฏิบัติอยู่ให้ถูกต้อง เพื่อรักษาสุขภาพเป็นประจำ					

ข้อความ	ตรงกับ ตัวท่าน มากที่สุด	ตรงกับ ตัวท่าน มาก	ตรงกับ ตัวท่าน ปานกลาง	ตรงกับ ตัวท่าน เล็กน้อย	ไม่ตรง กับตัว ท่านเลย
17. ท่านมักไม่ได้ให้เวลาในการดูแลตนเอง ในชีวิตประจำวัน					
18. ท่านไม่มีเวลาว่างให้กับตนเอง					
19. เนื่องจากท่านมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวท่านจึง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามที่ต้องการ					

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถามวัดสัมพันธภาพในครอบครัว การ
สนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.471
2	0.279
3	0.269
4	0.195
5	0.728
6	0.18
7	0.544
8	0.361
9	0.074
10	0.027

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.62

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.51
2	0.549
3	0.607
4	0.674
5	0.486
6	0.624
7	0.752
8	0.676
9	0.492
10	0.68
11	0.543
12	0.498
13	0.197
14	0.585
15	0.613
16	0.742
17	0.651
18	0.602
19	0.749

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.92

แบบวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.525
2	0.427
3	0.61
4	0.562
5	0.407
6	0.55
7	0.507
8	0.681
9	0.368
10	0.248
11	0.163
12	0.278
13	0.177
14	0.768
15	0.646
16	0.659
17	0.59
18	0.496
19	0.277

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 0.84

ภาคผนวก ข.

- รายนามผู้เข้าร่วมงาน
- หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ทม 1007/ 6679.



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 พฤศจิกายน 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัสรา อวรณ์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ไม่มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม
กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อ. วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ ตอบแบบ
สอบถาม ในระหว่างเดือนธันวาคม 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

Mr. Moen

(นางสาวศิริฎา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/ 5131

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒ ธันวาคม 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอิสรา อารมณ์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคมกับความ
สามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

ศส.จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อ.วิริษา สุขวงศ์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล,
โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ตอบแบบสอบถาม
ในระหว่างเดือนธันวาคม 2539 - มกราคม 2540 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/ 5047

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

จ. พฤษจิกายน 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัสรา อารณ์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับ
ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในการควบคุมของ

ศศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อ. วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถาม ในระหว่าง
เดือนธันวาคม 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ ๕648



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๒ พฤศจิกายน 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัสรา อวรรณ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับ
ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในการควบคุมของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อ. วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถาม ในระหว่าง
เดือนธันวาคม 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ ๕๐๔๑



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

พ.ศ. ๒๕๓๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัสรา อวรณ์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับ
ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในการควบคุมของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อ. วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถาม ในระหว่าง
เดือนธันวาคม ๒๕๓๙ เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/ 5050

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๒ พฤศจิกายน 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอัสรา อารมณ์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้ี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับ
ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในการควบคุมของ

ศศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

อ.วิริยา สุขวงศ์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถาม ในระหว่าง
เดือนธันวาคม 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้ี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

31 ตุลาคม 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือการทำปริญญานิพนธ์

เรียน ท่านผู้เชี่ยวชาญที่เคารพ

ในการประเมินข้อคำถามในแบบสอบถาม เพื่อการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครนี้ ดิฉันได้แนบ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า และสมมติฐาน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย ขอได้โปรดประเมินข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยตรวจเช็คในแต่ละหัวข้อว่า ใช้ได้ ใช้ไม่ได้หรือต้องปรับปรุงแก้ไข หากเห็นควรต้องปรับปรุงแก้ไข ขอได้โปรดแก้ไขข้อความลงในข้อคำถามนั้น ๆ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านอาจารย์ และขอขอบพระคุณล่วงหน้าเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ด้วยความเคารพ

อัสรา อารณ์

(นางอัสรา อารณ์)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว อัสรา ชื่อสกุล อวรณ์

วันเดือนปีเกิด 9 เมษายน พ.ศ. 2508

สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัด ตรัง

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 53/290 ถนนติวานนท์ ตำบล บ้านใหม่ อำเภอ ปากเกร็ด

จังหวัด นนทบุรี 10130

ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการพยาบาล 5

สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2524 ม.ศ. 3 จากโรงเรียนสภาราชนิ อำเภอ เมือง จังหวัด ตรัง

พ.ศ. 2526 ม.ศ. 5 จากโรงเรียนวิเชียรมาตุ อำเภอเมือง จังหวัด ตรัง

พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)

จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พ.ศ. 2540 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร