

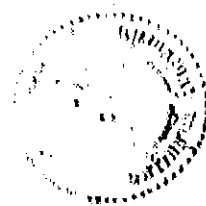
ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

13 ต.ค. 2540

ปริญญานิพนธ์

ของ

จุฑาวรรณ์ พิมพ์ลาภณ์



เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

68119

**ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา**

**บทคัดย่อ**

**ของ**

**จุฑาวิทย์ ก่อผลานนท์**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นวิทยานิพนธ์ของการศึกษา**

**ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา**

**เมษายน 2540**

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 50 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบอย่างง่ายใช้แผนการวิจัยชนิดกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว (One Group Pretest Posttest Design) ซึ่งกิจกรรมกระบวนการกลุ่มใช้เวลา 14 วัน วันละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นแบบสอบถามความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ศึกษาต่อก่อนดำเนินการกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน สภาพการเป็นอยู่อาศัยต่างกัน และมีรายได้เฉลี่ยต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 แต่การปฏิบัติไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่เจตคติ และการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ความรู้ และเจตคติไม่แตกต่างกัน

THE EFFECTIVENESS OF PARTICIPATION IN SELF-HELP GROUP ON SELF-CARE  
BEHAVIORS OF THE ELDER IN CHANGWAT NAKHONRATCHASIMA

AN ABSTRACT

BY

JUTARAT KUMPALANONE

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

April 1997

The purpose of this study was to investigate and compare the perception of knowledge, attitude and practice for the self-care behaviors of the elders in Changwat Nakhonratchasima.

The Samples were 50 of elders and selected by simple random sampling method. The Randomized One Group Pretest - Posttest Design was used. The samples were taught about participation in self-help about 90 minutes each day in 14 days.

The instruments for collecting data were the questionnaire built by researcher about self-care behaviors. The data were analyzed by percentage, overage, standard deviation, t-test and F-test statistics.

The results revealed that :

1. After the experimental, knowledge, attitude and practice about self-care behaviors of the elders were statistically significant higher than the control group at the .01 level.
2. There were no statistically significant differences about self-care behaviors in sex, living situation and income of the elders.
3. There were statistically significant differences about self-care behaviors in age of knowledge and attitude at the .01 and .05 level but there was no difference of Practice.
4. There was statistically significant difference about self-care behaviors in education level at the .01 level but there were no differences of attitude and practice.
5. There was statistically significant difference about self-care behavior in marital status at the .01 level but there were no differences of knowledge and attitude.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปัญหานี้อย่างถี่ถ้วนแล้ว เห็นสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

..... กรรมการ

(อ.พิมพ์ศรี โตคติเทพย์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

..... กรรมการ

(อ.พิมพ์ศรี โตคติเทพย์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ.สุจินต์ ปริขามารณ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ.ร.ท.ไพฑูรย์ อ่อนมิ่ง ร.น.)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปัญหานี้อย่างถี่ถ้วนแล้ว เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.ศิวภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 30. เดือน เมษายน พ.ศ. 2540

## ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ทวิสิทธิ์ ลิทธิกร อาจารย์พิมพ์ศรี โคอติเทพย์ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารณ อาจารย์เรือโทใหญ่ลย์ อ่อนมั่ง กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสี่ท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑาสพงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรืองชัย บุญศักดิ์ อาจารย์ทองหล่อ วิภาวี ทันตแพทย์หญิงกนิยา บุญธรรม นางสาวศุภาพิชญ์ จรุงฉาย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการสร้างเครื่องมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์อ่องอาจ วิชิรพันธ์สกุล นายแพทย์สาธิตาธรรมสุขจังหวัดนครราชสีมา นายแพทย์ประทุมทอง ยาทุม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโชคชัย นายแพทย์พัฒนา เป้าสาธิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลครบุรี นายแพทย์เกรียงศักดิ์ คุรุณกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิงส้าง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลโชคชัยและครบุรี ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณปัทมา กิมพลานนท์ คุณภาณุ กิมพลานนท์ คุณนันทิยา กิมพลานนท์ คุณสุนันท์ วงศ์ทองเหลือ คุณกรกช ใจหาญ ร้อยตำรวจเอกปรีชา เนตรประชา ตลอดจนเพื่อน ๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการท้าวานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ คุณพ่อ คุณแม่ ครู อาจารย์ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการวางรากฐานการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย

จุฑารัตน์ กิมพลานนท์

## สารบัญ

| บทที่                                       | หน้า |
|---------------------------------------------|------|
| 1 บทนำ .....                                | 1    |
| คำนำ .....                                  | 1    |
| ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า .....        | 6    |
| ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า .....           | 7    |
| ข้อตกลงเบื้องต้น .....                      | 7    |
| ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า .....              | 8    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ .....                       | 9    |
| 2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย .....      | 12   |
| เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย .....        | 12   |
| การวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....                 | 69   |
| การวิจัยในต่างประเทศ .....                  | 69   |
| การวิจัยในประเทศไทย .....                   | 73   |
| สมมติฐานทางการวิจัย .....                   | 80   |
| 3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า .....           | 82   |
| แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง .....           | 82   |
| ประชากร .....                               | 82   |
| กลุ่มตัวอย่าง .....                         | 82   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... | 83   |
| ลักษณะของเครื่องมือ .....                   | 83   |
| ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ .....           | 86   |
| เกณฑ์ในการให้คะแนน .....                    | 86   |
| การหาคุณภาพเครื่องมือ .....                 | 88   |

| บทที่                                      | หน้า |
|--------------------------------------------|------|
| วิธีดำเนินการทดลอง .....                   | 89   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล .....                   | 91   |
| สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....      | 91   |
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....               | 98   |
| สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....  | 98   |
| ผลการศึกษาค้นคว้า .....                    | 99   |
| 5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ ..... | 128  |
| บทย่อ .....                                | 128  |
| ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า .....       | 128  |
| วิธีดำเนินการวิจัย .....                   | 128  |
| เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง .....           | 129  |
| การวิเคราะห์ข้อมูล .....                   | 130  |
| สรุปผลการศึกษาค้นคว้า .....                | 131  |
| อภิปรายผล .....                            | 133  |
| ข้อเสนอแนะ .....                           | 141  |
| ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป .....        | 141  |
| บรรณานุกรม .....                           | 143  |
| ภาคผนวก .....                              | 152  |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย .....                | 224  |

## บัญชีตาราง

| ตาราง                                                                                                                 | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 สถิติประชากรในช่วงอายุต่าง ๆ ในประเทศไทย (พ.ศ. 2490 - 2543) จำแนกตามลักษณะประชากร .....                             | 2    |
| 2 ประชากรของประเทศไทยจำแนกตามอายุ (หน่วยเป็นร้อยละ) .....                                                             | 3    |
| 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้ .....                | 99   |
| 4 เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม .....        | 102  |
| 5 เปรียบเทียบคะแนนด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม .....         | 103  |
| 6 เปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม .....     | 104  |
| 7 เปรียบเทียบความรู้กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ..                                              | 105  |
| 8 เปรียบเทียบเจตคติกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ..                                               | 106  |
| 9 เปรียบเทียบการปฏิบัติกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ..                                           | 107  |
| 10 การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ .....                       | 108  |
| 11 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ .....                      | 109  |
| 12 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อายุแตกต่างกัน ..... | 110  |
| 13 การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ .....                        | 111  |
| 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ .....                       | 112  |

| ตาราง                                                                                                                  | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 15 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ คะแนนด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมกา<br>ดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อายุแตกต่างกัน ..... | 113  |
| 16 การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ .....                   | 114  |
| 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ .....                  | 115  |
| 18 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับ<br>การศึกษา .....                         | 116  |
| 19 เปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับ<br>การศึกษา .....                          | 117  |
| 20 เปรียบเทียบด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนก<br>ตามระดับการศึกษา .....                  | 118  |
| 21 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้สูงอายุ<br>จำแนกตามระดับการศึกษา .....           | 119  |
| 22 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้สูงอายุ<br>จำแนกตามสถานภาพสมรส .....              | 120  |
| 23 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส .....         | 121  |
| 24 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย .....       | 122  |
| 25 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย .....        | 123  |
| 26 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย .....    | 124  |
| 27 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย .....           | 125  |

| ตาราง                                                                                                             | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 28 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย .....     | 126  |
| 29 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย ..... | 127  |
| 30 รายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ<br>พฤติกรรม การดูแลตนเอง .....        | 159  |
| 31 คะแนนความรู้สึกล่วงก่อนและสับสนหลังการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ<br>ผู้สูงอายุ .....                   | 172  |
| 32 คะแนนเจตคติสอบถามก่อนและสอบถามหลังการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง<br>ของผู้สูงอายุ .....                    | 174  |
| 33 คะแนนการปฏิบัติสอบถามก่อนและสอบถามหลังการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือ<br>ตนเองของผู้สูงอายุ .....                | 176  |
| 34 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายข้อภายหลังการทดลอง ..                                         | 178  |
| 35 คะแนนเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายข้อภายหลังการทดลอง ..                                          | 179  |
| 36 คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายข้อภายหลังการทดลอง                                         | 180  |

## บัญชีภาพประกอบ

| ภาพประกอบ                                      | หน้า |
|------------------------------------------------|------|
| 1 แสดงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ..... | 28   |
| 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....                   | 80   |
| 3 แสดงการบรรยายของผู้วิจัยและผู้นำกลุ่ม .....  | 221  |
| 4 แสดงการทำงานของประธานกลุ่ม .....             | 221  |
| 5 แสดงการนัดเพื่อคลายเครียด .....              | 222  |
| 6 แสดงการประชุมกลุ่ม .....                     | 222  |
| 7 แสดงการเสนอแนะวิธีแก้ไขปัญหา .....           | 223  |
| 8 แสดงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ .....        | 223  |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความ

ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่าง ๆ มีความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ก่อให้เกิดการพัฒนาศาสตร์ในสาขาวิชาต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ต่อมวลมนุษย์อย่างสูงสุด โดยจะยกตัวอย่างถึง ผลการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าและโครงการต่างๆ ที่ประสบผลสำเร็จได้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยสามารถลดอัตราการตาย ลดอัตราการเพิ่มของประชากร รวมไปถึงความสำเร็จของการลดอัตราการเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็ว อันเป็นสาเหตุที่ทำให้สัดส่วนของประชากรได้เปลี่ยนแปลงไป

จากรายงานการศึกษาวิจัยขององค์การสหประชาชาติ ได้พบว่าแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2543 โลกจะมีประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 580 ล้านคน และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นประชากรแถบเอเชีย (280 ล้านคน) ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรโลกเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 52 แต่อัตราการเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 102 ซึ่งนับว่าเป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วมาก (จรัสวรรณ เทียนประภาส. 2536 : 3)

สำหรับการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทยเป็นผลมาจากการลดอัตราการตายและการลดอัตราการเพิ่มประชากร รวมถึงผลจากการพัฒนาทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเช่นเดียวกัน โดยที่อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในประเทศไทย ยืนยาวมากขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2528-2533 อายุขัยเฉลี่ยของชาย เท่ากับ 61.8 ปี และหญิง เท่ากับ 67.5 ปี ส่วนผู้สูงอายุชาย-หญิง ที่อายุ 60 ปี จะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยเฉลี่ยอีกประมาณ 15.4 ปี และ 17.5 ปี ตามลำดับ ในอีกประมาณ 20-25 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุชายและหญิงจะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 18.6 ปี (นภาพร ขโยวรรณ และมาลินี วงศ์สิทธิ์. 2532 : 1) ซึ่งก็เป็นสาเหตุให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 สถิติประชากรในช่วงอายุต่าง ๆ ในประเทศไทย (พ.ศ. 2490 - 2543) จำแนกตามลักษณะประชากร

| ลักษณะประชากร                | พ.ศ. |      |      |      |      |      |      |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
|                              | 2490 | 2503 | 2513 | 2523 | 2527 | 2537 | 2543 |
| ประชากรทั้งหมด*              | 17.4 | 26.3 | 34.4 | 44.4 | 50.6 | 56.3 | 64.4 |
| - ชาย                        | 8.4  | 13.2 | 17.1 | 22.3 | 25.5 | 28.2 | 32.2 |
| - หญิง                       | 8.7  | 13.1 | 17.3 | 22.5 | 25.1 | 28.1 | 32.2 |
| อายุ 5 ปี**                  | -    | 16.2 | 16.4 | 12.1 | -    | 11.1 | 8.9  |
| อายุ 16-60 ปี**              | -    | 52.2 | 49.8 | 56.4 | -    | 60.5 | 65.0 |
| อายุ 60 ปีขึ้นไป**           | -    | 4.5  | 5.1  | 5.3  | -    | 6.1  | 7.9  |
| ประชากรในเมือง**             | -    | 12.5 | 13.2 | 17.0 | 17.5 | 18.7 | 20.5 |
| จำนวนประชากรต่อตารางกิโลเมตร | 34   | 51   | 70   | 87   | 98   | 109  | 125  |

\* หน่วยต่อล้าน

\*\* หน่วยร้อยละ

ที่มา : จาเวียง ฤชมะสุวรรณ. 2535 : 1

ในขณะที่เดียวกัน คณะทำงานวางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2537) ได้ทำการศึกษาแล้วพบผลกระทบที่มีผลต่อการวางแผนประชากรอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจนคือเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลงจากร้อยละ 45.10 เหลือร้อยละ 33.40 ส่วนประชากรวัยทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.50 เป็นร้อยละ 60.60 ประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนมากขึ้นจากร้อยละ 4.90 เป็นร้อยละ 6.10 ตามลำดับ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 ประชากรของประเทศไทยจำแนกตามอายุ (หน่วยเป็นร้อยละ)

| กลุ่มอายุ/เพศ | 2512  | 2523  | 2533  | 2543  |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| 0 - 14 ปี     | 45.10 | 40.00 | 33.40 | 27.40 |
| 15 - 59 ปี    | 50.50 | 54.60 | 60.60 | 65.00 |
| 60 ปีขึ้นไป   | 4.90  | 5.90  | 6.10  | 7.10  |

ที่มา : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและ  
กลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งจำนวนและสัดส่วนต่อประชากรวัยอื่น ๆ ในการคาด  
ประมาณสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ตามข้อสมมุติของระดับการเจริญพันธุ์ระดับกลางของ  
องค์การสหประชาชาติ คาดว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 5.40 ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 7.70  
ในปี พ.ศ. 2543 และเป็นร้อยละ 13.10 ในปี พ.ศ. 2562 (นภาพร ขโยววรรณ, จอห์น  
โนเคล และศิริวรรณ ศิริบุญ. 2535 : 94 - 95) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 12 ล้านคน  
หรือร้อยละ 15.70 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2568 (บรรลุ ศิริพานิช. 2531 : 432)

การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้  
โครงสร้างทางสังคม วิธีการดำเนินชีวิต ตลอดจนประเพณี ค่านิยมต่าง ๆ เปลี่ยนไป สภาพ  
ครอบครัวไทย ซึ่งแต่เดิมมีลักษณะเด่น เป็นครอบครัวขยาย (Extended Family) มีคนหลาย  
รุ่นอยู่รวมกันกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ซึ่งมีพ่อแม่ลูกอาศัยอยู่ร่วมกันเท่านั้น  
เข้ามาแทนที่ (โสภาวรรณ วัฒนรัตน์. 2537 : 2) รวมทั้งบทบาทของครอบครัวที่เคยเป็น  
ผู้ให้บริการทางสังคมและดูแลผู้สูงอายุเริ่มลดลงไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง  
ได้รับความยากลำบาก

จากสภาพของร่างกายที่เสื่อมลง การขาดการดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่  
 เลวลง การเจ็บป่วยแต่เพียงเล็กน้อยก็จะกลายเป็นมาก ยากที่จะรักษา ซึ่งมีผู้ศึกษาว่าผู้ที่มีอายุ  
 มากขึ้น จะเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตาเรื้อรัง  
 และหอบหืด (อารมย์ วุฒิปุณย์. 2531 : 45) และทางด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่จะ  
 ต้องพบกับความสูญเสียต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก ทั้งคู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อน  
 ด้วยการตายจากกัน การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน เป็นเหตุให้ขาดรายได้หรือมีรายได้ลด  
 น้อยลง รวมทั้งโอกาสในการกระทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย (โศภาวรรณ วิมลรัตน์.  
 2537 : 3; อ้างอิงมาจาก เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. 2528 : 80)  
 จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ย่อมมีผลกระทบกระเทือนอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก  
 ไม่สามารถปรับตัวได้ หรือยอมรับสภาพดังกล่าวได้ ไม่สามารถรักษาสมดุลย์ของจิตใจและ  
 สิ่งแวดล้อมไว้ได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ระวัง สับสน  
 นอนไม่หลับ (ประภาพร จินนุทยา. 2536 : 2) จะเห็นได้ว่า ความเปลี่ยนแปลงจากความ  
 เสื่อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง อย่างไรก็ตามตัว  
 ผู้สูงอายุก็ยังคงมีความต้องการการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยที่สภาพกายและสภาพจิตอยู่ในสภาพที่ปกติ  
 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข คุณภาพชีวิตที่ดีย่อมเป็นเป้าหมายสุดท้ายของคนทุกคน  
 คนทุก ๆ คนจะต้องสูงอายุและแก่เช่นเดียวกัน ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ แต่อย่างไรก็ตามการที่จะมี  
 คุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ทุกคนคงจะปฏิเสธไม่ได้ว่าการดูแลตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิต  
 นั้นดีขึ้น

การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตรอด มีภาวะ  
 สุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี การส่งเสริมดำรงรักษาสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ดี การดูแลใน  
 ด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลทางด้านอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน วิชารักษาความสะอาด  
 การใช้ยาอย่างปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุด้านสังคมและจิตวิทยา ได้แก่ การปรับตัว การมี  
 สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม ซึ่งในรูปแบบของการดูแลตนเอง อาจจะถ่ายทอดโดยจากผู้ใหญ่  
 ไปสู่เด็ก จากพ่อแม่ไปสู่ลูก ครู-อาจารย์ไปสู่นักเรียน เจ้าหน้าที่สู่ประชาชนหรือบางครั้งอาจจะ  
 เป็นภายในสมาชิกในกลุ่มเองก็ได้

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยที่กลุ่มจะช่วยเหลือให้สมาชิกเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการปรับตัวในสภาวะต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถเรียนรู้วิธีดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 287) มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมตัวกันด้วยความสมัครใจ และใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาช่วยแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะบุคคลที่แก้ปัญหาต่าง ๆ ผ่านมาแล้ว จะใช้ประสบการณ์ของตนเองมาแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่น กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิกเพื่อสมาชิก (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 264; อ้างอิงมาจาก Resnick. 1986; Steiger and Lipson. 1985) จากจุดนี้เองผู้วิจัยจึงเห็นว่าการดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในผู้สูงอายุ ซึ่งก็จะทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายและจิตที่ดีต่อไป

นอกจากนี้ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้ และพบว่าจากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับ สเปค (Speak. 1987 : 25 - 30) และณรงค์ เทียนส่ง, เขียวลักษณ์ มหาสทิธิวัฒน์, สุพรรณิ นันทชัย พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการดูแลตนเองเช่นกัน (ณรงค์ เทียนส่ง. 2519 : 696; เขียวลักษณ์ มหาสทิธิวัฒน์. 2529 : 108; สุพรรณิ นันทชัย. 2534 : 7)

ในปัจจุบันรัฐบาลได้ตระหนักถึงการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้กำหนดนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) ได้ให้ความสำคัญ โดยกำหนดให้ ส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค โภชนาการ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งจัดบริการพิเศษทางด้านนันทนาการ ฯลฯ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 12 - 30) และเพื่อเป็นการสนองนโยบายของรัฐบาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา นายองอาจ

วชิรพันธุ์สุด ได้กำหนดนโยบายการปฏิบัติงานในทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุข จังหวัด นครราชสีมา ปี พ.ศ.2539 คือ ส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เกิดโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นสำหรับโรคง่าย ๆ และการดูแลตนเองในชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข. 2539 : อัคราเนนา)

โดยที่อำเภอครบุรี ก็เป็นหน่วยงานหนึ่งของสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาที่จะต้อง ดำเนินงานตามนโยบายนี้ ปัจจุบันอำเภอครบุรี มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล จำนวน 4,205 คน ทางสาธารณสุขอำเภอครบุรี ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ใน ชุมชน แต่จะเป็นลักษณะที่ผู้ให้คำแนะนำนั้นเป็นตัวเจ้าหน้าที่เอง ซึ่งบางครั้งในการให้คำแนะนำ ก็มีปัญหาไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ตัวผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ปัญหาของตัวเองได้

ในฐานะที่ผู้วิจัยได้เป็นผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพ ทราบถึงปัญหานี้ จึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพแบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการใช้กระบวนการกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองมาประยุกต์ใช้กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนได้มี การดูแลตนเอง โดยสมาชิกในกลุ่มแก้ปัญหาตนเอง โดยที่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษารายกรณีถึงความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และมุ่งหวังว่าผลจากการศึกษครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบของการดูแลตนเอง ของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรม ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ภายหลังการดำเนินงานกลุ่ม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยที่แตกต่างกันในกระบวนการกลุ่ม ช่วยเหลือตนเอง

### ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุง และส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา
2. ผลการวิจัยจะช่วยให้ทราบถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ
3. เป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. ให้ประชาชนทั่วไป ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น
5. เป็นแนวทางในการศึกษาถึงรูปแบบการดูแลตนเอง ตามตัวแปรต่าง ๆ ในโอกาสต่อไป

### ข้อตกลงเบื้องต้น

- ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะต้องมีความสอดคล้องดังนี้
- มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
  - ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ
  - มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยท้องถิ่น
  - มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา และเป็นสมาชิกอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ
  - จะเข้าร่วมในการวิจัย ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

### ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

#### ประชากร

การศึกษาวิจัยนี้ใช้ประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2539 จำนวน 4 ชมรม คือ ชมรมผู้สูงอายุบ้านแซะ ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองวัง ชมรมผู้สูงอายุบ้านไผ่ ชมรมผู้สูงอายุบ้านไชยวาล ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 100 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2539 จำนวน 50 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

#### ตัวแปรที่จะศึกษา

##### ตัวแปรอิสระ ได้แก่

##### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 สถานภาพสมรส
- 1.5 สภาพการอยู่อาศัย
- 1.6 รายได้เฉลี่ย

##### 2. กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- 2.2 เจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- 2.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กระบวนการในการกระทำร่วมกัน (Interaction) ของบุคคลที่มีปัญหาล้ายคลึงกันมารวมตัวกัน โดยความสมัครใจ และใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะบุคคลที่แก้ปัญหาต่าง ๆ ผ่านมาแล้ว จะใช้ประสบการณ์ของตนเองมาช่วยแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิก และเพื่อนสมาชิก

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

2.1 พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จะหมายถึง สภาพการเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอันประกอบด้วย การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2.2 พฤติกรรมด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จะหมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกและท่าทีของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อันประกอบด้วย การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จะหมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุที่กระทำอยู่แล้วหรือพร้อมที่จะกระทำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตเห็นได้และวัดได้ อันประกอบด้วย การ

ดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3. ชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง หมายถึง กลุ่มบุคคลสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา ได้มารวมตัวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายตรงกันในอันที่จะพัฒนาผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยที่ชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา เริ่มก่อตั้งขึ้นในวันที่ 13 เมษายน 2536 โดยมีจำนวนชุมชน 4 ชุมชน คือ ชุมชนผู้สูงอายุบ้านแซะ ชุมชนผู้สูงอายุหนองวัง ชุมชนผู้สูงอายุบ้านไผ่ ชุมชนผู้สูงอายุบ้านไชยวาล

4. เพศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

4.1 เพศชาย

4.2 เพศหญิง

5. อายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกได้ดังนี้ (สำนักงานกลางทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2535)

5.1 อายุ 60 - 64 ปี

5.2 อายุ 65 - 69 ปี

5.3 อายุ 70 - 74 ปี

5.4 อายุ 75 ปีขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการสำเร็จการศึกษาของผู้สูงอายุ แบ่งได้ ดังนี้

6.1 ไม่ได้เรียน

6.2 ระดับประถมศึกษา

6.3 ระดับมัธยมศึกษา

6.4 ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

7. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งจำแนกได้ ดังนี้

7.1 วัสดุ

7.2 ตู้

7.3 หม้าย/หย่า/แยก

8. สภาพการอยู่อาศัย หมายถึง การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น

8.1 อยู่คนเดียว

8.2 อยู่กับสามี/ภรรยา

8.3 อยู่กับบุตร

8.4 อยู่กับญาติ

8.5 อยู่กับบุคคลอื่น

9. รายได้เฉลี่ย หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับจากการประกอบอาชีพ จากญาติ จากเงินบำนาญ อื่น ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 48)

9.1 ไม่มีรายได้

9.2 ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน

9.3 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน

9.4 ตั้งแต่ 7,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

## บทที่ 2

### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ความหมาย คุณลักษณะ ทฤษฎี พฤติกรรมของผู้สูงอายุ การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ กระบวนการกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ตามลำดับ ดังนี้

#### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

##### ความหมายของผู้สูงอายุ

ในการที่จะกำหนดว่าอายุเท่าใดถึงจะบอกว่าเป็นผู้สูงอายุ ย่อมเป็นการยาก แต่อย่างไรก็ตาม การกำหนดอายุตามปีปฏิทินก็จะเป็นการสะดวกมากที่สุด โดยถือเอาว่าผู้ที่มีอายุปฏิทิน 60 ปี ต้องเกษียณราชการ เพราะถือว่าเป็นผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการพักผ่อนหลังจากที่ได้ตรากตรำทำงานหนักมาเป็นเวลานาน แต่อย่างไรก็ตาม การเป็นผู้สูงอายุจะยึดหลักอายุปฏิทินเพียงอย่างเดียวคงไม่ได้ เนื่องจากภาวะสูงอายุของแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน ซึ่งก็จะเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน การระบุงูแลรักษาสุขภาพแตกต่างกัน ตลอดจนสภาวะทางอารมณ์ที่ต่างกันไป นอกจากนี้พันธุกรรมและเพศก็เป็นตัวกำหนดภาวะความสูงอายุนี้อีกด้วย (ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. 2535 : 12) ดังนั้น ในความหมายของผู้สูงอายุได้มีผู้ให้ไว้หลายประการ พอสรุปได้ดังนี้

ความหมายของผู้สูงอายุ คำว่า แก่ คนชรา ชราภาพ หรือคำอื่น ๆ ซึ่งเป็นคำล้อเลียน ที่มีความหมายเช่นเดียวกันนี้ พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายว่า ความแก่ ความชราวุฒิตุโรฒ ดังนั้น ในวันที่ 1 ธันวาคม 2512 ซึ่งมีการประชุมคณะผู้อาวุโสครั้งแรก พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิ์ ลิขิตสุนทร จึงได้เสนอคำว่า ผู้สูงอายุ ขึ้น (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524 : 3) และได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพที่กำบังลดลง เชื่องช้า
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรค ควรได้รับความช่วยเหลือ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2524 : 2) ได้แยกระดับการมีอายุเป็น 2 ระดับ คือ อายุระหว่าง 60 - 75 ปี เรียกว่า วัยเริ่มมีอายุ (Young Old) และระยะที่ 2 อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีอายุเต็มที่ (Old หรือ Realy Old)

กรมประชาสงเคราะห์ (2526 : 11) ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุหมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ

บรรลु ศิริพานิช (2526 : 40) ได้เสนอว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

สมัชชาโลกผู้สูงอายุได้มีมติที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นประชากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่ลูกหลาน และเยาวชนรุ่นหลัง อีกทั้งยังเป็นผู้ที่ทำประโยชน์แก่สังคม หากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่อนุชนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี (โสภาวรรณ วิมลรัตน์. 2537 : 15)

ไบร์เรน (Birren) ได้กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็นผู้ชราขึ้นควรพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคม สำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ทางด้านจิตนั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความสอดคล้องในการรับรู้ การจดจำ การรับความรู้ใหม่ ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตน ส่วนทางด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ ถ้าจะใช้หลักของไบร์เรน เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใดคือ

ผู้ชราก็คือ เน้นการทบทวนที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลนั่นเอง ถ้ายังกระฉับกระเฉงทบทวนที่ได้ดี ปรับตัวก็ยังไม่แก่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส. 2536 : 2)

เมอร์รีน และเซนท์เนอร์ (Murray and Zentner) กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย (จรัสวรรณ เทียนประภาส. 2536 : 12)

จะเห็นว่า มีผู้พยายามให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย เพื่อความสะดวกในการศึกษา จึงจำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์ให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันตามสังคม และเวลาที่อ้างอิงในสังคมตั้งเดิมนั้น การกำหนดผู้สูงอายุใช้บทบาทที่อยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ บทบาทต่าง ๆ นี้ มักจะแสดงความเป็นผู้นำและมีความรับผิดชอบสูง ส่วนในสังคมใหม่มักจะใช้อายุตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจำนวนปีนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น ส่วนประเทศไทยนั้นกำหนดผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (เขมิกายามะริก. 2527 : 12)

คุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ (ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์. 2535 : 14)

1. เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (Good Health)
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยหมดหวัง (Hopefulness)
3. เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง (Activeness)
4. เป็นผู้ที่น่าสนใจ (Charming Personality)
5. เป็นผู้ที่เชื่อถือได้ (Trustworthiness)
6. เป็นผู้ที่มีเกียรติในตนเอง (Dignity)
7. เป็นผู้ที่มีความสุภาพ (Nobility)

#### ทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุ

ประเทศไทยได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำและเป็นผู้ที่มีโรค สมควรได้รับ

การช่วยเหลือ วัยสูงอายุเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ละช่วงของการเปลี่ยนแปลงจะมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และมีอิทธิพลต่อสภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามไม่มีทฤษฎีใดโดยเฉพาะสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ โดยทั่วไปแล้วจะแบ่งได้ 3 แนวทาง ดังนี้คือ

### 1. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านชีวภาพ (Biological Theories)

เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุแห่งความสูงอายุของสังขาร มีอยู่ 3 แนวคิดคือ

1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immunity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติที่น้อยลง จะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มีกจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต การสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองขึ้นมาก เป็นผลร้ายต่อชีวิตโดยมันจะไปทำลายเซลล์ของร่างกายเอง ถ้าเซลล์นั้นเป็นเซลล์ชนิดที่เจริญแล้ว ไม่มีการแบ่งตัวใหม่ก็จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งยวดต่อสังขาร เซลล์ที่มีคุณสมบัติเช่นนี้ ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และเซลล์ของระบบสมองและประสาท ซึ่งเป็นอวัยวะและระบบที่สำคัญ ผู้ที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายโดยกลไกที่ว่ามันจะทำให้หัวใจวายโดยง่าย และผู้ที่เซลล์ของสมองและประสาทถูกทำลายก็มักจะมีอาการหลงลืมหรือมีอาการอื่น ๆ ตามสภาพของความเสื่อมโทรมนั้น ๆ

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้น ๆ ยีน (Gene) จะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และมากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radicals Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภายในร่างกายมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย และในสิ่งแวดล้อม มีเรดิคัลอิสระเกิดอยู่มาตามตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้จะไปทำให้เกิดความผิดปกติและทำให้คอลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อเหนียว มีโรคชราเกิดขึ้นมาก จนทำให้มันเสียความยืดหยุ่นไป

## 2. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านจิตวิทยา

เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้คนสูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป

มีอยู่ 2 แนวคิด คือ

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีกล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรัก แบบด้อยก็ ด้อยกลาย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็น คนสูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเคียดแค้น ร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในสภาวะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้อื่น ใจคับแคบ ถือว่าตัวเองดีกว่าคนอื่นและมักรู้สึกว่าเขาเองทำดีกว่าใครไม่ค่อยขึ้น ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุ ที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตปั่นป่วนมักเศร้าสร้อยน่าสงสาร

2.2 ทฤษฎีความปรารถนาเรื่อง ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปรารถนาเรื่องและคง ความเป็นปรารถนาอยู่ได้ด้วยยังเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีสภาวะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้สอยโดยไม่ เคียดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

## 3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุทางด้านสังคมวิทยา

เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคม เปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งยังมีการทำงานร่วมกัน ทั้งที่เป็นทฤษฎีที่พยายามจะ ช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สถานะทางสังคมของ ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานะของ ผู้สูงอายุในสังคมนั้นก็จะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย

3.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะของผู้สูงอายุในสังคมจะเป็น อย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น ถ้าในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อย สถานะของ ผู้สูงอายุก็มักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

3.3 ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เห็นว่า สถานะของผู้สูงอายุมักจะดี ถ้าผู้สูงอายุ ในสังคมนั้นเป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์

3.4 ทฤษฎีไว้ความผูกพัน ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงคราวสูงอายุลูกหลานและชุมชนเขามักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ควรจะลดความรับผิดชอบและลดความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็ควรจะลดลงเช่นกัน

3.5 ทฤษฎีให้ทำกิจกรรม ทฤษฎีนี้มีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีไว้การะผูกพัน ถึงแม้จะรู้ว่าสังคมและลูกหลานจะให้ความสนใจน้อยลง เมื่อถึงคราวสูงอายุก็น่าจะไปสนใจ จงหาตัวให้ตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามกำลังความสามารถ ทฤษฎีนี้ได้แนะนำต่อไปว่าถ้าจะให้ชีวิตสูงอายุมีความผาสุก ก็จงพอใจในชีวิต จงเป็นตัวของตัวเอง และจงพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้จงดี

### การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งมนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ ในผู้สูงอายุอัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าการเจริญเติบโต จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพก่อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแยกเป็น 3 ด้านคือ

#### 1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อมีการเหี่ยวฝ่อ มีเยื่อพังผืดมากขึ้น กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ทำให้สูญเสียความแข็งแรงของกระดูกและการทรงตัวที่ดี กระดูกจะบางลง ผุ และหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังจะเหี่ยว สูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้ตัวเตี้ยลง 1 เซนติเมตร ทุก 20 ปี ข้อเข่าเสื่อมตามวัย ปวดตามข้อ และทำให้เกิดอุบัติเหตุระหว่างเคลื่อนไหวได้ง่ายขึ้น

#### 1.2 ระบบสัมผัส มีการเสื่อมลง ได้แก่

ตา สายตาเลือนราง เปลี่ยนเป็นสายตายาว เลนส์เกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม การปรับสายตาช้า ทำให้เวียนศีรษะง่าย

หู มีประสาทรับเสียงเสื่อมไป หูตึง ต้องพูดเสียงดัง ๆ จึงจะได้ยินที่แปลกไปคือ ถ้าเสียงต่ำ ๆ จะได้ยินดีกว่าเสียงพูดธรรมดา มีการเสื่อมของหูที่เกี่ยวกับระบบการทรงตัว ทำให้ผู้สูงอายุเดินเซได้

จุมก. มีประสาทรับรู้กลับบกพร่องลงไป

ล้น รุ้สได้้น้อยลง

การรับสัมผัสบริเวณปลายมือ ปลายเท้าเสื่อมลง ทำให้มีความทนต่อความเจ็บปวดสูง ซึ่งอาจเป็นอันตรายได้ เช่น ผิวหนังพองจากความร้อน

1.3 ผิวหนัง จะบางและเหี่ยวแห้ง สีของผิวหนังน้อยลง ทำให้เกิดจุดด่างขาว แต่บางครั้งเกิดตกสะเก็ดจากมีสุมมากขึ้น ต่อมน้ำลายบนใบหน้าน้อย ทำให้ผิวหนัง คัน ต่อมน้ำเหลืองรอบคอ น้อยลง ส่วนผมจะร่วง และเปลี่ยนเป็นสีขาว

1.4 ระบบหายใจ ปอดมีสมรรถภาพลดลง ความจุและความยืดหยุ่นของปอดลดลง เลือดจับออกซิเจนขณะผ่านปอดได้น้อยลง ทำให้เหนื่อยง่าย นอกจากนั้นกลไกการไอทำงานได้น้อยลง ทำให้มีเสมหะสะสมภายในปอดมากขึ้น

1.5 ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต เยื่อผนังด้านในของหัวใจหนาขึ้น มีโคเลสเตอรอลแทรกในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดช้าลง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เกิดหัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะและหัวใจวายได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ยังมีอาการหน้ามืดเป็นลมได้ง่าย เกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่ทัน ขณะมีการเปลี่ยนท่า

1.6 ระบบประสาทและสมอง สมองเสื่อมไป ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมองกล้ามเนื้อและข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย แต่บางคนสามารถจำเรื่องเก่า ๆ ได้ดี

1.7 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฟันหัก การรับประทานอาหารไม่สะดวก ต่อมน้ำลายบนใบหน้าลดน้อย กระตือรือร้นในกระเพาะอาหารมีน้อย ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ภาวะขาดอาหารจึงเกิดได้ง่าย โลหิตจาง ตับและตับอ่อนเสื่อมไป ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายไม่ปกติ ท้องผูกง่าย

1.8 ระบบขับถ่าย ในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้คือ

ระบบขับถ่ายปัสสาวะ เกิดการเสื่อมหน้าที่ ทำให้ไตขับถ่ายของเสียได้น้อยลง ถ่ายปัสสาวะบ่อยเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง ผู้สูงอายุบางรายมีอาการ

ปัสสาวะขัด โดยเฉพาะในเพศชายจากต่อมลูกหมากโต ส่วนในเพศหญิงอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะ  
ไม่อยู่เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน เนื่องจากการคลอดบุตรมาหลายคน

ระบบขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุมักจะต้องท้องผูกจากระบบการย่อยอาหาร  
ไม่ปกติ และร่างกายมีกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการผลิตฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อลดลง ตับอ่อนผลิตอินซูลิน  
ได้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสเป็นเบาหวานง่ายกว่าวัยอื่น

1.10 ระบบภูมิคุ้มกัน ในผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันเสื่อมลง ทำให้ความต้านทานโรค  
ต่ำลง เกิดโรคภูมิแพ้ได้มากขึ้น และมีโอกาสเกิดมะเร็งได้

นอกจากการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ แล้ว ผู้สูงอายุยังมีลักษณะเฉพาะที่เกิดขึ้น  
นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงตามปกติ ได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ผิดปกติหลายอย่าง  
และไม่มีลักษณะที่เฉพาะโรค มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการ  
การรักษา มีโรคแทรกซ้อนในระหว่างทำการรักษาสูง และต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพมาก

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม มีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจและอารมณ์  
ของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในวัยนี้ส่วนใหญ่เป็นไปในทางลบ ได้แก่  
การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต หรือญาติสนิท การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว  
จากบุตรหลานแยกย้ายกันไป การสูญเสียสมรรถนะทางเพศ ทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวล นอกจากนี้  
ปัญหาด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตด้วย ถ้าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ชีวิต  
วัยต้นประสบความสำเร็จจะเป็นผู้ที่มีความเยือกเย็น ยอมรับวัยสุดท้ายด้วยความรู้สึกที่ดี ผู้ที่ประสบ  
ความล้มเหลวในชีวิตวัยต้นจะมีชีวิตในทางตรงข้าม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ นี้ ทำให้ผู้สูงอายุ  
ส่วนใหญ่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เมื่อถูกกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้เสียใจ หงุดหงิด  
หรือโกรธง่าย แต่เมื่อผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงว่าต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ปฏิบัติ  
เป็นเพียงผู้แนะนำ หรือบางครั้งต้องเป็นผู้รับการดูแลเพราะข้อจำกัดของร่างกาย จะช่วยให้  
ผู้สูงอายุรู้จักสัจจกันอารมณ์และแสดงออกในทางที่ดีขึ้นได้

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การต้องออกจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ที่ต้องใช้เวลาในการเตรียมและปรับตัว การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเครียดทางสังคม ปฏิกริยาของสังคมเมื่อทวีผลต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม เดิมผู้สูงอายุมีฐานะเป็นผู้นำให้ความรู้ถ่ายทอดวิชาการ ได้รับการยอมรับนับถือ เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่มีบทบาทเหมือนสังคมเกษตรกรรม ทำให้ผู้สูงอายุขาดการยอมรับจากสังคม และบุตรหลานเกิดความว่าเหวได้

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม ซึ่งเกิดจากการถูกปลดเกษียณ ต้องหยุดรับผิดชอบต่าง ๆ มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก เพราะการเป็นผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าเป็นผู้หมดสมรรถภาพในการทำงาน แต่สังคมกำหนดให้เป็นเช่นนั้น

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบจากผู้ที่มีมือทำงานใช้ความคิดเป็นผู้ที่คอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณา มอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออกสมรรถภาพลดลง นอกจากนี้การยอมรับของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุลดลงกว่าเดิม บางครั้งเห็นว่าผู้สูงอายุกำลังเป็นภาระ และความรับผิดชอบที่เกินความสามารถของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องพึ่งสถานสงเคราะห์คนชราทำให้ปัญหาจิตใจเกิดขึ้นได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, ฤลยา ต้นติผลาชีวะ. 2528 : 80 - 82)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุนี้ ทำให้ผู้สูงอายุบางท่านมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป เพื่อปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บางท่านมีชีวิตที่เรียบง่าย สนุกสนาน บางท่านมีกิจกรรมมากขึ้น จากการมีเวลาว่างมากขึ้น และยังคงการทำงานเพื่อให้ตนเองมีคุณค่า ตามสภาวะสังคมเศรษฐกิจที่อ่อนวัย เพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมตามกำลังความสามารถ มีความพอใจในชีวิต ทำให้ชีวิตวัยสูงอายุมีความสุข ส่วนผู้สูงอายุที่มีชีวิตสันโดษ ว่าง่าย ลดการมีกิจกรรมลง โดยมีความพึงพอใจในสถานภาพที่เป็นอยู่ ลดความห่วงใยลูกหลานและลดกิจกรรมในสังคมลง

**พฤติกรรม** ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้ เช่น เพลโต (Plato) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดขึ้นมาจากภายในตัวมนุษย์เอง กล่าวคือ จิตใจนี้เองที่เป็นต้นกำเนิดให้คนเราแสดงพฤติกรรม อริสโตเติลเชื่อว่าประสบการณ์ของมนุษย์เท่านั้นที่จะทำให้มนุษย์เราเกิดการเรียนรู้เพื่อจะกระทำพฤติกรรม (สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2529 : 9 - 11). จะเห็นว่าความหมายของพฤติกรรมไม่ได้หมายถึงเฉพาะแต่การแสดงออกในท่าทีของมนุษย์เท่านั้น แต่พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติทุกอย่างชนิดที่มนุษย์แสดงออกมา ทั้งที่อยู่ภายในและแสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจจะมีทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น ปฏิบัติของอวัยวะภายในของร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ มักจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิบัติที่คนเราแสดงออกมาตลอดเวลาของการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้คนอื่นได้เห็นทั้งทางวาจาและการกระทำ

สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป ดังที่กล่าวมาแล้ว แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

สุชาติ โสภประยูร (2525 : 33) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และศึกษาโดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้และวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 202) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้น อาจแยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่ว ๆ ไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

บลูม (Bloom. 1975 : 65 - 197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความ สามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกตามลำดับขั้น จากง่ายไปหายากได้ดังนี้

1.1 ความรู้ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการ ทฤษฎีกฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะใน การจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแนชัด ระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวม ส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการ วินิจฉัยพิจารณาของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคล สร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความ สนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรมที่ ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ แบ่งขั้นตอนได้ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่ บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือ มีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความ ตระหนัก ความยินดีที่จะรับ และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า ค่านิยม ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบของค่านิยม

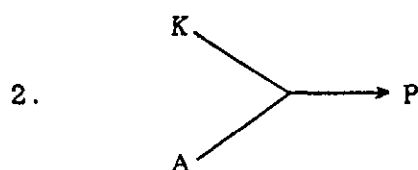
2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่เกิดขึ้น (Characterization by a Value or Value Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนแนวทางของการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคล เป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

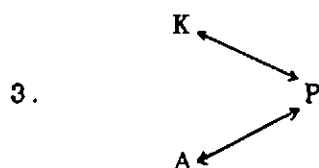
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะคือ

$$1. \quad K \longleftrightarrow A \longleftrightarrow P$$

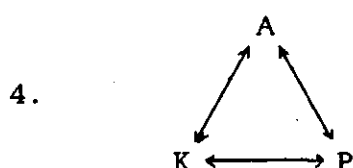
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับ  
เจตคติและเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมี  
ความสัมพันธ์กัน



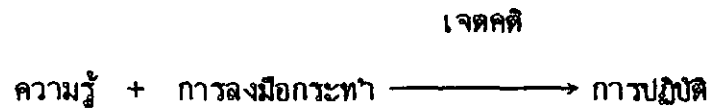
ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นเจตคติเป็นตัวกลาง  
ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

K = Knowledge

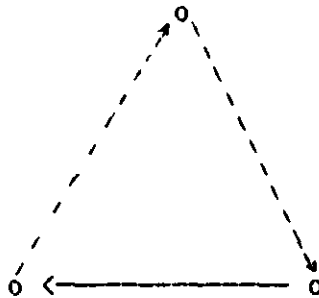
A = Attitude

P = Practice

ในทางสุขภาพนั้น เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี ซึ่งเป็นผลให้สุขภาพดีในที่สุด และเจตคติมีบทบาทสำคัญในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้อ่านจะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติ ซึ่งเปรียบได้กับปฏิกิริยาทางเคมีของส่วนประกอบดังนี้



ปฏิกิริยาจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะใส่ตัวเร่งปฏิกิริยาเช่นเดียวกับความรู้ไม่ถูกนำไปใช้ จนกว่าจะมีเจตคติที่ดีเกิดขึ้นมากพอ เจตคติจึงอาจเปรียบได้กับตัวเร่งปฏิกิริยา ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้น อาจสามารถแสดงรูปแบบความสัมพันธ์ได้อีกแบบหนึ่ง ดังนี้



แต่ละวงกลม หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 นี้ ต่างมีความสัมพันธ์ และมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน เพราะว่าพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ซึ่งสะสมกันมาตั้งแต่เด็ก อีกประการหนึ่ง พฤติกรรมของบุคคลนี้ถูกควบคุมและหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อาทิเช่น องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคม องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ และองค์ประกอบทางการศึกษา

องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประกอบด้วย

วุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความสนใจ การรู้จัก การเรียนรู้ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะแตกต่างกันในลักษณะและขอบเขต บางคนอาจจะมียุทธศาสตร์ประกอบทางด้านจิตวิทยานี้ในลักษณะและขอบเขตที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่บางคนอาจจะมีลักษณะในทางตรงข้าม จึงทำให้บุคคลมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

องค์ประกอบทางด้านสังคม คนเราได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากสังคม ซึ่งทำให้เกิดการประพฤติปฏิบัติ เชื่อในบางสิ่งบางอย่างสืบต่อเนื่องกันมา จะเห็นว่าได้สังคมที่บ้านเป็นสังคมเริ่มแรกในชีวิตของมนุษย์ สังคมนี้จะประกอบไปด้วยสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อยที่สุดก็มีพ่อและแม่ ซึ่งในสังคมของครอบครัวนี้จะปลูกฝังแนวคิด ความเชื่อ การปฏิบัติต่าง ๆ ให้กับเด็กที่เกิดมาและเมื่อเด็กโตขึ้นก็ต้องเผชิญกับสังคมนอกบ้าน เด็กจะได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากเพื่อนฝูง และบุคคลอื่น ๆ ในสังคมต่อไป องค์ประกอบทางด้านสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มต่าง ๆ ในสังคม สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรมที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจและการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก กล่าวคือ ถ้าประชาชนมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ก็จะทำให้เขาไม่สามารถปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ เช่น ไม่มีเงินพอที่จะไปรับบริการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปรับบริการตามสถานบริการพยาบาลต่าง ๆ ได้ แต่สำหรับคนที่มีฐานะเศรษฐกิจดี ย่อมมีโอกาที่จะแสวงหาบริการรักษาพยาบาลในที่ที่ดีกว่า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 173) ได้กล่าวไว้ว่า มารดาที่มีฐานะทางการเงินดี ย่อมมีปัจจัยที่จะตระเตรียมสิ่งจำเป็นและไม่จำเป็นไว้ให้กับบุตรของตนได้มากกว่ามารดาที่มีฐานะทางการเงินไม่ดี ซึ่งแม้จะมีความรักใคร่พอ ๆ กัน การตระเตรียมเท่ากัน แต่ไม่มีกำลังทางการเงินพอที่จะทำได้ตามความต้องการ ทั้งนี้ย่อมรวมไปถึงสภาพของเคหสถานที่อยู่อาศัย ความสะอาดถูกหลักอนามัยที่ฐานะทางเศรษฐกิจจะอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นการตระเตรียมไว้ให้เด็กที่เกิดมาอยู่ในสภาพนั้น ๆ ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีจึงมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กได้

นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็มักจะมีการศึกษาต่ำ ซึ่งเป็นผลทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีเจตคติที่ไม่ดีและมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ในทางตรงข้ามถ้าฐานะทางเศรษฐกิจดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีย่อมมีมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การศึกษาจะช่วยให้

บุคคลมีความรู้ มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เช่นเดียวกับที่ นัชมฤดี จงพฤษะ และคนอื่น ๆ กล่าวไว้ว่า ผู้ปกครองที่มีการศึกษาดีย่อมมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลรักษา และส่งเสริมสุขภาพของเด็กได้ดีกว่าผู้ปกครองที่มีศึกษาน้อย ตัวอย่างเช่น รู้จักการจัดอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ แบ่งเวลาให้ลูกด้วยความอบอุ่นและความสุขใจ ดูแลรักษาพยาบาลเด็กยามเจ็บป่วย อบรมสั่งสอนเรื่องมารยาท สังคม วัฒนธรรม เปียกต่าง ๆ และการแนะนำในการปรับตัวให้เหมาะสม เป็นต้น

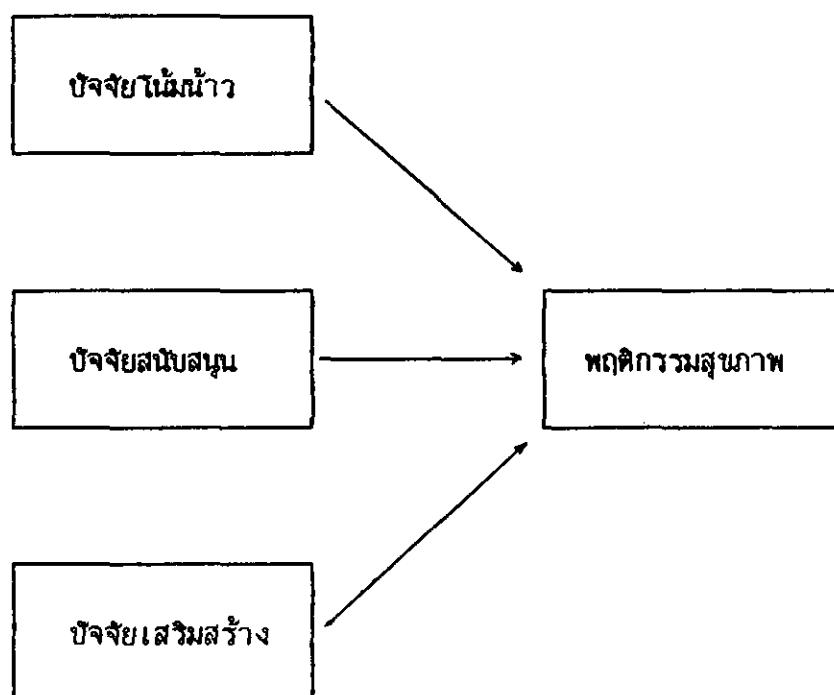
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนมีอยู่หลายวิธี แต่ละวิธีก็มีแนวความคิดหลักการแตกต่างกันออกไป เพราะพฤติกรรมของคนโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุประกอบเข้าด้วยกัน ดังนั้นการปลูกฝังหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ และเป็นไปในลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการด้วยกัน คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยมและเจตคติที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของวิชาสุขภาพ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกเริ่มของการเรียนรู้ ซึ่งอาจจะได้รับมาจากผู้ปกครองและสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสิ่งแวดล้อมล้าสมัยทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างพอเพียงเหมาะสม และต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดการพัฒนามาเป็นทักษะ และเป็นพฤติกรรมอย่างถาวร ตัวอย่างเช่น การจัดให้นักศึกษาทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบในโครงการสุขภาพ ในวิทยาลัยพยาบาลตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดมีขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสิ่งแวดล้อมล้าสมัยภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจ

ปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพโดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และ  
กำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 แสดงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : ชนวรรณ อัมสมบุญ. 2535 : ไม่มีเลขหน้า

### ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น  
3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 75) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การ  
ปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มี  
ประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคล  
กระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเจ็บป่วย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การ  
แสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องอาศัยปัจจัยและแนวทางหลายอย่างที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นปัจจัยที่กำหนดและแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมการเจ็บป่วย

**สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วย**

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วย คือ

1. สาเหตุทางการแพทย์ ได้แก่ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคออกเป็น 2 ประการ คือ

1.1 ปัจจัยทางสรีระที่มีผลต่อการเกิดโรค เช่น ความต้านทานของร่างกาย อายุ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

1.2 ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี อาชีพ ลักษณะของชุมชน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การเลือกใช้บริการสุขภาพ

2. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วย มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตวิทยา สังคม และสิ่งแวดล้อม คือ

2.1 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่าง ๆ เช่น การกินอาหาร หรือใช้ของร่วมกับผู้ป่วย การลัก การฝังเข็ม การเจาะหู มีส่วนที่จะทำให้เสี่ยงต่อการติดโรค และมีผลภูมิต้านทานโรคได้

2.2 ปัจจัยด้านอิทธิพลของครอบครัวหรือกลุ่มในชุมชน เป็นสาเหตุทำให้บุคคลเกิดสภาวะความตึงเครียดของจิตใจ (Stress) ซึ่งสภาวะความตึงเครียดนี้จะทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลนั้นลดลง มีโอกาสติดโรคง่ายขึ้น

2.3 ปัจจัยด้านการติดต่อสัมพันธ์ การติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลมีส่วนสัมพันธ์กับอัตรา การเกิดโรคและอัตราการตาย หากบุคคลใดในสังคมสูญเสียการติดต่อสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น คนหนึ่งหรือกลุ่มในสังคมนั้น จะมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลนั้นลดลงและมีโอกาสติดโรคได้ง่าย ตัวอย่างเช่น บุคคลที่สูญเสียสามีหรือภรรยาจะพบว่าเป็นคนที่เจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราการตายสูงกว่า คู่สามีภรรยาที่อยู่ครบทั้งสองคน

2.4 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งได้รับความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจจากบุคคลอีกคนหนึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับการมาใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะทางจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดก็ส่งผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายลดลง จึงเป็นสาเหตุทำให้ติดโรคได้ง่าย เจ็บป่วยบ่อย และมีอัตราการตายสูงกว่าคนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2.5 ปัจจัยด้านระบบบริการและบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นอันมาก ทำให้เกิดปัญหาของพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น สถานบริการที่มีเจ้าหน้าที่มนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเป็นกันเอง ไม่ทำตัวเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่า สถานบริการแห่งนั้นจึงจะมีประชาชนนิยมไปใช้บริการมาก เป็นต้น

#### ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมและการเจ็บป่วยของบุคคล

โดยทั่วไปองค์ประกอบหรือปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมและการเจ็บป่วยเป็นความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แต่การเกิดพฤติกรรมและการเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ปัจจัยที่มีผลในการกำหนดพฤติกรรมและการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 173 - 185) แบ่งเป็น

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ภูมิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การตั้งใจ ความคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว พฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวมาก ในบางครอบครัวพ่อแม่อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่าง หรือไม่ให้อุณหภูมิ

รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานอาหารผักหรือรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ นอกจากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลจากการชักจูงแนะนำและการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมที่เขายึดถืออาจจะมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพหรือการยึดของกลุ่ม

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติตนของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันจะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

2.4 วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่าง ซึ่งแสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง ที่จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก หรือการห้ามหญิงตั้งครรภ์นั่งบนบันได เหล่านี้เป็นต้น

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน และมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอควรไม่กินน้อยเกินไปหรืออ้วนเกินไป หลักธรรมซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวทางจิตใจ ยารมย์ ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ก่อนทำ ละหมาด ต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าหลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยด้วย ในกลุ่มของประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีนัก จะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะเศรษฐกิจของประชาชนมีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีที่สุดก็จะมีมาก

การศึกษาช่วยให้นักคนมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาดและสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลให้นักคนนั้นมีสุขภาพที่ดี เป็นต้น

4. องค์ประกอบทางด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของ ประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาคำมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะ อย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษา ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำ

5. องค์ประกอบทางด้านการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมือง ของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เป็นเพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของการให้บริการด้านการ รักษาพยาบาล กิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพ บางอย่าง

6. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะต้องมีเพียงพอและเข้าถึงระบบบริการ สาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกาเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 141 - 150) คือ

6.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล การปฏิบัติในชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วยอาจจะขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนในรายที่ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกพิเศษ การให้บริการรักษาพยาบาลที่มีเพียงพอและ ทั่วถึงได้ ย่อมพิสูจน์ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมกาปฏิบัติตามการรักษา พยาบาล และพฤติกรรมกาป้องกันโรค

ลักษณะของการจัดเวลาของคลินิก จะมีผลต่อกาตรวจตามนัดของผู้ป่วย ถ้าระยะเวลาระหว่างการมาตรวจครั้งแรกเพื่อวินิจฉัยโรคกับการนัดตรวจอีกครั้งห่างกันมาก ผู้ป่วยมักจะไปตรวจตามนัดน้อย ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากลืมวันนัด หรืออาจจะเปลี่ยนความเชื่อ หรือบรรทัดฐานของผู้ป่วย นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยต้องมารอแพทย์นานมากกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ป่วย มักจะไม่มาตามนัดในครั้งต่อไป

มีองค์ประกอบอีกหลายอย่างในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และส่งผลต่อการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมักจะให้เหตุผลของการไม่มาตรวจตามนัดดังนี้ ทำปัดนัดหาย สับสนไม่แน่ใจเกี่ยวกับวันนัด ทำการนัดกับแพทย์ได้ยาก ไม่สามารถจะหาคนมาดูแลแทนได้ มีปัญหาเรื่องการเดินทาง และปัญหาเกี่ยวกับดินฟ้าอากาศ

6.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดแหล่งทรัพยากร และค่ารักษาพยาบาล ไม่ใช่ว่าปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล เมื่อบุคคลมีความเชื่อและเจตคติ คอยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้ว แหล่งทรัพยากรหรือปัจจัยด้านการเงินจึงจะมีบทบาท ต่อพฤติกรรม ดังนั้น การจะขจัดปัญหาเรื่องการเงินจะมีผลก็ต่อเมื่อภายหลังที่บุคคลได้เกิดความ พร้อมในการทำนายพฤติกรรม (Behavioral Intention) แล้วเท่านั้น

การให้คำแนะนำและการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์ ควรถามถึงความสามารถในการจ่ายยาว่ามีความสามารถจ่ายได้มากน้อยเพียงใด การส่งยาและ ให้คำแนะนำผู้ป่วยตรงกับสภาพของโรคเพื่อจะได้แก้ปัญหา และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

6.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการสั่งการรักษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ กล่าวคือ ถ้าจำนวนครั้งของการสั่งรักษามีมากขึ้น การปฏิบัติตามคำแนะนำจะลดน้อยลง

7. การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่ง ประมวลผลของนิสัยทางด้านสุขภาพ เช่น บริโภคนิสัย การแปรงฟัน การล้างมือ บิดามารดาเป็นครู ประเภทแรกที่จะเป็นผู้สอนเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวยังเป็นหน่วยสังคมที่ช่วยให้บุคคลเกิดหรือสร้างคำจำกัดความหรือความหมายของบุคคลที่แสดงว่า อาการที่เกิดขึ้นกับตนอย่างไรจึงจะเรียกว่า เจ็บป่วย และครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เพื่อนสนิทอาจจะมีส่วนช่วยให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทั้ง ชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง แรงสนับสนุนทางสังคมบวกของบุคคลที่ใกล้ชิดมีส่วนสัมพันธ์กับการมี พฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้น สมาชิกของครอบครัวหรือญาติมิตร อาจจะทำให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งอำนวยความสะดวกหรือสร้างสภาพการณ์ ของความจริงใจ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้แรงสนับสนุนอาจจะให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการแก้ปัญหาบางอย่างหรือการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อให้เข้าใจ ละเอียดเกี่ยวกับผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แพทย์ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสมควรจะได้เข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือรูปแบบของแรงสนับสนุน ทางสังคมที่มีอยู่และสามารถจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ รวมทั้งทราบว่าสิ่งสนับสนุนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยได้อย่างไร ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในด้านแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งทรัพยากร บุคคลที่มีอยู่ และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้นั้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่าในการที่จะช่วยแปรเปลี่ยนความตั้งใจที่จะกระทำ พฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยาวได้

พิมพ์วิทย์ ปริศาสน์ (2530 : 51 - 53) ได้สรุปว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยของ บุคคลที่แตกต่างกัน เป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ 10 ประการ คือ

1. สิ่งที่มีมองเห็นและตระหนักในใจตลอดจนการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญ ๆ ของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
2. การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติอันอาจเกิดขึ้นได้ทั้งใน ปัจจุบันและอนาคต
3. ระดับของอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบหรือรบกวนต่อการทำงานหรือกิจกรรมทาง สังคมอื่น ๆ ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว
4. ความถี่และการคงที่ของอาการผิดปกตินั้น ๆ
5. ขีดความสามารถของบุคคลที่จะอดทนต่อการผิดปกติที่เกิดขึ้น
6. ลักษณะข้อมูล ประสบการณ์ความรู้ที่บุคคลมีอยู่ ตลอดจนลักษณะการศึกษาพื้นฐาน ทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคล
7. ลักษณะของความจำเป็นหรือความต้องการขั้นพื้นฐาน ที่ทำให้เกิดการปฏิเสธ การ รับรู้อาการผิดปกติ เช่น กรณีโรคไวรัสตับอักเสบ บี โรคเอดส์ ถ้ามีความว่าป่วยด้วยโรคนี้ จะ ทำให้เกิดการตีตราและเกิดความรังเกียจจากสังคม

8. ระดับการให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญกับปัญหาความเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาอื่น ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่พร้อม ๆ กัน

9. ลักษณะการให้ความหมายของบุคคลต่ออาการของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีพื้นฐานจากการให้ความหมายของสังคมต่ออาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

10. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านค่าใช้จ่าย ระยะทางความสะดวกสบาย ระยะเวลาของการรักษาด้านจิตวิทยา ได้แก่ การยอมรับในบริการ การสูญเสียทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความละเอียด การติดตามทางสังคม ความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง และความเห็นต่างทางสังคม อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านสถานภาพสังคมและวัฒนธรรม

### การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองในผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่เมื่อสูงอายุจะต้องกระทำ เพื่อที่จะสนองตอบต่อการดูแลตนเองโดยทั่ว ๆ ไป ในเรื่องเกี่ยวกับอากาศ น้ำ อาหาร และการขยับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม และการพักผ่อน การมีเวลาเป็นส่วนตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างผาสุก (มณฑนา เจริญกุล . 2534 : 15)

1. การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมโทรม ทำให้เสียระบบสมดุลของร่างกาย การดูแลเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพ (บรรลุ ศิริพานิช . 2528 : อิตสาเนา) และอาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อม ในการป้องกันไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมเร็วเกินไป (กุลยา ตันติผลาชีวะ . 2524 : 55) ซึ่งคณะกรรมการอาหารและโภชนาการ (1979 - 80) ได้แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุทั่วไปคือ ในอาหารจำนวน 12 ส่วน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อวัว หรือถั่ว ไข่ ประมาณ 2 ส่วน มีกรดและผลไม้สด ประมาณ 4 ส่วน ข้าวประมาณ 4 ส่วน และนมประมาณ 2-ส่วน อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วยโปรตีน ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียโปรตีนเนื่องจากการสลายกล้ามเนื้อโครงร่าง ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนร้อยละ 10 ของอาหารทั้งหมด ควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม อาหารประเภทไขมันควรจะเป็นไขมันพืช

และรับประทานให้น้อย เพราะการรับประทานอาหารไขมันต่ำจะช่วยลดภาวะการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ หรือท้องเสียได้ อาหารพวกคาร์โบไฮเดรต ควรได้รับตามปกติไม่ควรได้เพิ่มปริมาณ มากขึ้น สารเกลือแร่และวิตามิน ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมประมาณวันละ 400 - 500 มิลลิกรัม โดยได้จากผักใบเขียว เนื้อสัตว์ต่าง ๆ หรือผลไม้ เช่น มะละกอ เป็นต้น วิตามินที่จำเป็นมาก สำหรับผู้สูงอายุคือวิตามินบี เพราะมีส่วนช่วยการทำงานของหัวใจและระบบประสาท ควรได้รับ ประมาณวันละ 10.9 มิลลิกรัม ในอาซีนประมาณ 15 มิลลิกรัม และวิตามินซีประมาณ 70 มิลลิกรัม นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรจะดื่มน้ำอย่างน้อยวันละประมาณ 6 - 8 แก้ว หรือประมาณ 1,500 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม และสุรา (ประไพศรี ศิริจักรวาล และ ประภาศรี ภูเสถียร. 2533 : 296 - 306) อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุจะได้รับ อาหารปริมาณเท่าใดนั้น ควรจะต้องคำนึงถึง อายุ ภาวะสุขภาพ และเพศของผู้สูงอายุด้วย

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นมาก ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยประมาณวันละ 6 - 8 แก้ว หรือ ประมาณ 1 มิลลิลิตร/กิโลแคลอรี หรือ 30 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ 1,500 มิลลิลิตร เพื่อช่วยการทำงานของไต ผิวหนัง ระบบการย่อยอาหารและช่วยให้สารอาหาร ต่าง ๆ กระจายไปยังเซลล์ทั่วร่างกายได้ (ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์. 2535 : 33 - 34)

อากาศ ผู้สูงอายุควรอยู่ในอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง และไหลเวียนได้ดีตลอดเวลา ปราศจากมลภาวะต่าง ๆ ทางอากาศด้วย (ณัฐกร อ่วมบำรุง. 2535 : 28)

2. การขับถ่ายของเสีย ปัญหาการขับถ่ายที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมากคือ อาการท้องผูกอย่างรุนแรง อุจจาระแข็งถ่ายไม่ออก จำเป็นต้องสวนและใช้ยาถ่ายเข้าช่วย บางรายอาจมีสุขนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนไปเป็นถ่ายวันเว้นวัน หรือวันเว้น 2 วัน จนถึงการฝึก การขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติทุกวันและสะดวกจึงจำเป็นมาก ซึ่งทำได้โดยให้อาหารที่มีกาก หอมสมควร และฝึกถ่ายในตอนเช้า ภายหลังดื่มน้ำประมาณ 1 แก้ว เป็นเวลา 30 นาที ก็จะช่วย ให้อุจจาระนิ่มถ่ายและถ่ายคล่อง นอกจากนั้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นผลจากการคลอบุตร จึงควรฝึกฝนบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้อุจจาระนิ่มถ่ายง่ายขึ้น ส่วนผู้สูงอายุเพศชายมักจะมีปัญหาเรื่อง ต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะบ่อย แต่ถ่ายปัสสาวะไม่ค่อยออก ซึ่งถ้ามีอาการมากควรไป ปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการผ่าตัดแก้ไขด้วย

3. การทำกิจกรรมการออกกำลังกาย การนอนหลับและพักผ่อน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการยึดของข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้มีปัญหาในการเคลื่อนไหวจากกิจกรรมและมีความสามารถในการตอบโต้ต่อความเครียดต่าง ๆ เช่น ความต้านทานโรคต้องลดลง ซึ่งการออกกำลังกายเป็นกุญแจสำคัญที่จะป้องกันความเสี่ยงในวัยสูงอายุ โดยจะช่วยรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจและระบบการไหลเวียน ส่งเสริมความสามารถในการทำงานทั้งก่อนและภายหลังการเป็นโรค รวมทั้งมีสุขภาพจิตดีด้วย (ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. 2535 : 36) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น การทำให้ชีพจรเพิ่มขึ้นโดยการคำนวณได้จากการนำเอาอายุไปลบออกจาก 220 จึงจะได้อัตราเร็วค่อนาทีของชีพจรที่เหมาะสม อวย เกตุสิงห์ (2526 : 59 - 60) อธิบายว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีหลักสำคัญคือ

3.1 ไม่ใช้แรงมากนัก เริ่มต้นน้อย ๆ ก่อน ทำแล้วรู้สึกกระตือรือร้นแสดงว่าพอดี หากทำแล้วไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงแสดงว่าน้อยไป และถ้าหากปวดเมื่อยมากแสดงว่าหักโหมมากไป

3.2 ควรทำอย่างช้า ๆ ไม่ควรแข่งขัน และควรหยุดการออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเป็นไข้ ความดันโลหิตสูง และรู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ

การบริหารกายที่จำเป็นคือ การออกกำลังกายหายใจ เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อทรวงอกให้ขยายและแข็งแรงขึ้น ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้เต็มที่และออกกำลังกายแบบช้าโดยสม่ำเสมอทุกวัน เช่น การเดินเล่น เหยียดแขน ควรออกกำลังกายตอนบ่ายหรือเย็น เนื่องจากในช่วงเช้าจะมีการเผาผลาญอาหารสูงในขณะที่ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับประทานอาหาร อาจทำให้เป็นลมหรือได้รับอุบัติเหตุได้

การนอนหลับและพักผ่อน ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทางร่างกายลดลง ต้องการอาหารน้อยลงแต่ต้องการพักผ่อนมากขึ้น ผู้สูงอายุควรได้นอนหลับประมาณวันละ 5 - 6 ชั่วโมง และอาจงีบหลับในเวลากลางวัน ผู้สูงอายุควรพักผ่อนนอนหลับให้เต็มที่ ในที่ ๆ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงรบกวน ในรายที่นอนหลับยากก่อนนอนควรดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ประเภทบำรุงงาดำ ขา กาแฟ การนวดหลังและฟังเพลงจะช่วยให้อารมณ์สดชื่นและหลับสนิท กิจกรรมประจำวัน

ต่าง ๆ ไม่ควรซับซ้อน เร่งรีบซึ่งจะมีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต โดยเฉพาะหัวใจ มึนงานประจำวันอย่างที่เหมาะสมกับความต้องการและกระทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น เขียนหนังสือ อ่านหนังสือ เข้ายกน้ำหนัก ร้อย สวมหน้ากาก หรือเดินเล่น

4. การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต ผู้สูงอายุเป็นวัยที่อาจประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายเสื่อมโทรม และเมื่อได้รับอุบัติเหตุแล้วจะเกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายได้อย่างมาก อุบัติเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การหกล้ม การได้รับบาดเจ็บจากยานพาหนะ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการหกล้มบาดเจ็บ หรือใช้ยาผิด

ผู้สูงอายุจะหกล้มได้ง่ายและบ่อยกว่าคนอื่น ๆ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดกระดูกหักหรือบาดเจ็บได้ง่าย จึงควรระวังป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยการดูแลพื้นที่ห้องให้สะอาด แห้ง มีแสงสว่างเพียงพอ และมีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน ละเว้นการยืนบนเก้าอี้หรือที่สูง ๆ กระทำสิ่งต่าง ๆ หรือเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ ด้วยความมั่นใจ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เนื่องจากการลื่นล้มหรือหลงลืม จึงควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้เตาไฟ กองไฟ หรือหม้อน้ำร้อน ตรวจสอบอุปกรณ์เกี่ยวกับไฟฟ้าในบ้านให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย และไม่ควรปิดประตูลูกกุญแจบ้านผู้สูงอายุ นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจจะได้รับอุบัติเหตุเนื่องจากหกล้มบาดเจ็บเพราะสายตาไม่ดี ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้ จึงควรระมัดระวังทุกครั้งให้ได้ว่าที่ถูกต้องขนาดและเวลา นอกจากนี้ควรตรวจสอบสุขภาพปีละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันอันตรายจากโรคต่าง ๆ หรือจากความเสื่อมที่รุนแรงขึ้น

5. การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยจัดช่วงให้มีเวลาว่างเป็นส่วนตัว ตามความต้องการในแต่ละวัน และขณะเดียวกันควรได้สังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือและแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับการศึกษารื่องการมีกิจกรรมกับการพักผ่อน และการมีเวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้น มีงานวิจัยของ มิลเลอร์ ได้ศึกษาว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน พบว่ามีปัจจัย 2 อย่างที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการรับรู้ความผาสุกในชีวิต ปัจจัยแรกคือ การมีกิจกรรมในสังคมและ

การพักผ่อน ผู้สูงอายุได้บรรยายว่าเขาพยายามหางานทำไม่ให้ว่าง เช่น อ่านหนังสือ เป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ที่มีในสังคม เช่น วร่า ฟังคอนเสิร์ต เล่นดนตรี และได้ทำกิจกรรมเหล่านี้บางอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานาน จนบางคนได้ประเมินว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน และบางคนคิดว่าการได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการได้ช่วยเหลือสังคมและบุคคลรอบตัว ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุประเมินว่าการพักผ่อนก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต เขามักจะใช้วิธีการวิ่งเหยาะ ๆ ตอนเช้าเป็นประจำทุกวัน เล่นกอล์ฟ เป็นต้น ปัจจัยที่สองคือการมีเครือข่ายในสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นเช่นกัน ซึ่งผู้สูงอายุได้บรรยายว่าการมีชีวิตอยู่คนเดียวจะเป็นชีวิตที่เหงาและเปล่าเปลี่ยวมาก ควรได้มีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตรหลาน และเพื่อนสนิท เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้จะทำให้เกิดพลัง มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งในตนเองสูง และเกิดความผาสุกได้

จากความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องแสวงหาความรู้และแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อเพิ่มและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการที่ผู้สูงอายุจะสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองนั่นเอง

### กระบวนการกลุ่ม

กลุ่มมีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์มาตั้งแต่เกิด อันได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรกที่มีมนุษย์เป็นสมาชิกอยู่ ชีวิตของมนุษย์จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ตลอดเวลา ได้แก่ กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงาน กลุ่มเพื่อนเล่น กลุ่มที่นับถือศาสนาเดียวกัน ซึ่งการรับรู้และปฏิริยาตอบสนองซึ่งกันและกันของสมาชิกในแต่ละกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่ มีอยู่ เอกลักษณะของบุคคล จะเห็นได้ว่ากลุ่มมีพลังซึ่งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนั้น กลุ่ม จึงได้รับความสนใจจากบุคคลในวงการต่าง ๆ เป็นอันมาก ได้มีผู้นำเอาพลังกลุ่มไปเป็นเครื่องมือในการทำงาน และดำเนินงานต่าง ๆ ในรูปแบบ

ที่แตกต่างกันทั้งที่เป็นทางการ เช่น นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน นำไปใช้ในวงการแพทย์ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาองค์การ การพัฒนาชุมชน เป็นต้น และไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาชีวิตสังคมและสุขภาพ เป็นต้น จึงได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้หลายท่าน ดังนี้

ทิสนา แหมมณี (2522 : 20) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ของคน และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง

วินิจ เกตุขำ และ สมเพชร จิตรสุกุล (2522 : 14) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า เกิดการปฏิสัมพันธ์นี้เอง ช่วยให้เห็นปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน

ชนมพร มุขโต (2525 : 15) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง รู้การวิเคราะห์ ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และพร้อมจะแก้ไข สมาชิกจะมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหาที่มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การศึกษาถึงกระบวนการในการกระทำร่วมกัน (Interaction) ของบุคคลที่อยู่ในกลุ่ม อาจจะเป็นการกระทำร่วมกันทางกายภาพหรือทางจิตวิทยาก็ได้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงแบบสัณฐาน (Pattern) ที่เกิดตามมาจากการกระทำร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน หรือระหว่างสมาชิกกับกลุ่มทั้งกลุ่มและศึกษาถึงผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มอีกด้วย

ทฤษฎีสัมฤทธิ์ผลของกลุ่ม (A Theory of Group Achievement) และได้รวบรวมองค์ประกอบของทฤษฎีไว้ 3 ประการ คือ (ทิสนา แหมมณี. 2522 : 49; อ้างอิงมาจาก Stodil. n.d.)

1. การลงทุนของสมาชิก (Member Input) เมื่อบุคคลมารวมกันจะมีการแสดงออก มีปฏิสัมพันธ์ และมีการคาดหวัง ซึ่งเป็นการลงทุนของสมาชิก เพื่อให้เกิดผลจากการรวมกลุ่ม ลักษณะด้านนี้อธิบายได้ดังนี้

1.1 เมื่อบุคคลมาอยู่รวมกันจะมีปฏิสัมพันธ์กันเกิดขึ้น มีการกระทำ มีปฏิริยาสนอง หรือการแสดงออกร่วมของสมาชิก

1.2 การแสดงออก (Performance) หมายถึง การโต้ตอบหรือการตอบสนอง (Response) ของสมาชิก อันเป็นส่วนหนึ่งของการมีปฏิสัมพันธ์ เช่น การตัดสินใจ การเตรียมการสื่อสาร การร่วมมือร่วมใจในการทำงาน เป็นต้น

1.3 ความคาดหวัง (Expectation) หมายถึง สิ่งที่ประกอบกันเข้าเพื่อช่วยเสริมแรงให้สมาชิกคาดหวังความพอใจที่จะได้รับจากการรวมกลุ่ม เช่น จุดมุ่งหมายของกลุ่ม การแสดงบทบาทต่าง ๆ ความมั่นคงของกลุ่ม

2. สื่อกกลางของการลงทุนของสมาชิก (Mediating Variables) เมื่อสมาชิกมีการลงทุนโดยการกระทำ หรือมีปฏิสัมพันธ์รวมทั้งการคาดหวังผลร่วมกันแล้ว สิ่งหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มบรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ คือการกำหนดโครงสร้างของกลุ่มขึ้น เพื่อเป็นสื่อให้การลงทุนของสมาชิกบังเกิดผล โครงสร้างของกลุ่มประกอบด้วย

2.1 โครงสร้างอย่างเป็นทางการ (Formol Structure) คือ สิ่งที่คาดหวังจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก เช่น การกำหนดตำแหน่งให้แก่สมาชิกแต่ละคนให้มีฐานะ (Status) และหน้าที่ (Function) ตามที่ควรจะเป็น เพื่อให้สมาชิกกระทำ และมีปฏิริยาตามที่คาดหวังไว้และทำให้ผลของการทำงานเป็นจริงขึ้นมาได้

2.2 โครงสร้างเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิก (Role Structure) คือ โครงสร้างของกลุ่มที่เชื่อว่าจะมีอยู่ภายในตัวของสมาชิกแต่ละคน สมาชิกแต่ละคนจะมีสภาวะที่จะแสดงบทบาทของตนได้อย่างเต็มที่ บทบาทที่กล่าวถึง ได้แก่ ความรับผิดชอบ (Responsibility) และอำนาจ (Authority) ในการทำตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

2.3 ผลของกลุ่ม (Group Outputs) หรือสัมฤทธิ์ผลของกลุ่ม (Group Achievement) หมายถึง ผลที่ได้รับจากการลงทุนของสมาชิกจากการแสดงออก การมีปฏิสัมพันธ์

และการคาดหวังผล โดยผ่านการแสดงออกตามโครงสร้างและการกระทำของกลุ่มที่กำหนดขึ้น ผลของกลุ่มที่ได้รับมีอยู่ 3 ประการ คือ

ก. ผลของการทำงาน (Productivity) ซึ่งเกิดจากความคาดหวัง หรือจุดมุ่งหมาย และการกระทำเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

ข. มาตรฐานของกลุ่ม (Group Norm) คือ ขอบเขตความเป็นอิสระ ในการทำงาน หรือการแสดงพฤติกรรมที่จะให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ถ้ากลุ่มมีการกำหนดโครงสร้าง และปฏิบัติตามโครงสร้างนั้น จริยธรรมของกลุ่มจะมีมากขึ้น เพราะช่วยให้กลุ่มทราบเกี่ยวกับผลที่ควรจะได้รับ

ค. ความสามัคคี (Cohesion) หรือ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่ม (Group Integration) หมายถึง การรักษาระดับการกระทำ และโครงสร้างของกลุ่ม ไว้ในสภาพที่ต้องการ ซึ่งจะปรากฏเป็นความพอใจของกลุ่ม หรือการสนองความต้องการของ สมาชิกในกลุ่ม

นอกจากนั้นแล้วธิโบลท์ และเคลลีย์ (ทิศนา แคมมณี. 2522 : 15 - 16; อ้างอิง มาจาก Thibault and Kelley. n.d.) ได้ศึกษาถึงทฤษฎีการแลกเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่ม แนวคิดของทฤษฎีนี้พยายามจะอธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและกระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะก่อให้เกิดผลของการรวมกลุ่ม แนวคิดจากทฤษฎีนี้จะเป็นพื้นฐานของการทำหน้าที่ในกลุ่มได้เป็นอย่างดี แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีนี้มี 2 ประการ คือ

1. ในการรวมกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนพฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกนี้จะเกิดจากการที่สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร หรือการแสดงพฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งแสดงต่ออีกคนหนึ่ง และจะมีอิทธิพลต่อการแสดง พฤติกรรมของบุคคลนั้นด้วย การแสดงพฤติกรรมนี้จะเป็นการแสดงออกด้านการกระทำ (Motor Acts) หรือคำพูด (Verbal Acts) ก็ได้ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามที่ต้องการ พฤติกรรมที่แสดงออกภายในกลุ่มนี้ จะต้องเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการเลือกสรรขีดเคลา (Behavior Repertories) หรือพิจารณาแล้วจะแสดงกับใคร อย่างไรบ้าง

ดังนั้น แนวคิดประการแรกของทฤษฎีนี้จึงสรุปเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1. สมาชิกมีความสัมพันธ์กัน (Interpersonal Relationship)
2. สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interaction)
3. การแสดงปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ

(Behavior Sequences) ของสมาชิก

4. พฤติกรรมที่แสดงออกภายในกลุ่มจะเป็นพฤติกรรมที่เลือกสรรแล้ว

(Behavior Repertoire)

2. การแลกเปลี่ยนพฤติกรรมและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะก่อให้เกิดผลของกลุ่ม (Group Outcomes) ขึ้น ซึ่งเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก (Consequences of Interaction) ซึ่งประกอบด้วยรางวัล (Reward) จากการมีปฏิสัมพันธ์ เช่น ความสบายใจ (Enjoyable) ความอิ่มอกอิ่มใจ (Gratifying) ความพอใจ (Satisfying) และเห็นคุณค่าของการพยายามกระทำ พฤติกรรมนั้นให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามที่ต้องการรางวัลและคุณค่าที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรม จะพิจารณาได้ 2 ลักษณะคือ

2.1 ลักษณะของบุคคลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของบุคคล (Exogeneous Factors) คือ ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น ค่านิยม ทักษะ ความต้องการ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้ผลดีมากขึ้นน้อยต่างกัน และทำให้คุณค่าและรางวัลที่บุคคลได้รับต่างกันออกไปด้วย

2.2 ลักษณะที่ได้รับจากความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก (Endogenous Factors) หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เช่น ความร่วมมือ การรู้จักประสานงานกัน ความสามัคคี รวมทั้งลักษณะที่ไม่มีคุณค่า เช่น ความเหน้อยล้า ความเข้ากันไม่ได้ของสมาชิก ผลจากความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะช่วยกำหนดคุณค่า และรางวัลจากการแสดงปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก

จากทฤษฎีกระบวนการกลุ่มทั้งสอง ได้นำทฤษฎีทั้งสองมาประยุกต์เพื่อใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นพื้นฐานในการสนับสนุนให้สมาชิกได้บรรลุจุดมุ่งหมาย หรือมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระบวนการกลุ่มสามารถจะนำมาเป็นวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ประการ คือ

1. เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง (Medium of Change) หมายถึงว่า กลุ่มนั้นเป็นตัวละครสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสมาชิก และสามารถทำให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
2. เป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Target of Change) ถึงแม้ว่าเป้าหมายในการนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแต่เป้าหมายจริง ๆ คือ ต้องการให้กลุ่มทั้งกลุ่มนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั่นเอง
3. เป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง (Agent of Change) พฤติกรรมหลายอย่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงก็ต่อเมื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้น

การนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีความบาดเจ็บทางกาย โดยตัดแปลงมาจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นกลุ่ม หรือจิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy) มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วยและเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาด้านจิตใจ ความแปรปรวนทางอารมณ์ (Psychological Deterioration) อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายของตน การให้คำแนะนำเช่นนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรงเหมือนทาจิตบำบัดกลุ่ม แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายไปได้ด้วยดี (อาภาพร เผ่าวัฒนา. 2537 : 47; อ้างอิงมาจาก Marram. 1978 : 22 - 24) นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจธรรมชาติของความเจ็บป่วย รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือ เป็นต้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการได้รับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติในทางที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย (อาภาพร เผ่าวัฒนา. 2537 : 41; อ้างอิงมาจาก Skiff. 1973 : 117 - 120)

สำหรับการเรียนรู้กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่ใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ สมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และจะใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของสมาชิกซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทิสนา เทียนเสม. 2515 : 31)

การดำเนินงานของกระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้จะได้จากการกระทำร่วมกัน เป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการว่าให้สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม การเรียนด้วยตนเอง (Learning

by Doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน ไร้แรง ไม่เฉื่อยชา การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่า และมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ได้ลงมือปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึก และมีส่วนร่วมในสิ่งที่ได้กระทำ จะทำให้เกิดแนวคิดและสามารถจดจำเนื้อหาได้นาน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

### ลักษณะการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ควรประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. สมาชิกจะมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่คอยประสานงาน และจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก
3. การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่สมาชิกทุกคนจะเป็นแหล่งที่มาของความรู้ โดยทุกคนจะมีส่วนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ จึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ
4. การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม
5. การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะคือ จากตนเอง จากสมาชิก และจากกลุ่ม

### องค์ประกอบในการจัดการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ปวย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย หรือ จุดประสงค์ที่กำหนดไว้จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบเหล่านี้คือ การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group

Experiance) (อาภาพร เผ่าวัฒนา. 2537 : 47; อ้างอิงมาจาก Marram. 1978 : 142 - 153) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### 1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) สิ่งที่ต้องคำนึงถึงทุกครั้งเมื่อจัดตั้งกลุ่ม

#### 1.1 การกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไป และจุดมุ่งหมายเฉพาะของการทำกลุ่ม

#### 1.2 การคัดเลือกผู้ที่จะเข้ากลุ่ม

หลังจากการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มได้แล้ว ควรจัดให้มีการทำสัญญาตกลงยินยอมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยในสัญญานั้นจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มจะได้รับ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกของกลุ่ม การทำสัญญาอาจทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นวาจา คำพูด ก็ได้

#### 1.3 ข้อโต้แย้งที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่ม

#### 1.4 โครงสร้างของกลุ่ม ประกอบด้วย

##### 1.4.1 ขนาดของกลุ่ม

จำนวนสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานว่ามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดใด อีกทั้งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง

กลุ่มควรจะมีขนาดไม่เกิน 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5 - 7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ถ้าหากมีกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้น ควรมีสมาชิกจำนวน 4 - 12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ และมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด หากว่ากลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้ ความสนใจซึ่งกันและกันจะน้อยลง เพราะสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกน้อยลง

สำหรับการจัดรูปแบบของกลุ่ม กลุ่มที่มีขนาดเล็กควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face Group) จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วมมาก เพราะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

#### 1.4.2 สถานที่และเวลาในการจัดกลุ่ม

การกำหนดสถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจสภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะในการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม้อัด ที่นั่งสบาย

เวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม ควรเป็นเวลาว่างไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลาระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 - 1 1/2 ชั่วโมง และความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (อาภาพร เภาวัฒนา. 2537 : 47; อ้างอิงมาจาก Marram. 1978 : 152 - 153)

#### 1.5 ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของผู้สูงอายุให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง

ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการ ดังนี้

1.5.1 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เชื้อชวนช่วยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้านคือ

1.5.1.1 ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)

1.5.1.2 ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

1.5.1.3 ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้ออกาสกับสมาชิกกลุ่ม ในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของตน และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

1.5.2 ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่มให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นในปัญหาต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศภายในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

1.5.3 ผู้นำกลุ่ม จะต้องตรวจตราดูแลความก้าวหน้า หรือความเจริญงอกงามของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้และจะต้องมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะ ๆ

1.5.4 ผู้นำกลุ่ม มีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนย่อมจะใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

### วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่มบรรลุตามจุดมุ่งหมาย ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน ต้องอธิบายให้ผู้ช่วยหรือสมาชิกกลุ่มทุกคน เข้าใจถึงจุดมุ่งหมายและวิธดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่งและลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3. กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้รับทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาของกันและกัน

และหาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอาจอยู่ในรูปของการชู้จ่า หรือ ความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึก เป็นเจ้าของกลุ่มรู้สึกว่าเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้ ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น โดยการใช้สื่อดิจิทัลหรือการเล่นเกมส์

4. กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบายและแลกเปลี่ยนปัญหา ซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่ม ต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือสมาชิก ส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับและได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5. ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความ เห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

6. การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการ ดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

1.6 สมาชิกกลุ่ม การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้น จะประสบความสำเร็จ มากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นกับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเอง ก็มีความสำคัญมาก สมาชิกกลุ่มจะต้องมีลักษณะ ร่วมเป็นผู้นำ คือ สามารถดำเนินงานไปตามการ วางแผน ช่วยควบคุมแนวทาง ร่วมปลุกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อสร้างพลัง ในกลุ่มให้เกิดขึ้น

ดังนั้น สมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภากุล . 2522 : 144 - 145)

1.6.1 ช่วยนำกลุ่มโดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาใน แง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และแนะวิธีจัดปัญหาของกลุ่ม

1.6.2 คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความเห็นของเพื่อนสมาชิก

1.6.3 ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่ม ให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือเครียดมากเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียด และการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

1.6.4 ตรวจทานความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนในกลุ่ม

1.6.5 ประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างเสริมในภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น

1.6.6 ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

## 2. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธ์ภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือนกันซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การสร้าง ความไว้วางใจ (Trust) ให้เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจใน

ตัวผู้นำกลุ่มทำให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ซึ่ง สมิท และบาส (Smith and Bass) กล่าวว่า การประสานสายตาระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจที่จะเปิดเผยระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนจะมีความมั่นใจในการให้และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยจะมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟัง โดยไม่มีการซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองด้วย มีผลให้สมาชิกลดความวิตกกังวลลง

ในระยะสร้างสัมพันธ์ภาพนี้จะมีการสร้างปทัสถาน (Norm) ของกลุ่ม เพื่อเป็นกฎเกณฑ์พื้นฐาน สำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติสัมพันธ์กัน ซึ่งปทัสถานนี้ผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นไว้แล้วเป็นบางส่วน ก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสร้างขึ้นบางส่วน ในขณะที่ทำงานกลุ่มได้

## ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาละเลื่อวิถีแก้ไขปัญห โดยมิเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่า และมีศักดิ์ศรีมากขึ้น ที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลื่อวิถีแก้ไข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญห

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมายเสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาทางแก้ไขช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาดต่อไป

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองคกรามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากจะใช้ในการประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้วยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า และในการนี้สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของกลุ่ม สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นจึงมีการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้มีหลายวิธี ซึ่งจะขึ้นกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขมีมากขึ้น ปัญหาการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นวงการแพทย์และสาธารณสุขจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่นำมาใช้ในการสนับสนุน โดยเฉพาะการนำเอาบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยยึดหลักที่ว่า บุคคลที่มีปัญหาเดียวกันเท่านั้นจะเข้าใจกันมากที่สุด วิธีการนี้เรียกว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

#### กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 54; อ้างอิงมาจาก Taylor. 1980 : 1980) ที่ได้รับความสนใจและหันมาใช้นี้มาในระยะเวลาไม่กี่ปีมานี้

อาดัมส์ (Adams. 1979 : 95 - 98) อธิบายลักษณะลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่าเป็นกลุ่มของสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาอันเดียวกัน รวมตัวจัดตั้งขึ้นเป็นองค์การ เพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก และเน้นลักษณะสำคัญของกลุ่มประเภทนี้เช่นเดียวกับลิเบอร์แมน (Lieberman. 1988 : 162 - 168) ที่เห็นว่าหลักการพื้นฐานในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งทำให้กลุ่มมีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เรียกว่า Professional or Therapeutic Group ก็คือ สมาชิกกลุ่มจะเป็นผู้ควบคุมดูแลวางแผนปัญหาเกณฑ์ เพื่อปกครองกันเองอย่างอิสระ โดยปราศจากการควบคุมของนักวิชาการ (Professional) และที่ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ ซึ่งให้แก่กันและกันนั้น เป็นผลมาจากประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน นอกจากนั้นความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มจะเป็นสัมพันธ์ภาพแบบเพื่อน ซึ่งพัฒนามาจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

มานาโค (Manaco) ใช้คำว่า Peer Support Group แทนคำว่า Self - Help Group ในงานวิจัยของท่าน โดยอธิบายว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่ใช่กลุ่มให้คำปรึกษา (Counselling Group) หรือกลุ่มบำบัด (Group Therapy) และกลุ่มไม่ได้ทำหน้าที่ของนักวิชาชีพหรือมีแนวโน้มที่จะไปเป็นนักวิชาชีพ แต่กลุ่มมีหน้าที่เพียงให้การช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน และวางแผนที่จะทำหน้าที่ของตนให้ถูกต้องเหมาะสมเท่านั้น ส่วนคำอื่น ๆ ที่อาจพบว่าผู้นำมาใช้แทนคำว่า Self - Help Group แต่ยังคงความหมายเดิมคือ Mutual Aid Group และ Support Network (Adams. 1979 : 95)

เดวิด และคนอื่น ๆ (David and others. 1988 : 283 - 287) ให้ความหมายของคำว่า Self - Help ในการวิจัยของท่านว่า หมายถึง ความช่วยเหลือที่ได้จากผู้ป่วยคนหนึ่ง ซึ่งมีประสบการณ์จากการเป็นโรคมามากแก่ผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง หรืออีกกลุ่มหนึ่งซึ่งได้รับการวินิจฉัยเหมือนกัน

ดังนั้นจึงสามารถสรุปความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือเครือข่ายทางสังคมที่ให้ผลโดยตรงต่อการดูแลของตน โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่ลักษณะอย่างเดียวกันมารวมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้าย ๆ กัน หรือเพื่อเอาชนะความพิการ กลุ่มชนิดนี้จะไม่ขึ้นตอนที่แน่นอน เป็นการทำงานที่

เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึกร่วมกันให้ข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับและได้แก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่าง ๆ มาแล้ว มาร่วมอภิปรายให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้

### ประวัติความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่มีวิวัฒนาการมาจากการดิ้นรนของมนุษย์ ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1700 เมื่อผู้ตั้งถิ่นฐานในอเมริกาได้ตั้งกลุ่มชนเล็ก ๆ ขึ้น เพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือคนที่มีความต้องการปรับตัวต่อโลกใหม่ของเขา ต่อมาประมาณปี ค.ศ. 1800 เมื่อมีการย้ายถิ่นครั้งใหญ่ในอเมริกา เกิดปัญหาการปรับตัวของคนที่มาจากถิ่นฐานแตกต่างกัน ต้องมาอยู่รวมกันในสถานที่ใหม่และได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานไม่เพียงพอ ผู้อพยพจึงตั้งเครือข่าย (Network) ขึ้น เพื่อช่วยเหลือกันเอง ให้สามารถปรับตัวต่อสถานที่ใหม่และภาษาใหม่ ต่อมาเมื่อถึงระยะเวลาสงครามโลกครั้งที่ 2 กลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้น โดยบิดา มารดาของเด็กที่มีความพิการด้านร่างกาย และจิตใจได้จัดตั้งองค์การเล็ก ๆ ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะของกลุ่ม และต่อจากนั้นเป็นต้นมาได้เกิดกลุ่มต่าง ๆ ขึ้นอีกมากมาย (ครุณี ขุณหวัติ. 2536 : 269; อ้างอิงมาจาก Resnick. 1986) ตัวอย่างเช่น

กลุ่มผู้ติดสุรา (Alcoholics Anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1935 นับว่าเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มแรก เป็นกลุ่มบุกเบิกที่เป็นแบบอย่างของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในเวลาต่อมาอีกมากมาย (Newton. 1984 : 27; Paskett and Madara. 1985 : 25 - 28) อันได้แก่ กลุ่มพิศมัย (Recovery Inc.) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1937 สำหรับผู้ที่เคยเป็นโรคจิตและผู้ที่มีความทุกข์ทางอารมณ์ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (Maded Hearts Inc.) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1951 สำหรับผู้ป่วยพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด (Narcotic Anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1953 กลุ่มผู้ติดการพนัน (Gamblers Anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1951 สำหรับผู้ป่วยพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ (Maded Hearts Inc.) ตั้งขึ้นในปี

ค.ศ. 1951 สำหรับผู้ป่วยพิษฝิ่นหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด (Narcotic Anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1953 กลุ่มผู้ติดการพนัน (Gamblers Anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1957 กลุ่มผู้บริโภคอาหารมาก (Over Eaters Anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1960 สำหรับผู้ที่มึนน้ำหนักรวม (Pasket and Madara. 1985 : 25 - 26)

ส่วนกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เกิดขึ้นในยุคต่อมา ได้แก่ กลุ่มรักร่วมเพศ (Gay Alliance Activity) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1969 สำหรับพหุภักดิ์ของบุคคลรักร่วมเพศ กลุ่มบิดามารดา (Parents Anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1971 สำหรับช่วยเหลือผู้ปกครองที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร กลุ่มถอนพิษสุรา (Remove Intoxicated Drivers) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1982 มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้มงวดในการออกใบขับขี่ให้กับผู้ดื่มสุรา นอกจากนั้นยังมีกลุ่มที่เกิดจากการที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ครอบครัวขยาย (Extended Family) น้อยลง แรงสนับสนุนทางสังคมที่เคยได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน โบสถ์ หรือชุมชนมีน้อยลง ทำให้บุคคลที่มีลักษณะ หรืออยู่ในสถานการณ์เหมือนกัน ต้องหันหน้าเข้าพึ่งพากันและกันมากขึ้น (Dean. 1986 : 281) หรือเป็นเพราะธรรมชาติของปัญหาบางอย่าง เช่น ปัญหาที่เป็นตราบาปของชีวิต (Stigma) อาจแก้ไขได้ดีที่สุดด้วยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของกลุ่มชนิดนี้ (Pasket and Madara. 1985 : 26)

ปัจจุบันมีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในสหรัฐอเมริกาเกือบทุกภาวะวิกฤตและความเจ็บป่วยที่สำคัญ โดยประมาณได้ว่ามีกลุ่มเกิดขึ้นอย่างน้อย 500,000 กลุ่ม และมีสมาชิกประมาณ 15 ล้านคน สำหรับกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ที่หันมาใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากเหตุจริงใจที่ว่าพวกเขาเหล่านั้นเชื่อว่า กลุ่มจะช่วยให้เขาหายจากโรคได้ ได้รับการตอบสนองความต้องการที่เขาไม่สามารถจะได้รับความช่วยเหลือจากขั้นตอนการรักษายาบาลจากบุคลากรเลย เมื่อกลุ่มเหล่านี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางมากขึ้น จึงทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์ในกลุ่มบุคลากรในวิชาชีพเกิดขึ้น แต่ละกลุ่ม แต่ละพวกที่แสดงทัศนคติต่อกลุ่มช่วยเหลือตนเองแตกต่างกันออกไป บางพวกให้ความเห็นว่า กลุ่มลักษณะนี้เป็นกลุ่มที่ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ และใช้วิธีการที่ไม่ถูกต้องนัก เป็นกลุ่มที่สร้างขึ้นเพื่อแข่งขันกับบริการของบุคลากรในวิชาชีพ บางพวกให้ความเห็นว่ายิ่งกลุ่มลักษณะนี้ได้รับการยอมรับมากเท่าใด ก็ยิ่งเป็นการประจานความบกพร่องหรือความ

ล้มเหลวของการบริการมากขึ้นเท่านั้น แต่บางพวกก็ยอมรับในความสำเ็จของกลุ่มนี้แล้วพยายามนำมาประยุกต์ เพื่อเสริมประสิทธิภาพของการบริการ ต่อมาภายหลังก็ได้รับการยอมรับจากบุคลากรในวิชาชีพว่า กลุ่มลักษณะนี้เป็นส่วนประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ ข้อคิดเห็น และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผลของการรักษาพยาบาล จึงได้มีการตั้งกลุ่มลักษณะนี้ขึ้นมาฉาย สำหรับประเทศไทย มีรายงานที่ระบุเรื่องการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ดำเนินการโดยบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพคือ ชมรมผู้ไร้กล่องเสียง ของโรงพยาบาลศิริราชตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2526 โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ำให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ไม่กล้าให้แพทย์ผ่าตัดรักษาและผู้ไร้กล่องเสียงหลังผ่าตัดให้สามารถฝึกพูดได้ ซึ่งปัจจุบันได้พัฒนาขึ้นเป็นสมาคมผู้ไร้กล่องเสียงแห่งประเทศไทย มีสำนักงานอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช

#### รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยึดตามแนวความคิดที่ว่า บุคคลที่ประสบความสำเ็จในการจัดการกับปัญหา ความเครียด หรือภาวะวิกฤติมาแล้ว จะเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่นที่มีลักษณะปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อม หรือสังคมที่ไม่แตกต่างกันนัก ดังที่ แชลแลน (Caplan) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลใดที่ประสบความสำเ็จ ในการจัดการกับภาวะวิกฤติ จะเป็นบุคคลที่สามารถให้การประคับประคองผู้อื่นได้ดีที่สุด หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่เคยผ่านประสบการณ์หนึ่งมาแล้ว จะมีความเข้าใจมองเห็นปัญหาได้กว้างกว่า ทะลุปรุโปร่งกว่าบุคคลที่ไม่ประสบการณัั้น ๆ มาก่อน แต่อย่างไรก็ตาม การให้ความช่วยเหลือจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นสมัครใจที่จะให้ ดังนั้น สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองก็จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ จากนั้นสมาชิกจะปรึกษาหารือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน หาแนวทางช่วยเหลือกัน และกัน สมาชิกคนใดที่ประสบความสำเ็จในการต่อสู้อุปสรรค จะเป็นแบบอย่างแก่สมาชิกคนอื่นจะไปเยี่ยมเยียนและคอยสอดส่องดูแลทุกข์สุขของสมาชิกคนอื่นต่อไป รูปแบบการดำเนินการลักษณะนี้เรียกว่า การเป็นแบบอย่าง (Adams. 1979 : 96 - 97)

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ สมาชิกที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขคล้ายคลึงกัน จะมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน สมาชิกทุกคนมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ

และกระบวนการกลุ่มจะเป็นแบบไม่หยุดนิ่ง และมีปฏิริยาสัมพันธ์กันตลอดเวลาที่มีโอกาส นักศึกษา  
บางท่าน จึงเรียกการมีปฏิริยาสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า ปฏิริยาสัมพันธ์แบบเพื่อน (Peer  
Relationship)

### วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น แต่ละกลุ่มต่างก็มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ซึ่งสามารถ  
ประมวลถึงวัตถุประสงค์ของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ได้ดังนี้

1. ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ก่อความวิตกกังวล เช่น ความกลัว  
ความวิตกกังวล ความเครียด ความหวาดระแวง ความขัดแย้ง
2. ให้กำลังใจกันเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริง กล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหา  
ที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่า มิใช่มีแต่เพียงตนคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา  
คนอื่น ๆ ก็มีเหมือนกัน หรืออาจจะมากกว่า มิใช่ตนเท่านั้นที่พิการ ยังมีคนอื่น ๆ ที่เป็นเหมือน  
ตน แล้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมายและมีความสุข
3. ช่วยเหลือสมาชิกปรับตัวเข้ากับสภาพการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ เช่น ช่วยเหลือ  
ให้ผู้ป่วยปรับตัวให้ได้กับการถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ช่วยเหลือนักโทษที่ได้รับการปล่อยตัว หรือ  
ผู้ป่วยจิตเวชที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และปรับตัวให้เข้ากับ  
สิ่งแวดล้อมใหม่ให้ได้
4. สร้างความรู้สึกกระตือรือร้นถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้  
ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นโดยมิใช่เพียงผู้รับฝ่ายเดียว
5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกลั้นหรือ  
ระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุราจะพยายาม  
เหนี่ยวรั้งสมาชิกมิให้ตกเป็นทาสของสุรา กลุ่มลดความอ้วน จะพยายามระงับยับยั้งความต้องการ  
อาหารที่เกินพอดี เป็นต้น

### การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group Organization)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง

ที่ต้องการรวมกลุ่ม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาหารือระหว่างสมาชิกด้วยกันหรือเกิดจากความต้องการของพยาบาล แพทย์ นักศึกษา เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคภัยไข้เจ็บให้สมาชิกของกลุ่ม ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาก่อน และสามารถเอาชนะปัญหาต่าง ๆ มาได้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ

1. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเป็นทางการ จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีการจัดการบริหารกลุ่ม มีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างแน่ชัด มีการตั้งชื่อกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะที่คนทั่วไปอ่านแล้วเข้าใจถึงชนิดของกลุ่มได้ มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก ซึ่งมีข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาใหม่ ๆ การฟื้นฟูสุขภาพ ภูมิหายเกี่ยวกับกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่ระดับชาติ จะมีจดหมายข่าวระดับนานาชาติ มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุมตัวอย่างกลุ่มที่ตั้งในลักษณะนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้หักเหิน (Recovery Inc.) กลุ่มใช้ยานอนหลับ (Narcotics Anonymous) กลุ่มติดสุรา (Alcoholics Anonymous) เป็นต้น

2. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ จะมีลักษณะและโครงสร้างไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล บางกลุ่มมีโทรศัพท์สายด่วน สำหรับปัญหาวิกฤติ (Crisis Hotline) บางกลุ่มจัดโปรแกรมต่าง ๆ ขึ้น เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกและอยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บป่วย ขจัดภาวะเครียด หรือความกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของโรค และผลดีที่จะตามมา ตัวอย่างของกลุ่มที่ตั้งขึ้นไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

#### ชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Typology of Self - Help Group)

ไม่มีการแบ่งชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้เป็นสากล แต่อาจแบ่งกลุ่มออกได้เป็น 4 ชนิด (Pasket and Madara. 1985 : 25 - 28) คือ

1. กลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยเหลือสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยบิดามารดา ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาสำคัญ ๆ ที่มีผลทำให้สุขภาพเปลี่ยนไป
  2. กลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มนิรนาม (Anonymous) ต่าง ๆ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดสิ่งเสพติด
  3. กลุ่มให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) สำหรับบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น กลุ่มบิดามารดา กลุ่มหย่าร้าง กลุ่มโศกเศร้า
  4. กลุ่มให้การสนับสนุนประชาชน สำหรับกลุ่มบุคคลพิเศษ เช่น กลุ่มสิทธิสตรี กลุ่มคนชรา กลุ่มรักร่วมเพศ เป็นต้น
- สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 276 - 277) ได้แบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองออกเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. ตั้งขึ้นเพื่อควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มผู้ติดสุรา กลุ่มคนที่เป็นโรคอ้วน
2. กลุ่มที่แสวงหาความช่วยเหลือ ในการปรับตัวต่อปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การหย่าร้าง การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ตัวอย่างเช่น กลุ่มร้างคู่สมรส (Parents Without Partners) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (Manded Hearts) กลุ่มผ่าตัดเต้านม (Mastectomy Inc.) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ (Stroke Club) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง (Larygectomy Inc.)
3. กลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของสมาชิก และเพิ่มความสำคัญต่อสังคม หรือเรียกร้องทางกฎหมายสังคม ตัวอย่างเช่น การรกร่วมเพศ กลุ่มสตรี กลุ่มคนต่างชาติ (Racialethnic)
4. กลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในชีวิต และเข้ารับการฝึกต่าง ๆ ตามแนวเกสทอลท์ (Gestalt) และการฝึกความไวในการรับรู้ เช่น กลุ่มกายบริหาร (Physical Fitness Groups) กลุ่มเผชิญหน้า (Encounter Groups) กลุ่มร่วมอภิปรายสุขภาพโดยรวม (Holistic Health Discussion Groups) กลุ่มฝึกความเป็นบิดามารดา (Parent

Effectiveness Training Groups) เป็นต้น และมีปฏิริยาสัมพันธ์กันนั้นขึ้นอยู่กับทําความตกลงกันของกลุ่มนั้น ๆ และโอกาสจะอํานวยของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน

### บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น สามารถดำเนินการได้ทุกขั้นตอนโดยสมาชิกกลุ่มตามลำพัง ไม่จำเป็นต้องมีนักวิชาการ ผู้มีความรู้ความสามารถ หรือมีทักษะในการจัดกลุ่มมาเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกกลุ่มเชื่อว่า ความเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นในตนเองที่ได้รับนั้น เกิดจากการร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นจึงเกิดคำถามว่า ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ควรจะมีบุคลากรในวิชาชีพเข้าร่วมด้วยหรือไม่ และถ้าเข้าร่วมควรอยู่ในฐานะอะไร แต่เนื่องจากการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยนั้น จำเป็นจะต้องมีการควบคุม ตรวจสอบ และยืนยัน ในความถูกต้องเหมาะสมของคำแนะนำ ความคิดเห็นที่สมาชิกให้กันเอง จึงได้คำตอบว่า ควรจะมีบุคลากรในวิชาชีพเข้าร่วมด้วย สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้นมีโอกาสที่จะสนองความต้องการของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ได้มากกว่าบุคลากรประเภทอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพทุกคน ได้ผ่านการศึกษาและฝึกอบรมด้านการดำเนินการกลุ่มมาแล้ว อีกทั้งยังมียุทธศาสตร์ที่จะเลือกเวลาดำเนินการกลุ่มได้สะดวกกว่า และหากมีการจัดตั้งกลุ่มภายใต้ความควบคุมของพยาบาลแล้ว ตามแนวคิดของมาเรม พยาบาลควรแสดงบทบาทที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาท คือ

1. เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกและกลุ่มเท่านั้น
2. เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม

ความคิดเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับสิ่งที่ได้ศึกษาจากตำราและบทความต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งประมวลบทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยัน และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในการให้สมาชิกให้ข้อมูลที่ผิดกัน หรือเมื่อสมาชิกกลุ่มเรียกร้อง ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดการลวงล้าสยในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกกลุ่ม

2. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและการจัดกลุ่ม (Christianson. 1986 : 293; citing Newton. 1984 : 27 - 31) ความรู้เรื่องโรคและการปรับตัวเป็นครั้งคราว

3. เป็นผู้ประสานสัมพันธ์ทำให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม

4. ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใด หรือกลุ่ม

5. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะเริ่มแรก และเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไป

6. เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

7. เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม สมาชิกที่เป็นพยาบาลจะเป็นสมาชิกที่ให้ประโยชน์แก่กลุ่มได้มาก

8. ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

#### บทบาทของสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

2. เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น ๆ

3. ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

#### เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือประสบการณ์

2. ความเต็มใจให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3. ความพึงพอใจของสมาชิก

#### ปัญหาในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แม้ว่าการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ในทางปฏิบัติมักพบปัญหาเกิดขึ้นกับการดำเนินงานของกลุ่ม ทำให้กลุ่มไม่บรรลุเป้าหมายตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ ปัญหาต่าง ๆ ที่พบพอสรุปได้ดังนี้ (ครูณี ชูณะวิศ. 2537 : 284-286)

1. ผู้นำชาติทักษะในการรวมกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม แม้ว่าผู้นำกลุ่มจะมีความรู้เรื่องโรค การแก้ปัญหา และเคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ มาแล้ว แต่อาจไม่สามารถจัดรวมกลุ่มได้ จึงต้องมีการเลือกผู้นำกลุ่มอย่างรอบคอบ หรือต้องได้รับความสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักสุขศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ โดยเจ้าหน้าที่ดังกล่าวเข้ามาช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาห้องประชุม จัดสถานที่พบปะของสมาชิกช่วยให้สมาชิกเข้าใจเป้าหมายของการประชุม ช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ โดยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนในการอภิปราย ควบคุมบุคคลที่ต้องการให้บุคคลอื่นยอมตามในทุก ๆ เรื่อง หรือควบคุมบุคคลที่ผูกขาดการพูด เมื่อผู้นำกลุ่มมีทักษะในการดำเนินการกลุ่มแล้ว เจ้าหน้าที่ควรเข้าไปช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น

2. สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่เจ็บปวด ผู้ที่เดินไม่ได้ ผู้ที่ติดต่อสื่อสารทางภาษาพูดไม่ได้ จะมีอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่ม เช่น เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้ เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทาง เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้เนื่องจากอ่อนเพลีย เจ็บปวด เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ผู้นำกลุ่มต้องติดตามปัญหาของสมาชิกและหาทางแก้ไข โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือกลุ่มที่ปรึกษา

3. ปัญหาเกี่ยวกับสถานที่ในการจัดประชุมกลุ่ม จัดพบปะกลุ่มย่อย เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีปัญหาที่ต้องการแก้ไข ฉะนั้นสถานที่พบปะหรือจัดประชุมต้องเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยด้วย เช่น ห้องกว้างพอเหมาะ เงียบและเป็นสัดส่วน สถานที่ควรอยู่ในที่ชั้นลงได้ง่าย ถ้าหากสถานที่ประชุมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุมแต่ละครั้ง

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มเข้ามาด้วยความสมัครใจ และมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูเหมือนว่าไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ จึงไม่มีการเก็บเงินค่าสมาชิก ทำให้ขาดเงินในการดำเนินการกลุ่ม เช่น ค่าใช้จ่ายในการส่งข่าวแก่สมาชิกทั้งทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ ค่าเครื่องดื่มของสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม จึงอาจจำเป็นต้องรับบริจาคจากสมาชิกบางรายหรือจากหน่วยงาน โดยสมาชิกดำเนินการจัดหาเองหรือคณะที่ปรึกษากลุ่มจัดหาจากแหล่งอื่น ๆ ในการจัดประชุมกลุ่มควรหลีกเลี่ยงการเก็บเงินจากสมาชิก เพราะจะเป็นเหตุให้สมาชิกที่มีรายได้ต่ำไม่มาร่วมประชุมได้

5. ปัญหาในการเดินทางเข้าร่วมประชุม เนื่องจากสมาชิกบางรายอาจอยู่ไกลมาก จึงไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง ผู้นำกลุ่มต้องส่งข่าวสารให้สมาชิกผู้นั้นอย่างสม่ำเสมอ หรือจะประชุมในวันที่สมาชิกส่วนใหญ่มาพบแพทย์อยู่แล้ว หรือประสานกับแพทย์ พยาบาล ให้นัดผู้ป่วยในวันเดียวกันหรือใกล้กัน

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต้องได้รับการประเมิน และได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมเพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับการช่วยเหลือที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เจ้าหน้าที่ซึ่งร่วมเป็นกรรมการที่ปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วย

### ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

สมาชิกของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่ว่าจะสวมบทบาทเป็นผู้ให้หรือผู้รับความช่วยเหลือก็ตาม สมาชิกจะได้รับประโยชน์ทุกขณะที่มีปฏิริยาสัมพันธ์กัน หรือเข้ากลุ่มกัน นั่นคือในขณะที่สมาชิกคนหนึ่งเป็นผู้ให้อยู่ใน ผู้รับย่อมได้รับประโยชน์อย่างแน่นอน สำหรับตัวผู้ให้ก็ได้รับประโยชน์ด้วยเช่นกัน โดยผู้ให้จะรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น รู้สึกคนเข้มแข็งขึ้น ซึ่งมีอิทธิพลหลายท่านได้อ้างถึงความเห็นหรือผลการทดลองของนักศึกษาหลาย ๆ ท่าน เช่น เซอร์วิทซ์ (Hurvitz) ได้กล่าวไว้ว่า การให้ความช่วยเหลือสักขณะนี้ ผู้ให้ความช่วยเหลือจะเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์มาก หรืออาจจะมากกว่าผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือเสียอีก นั่นคือผู้ที่ถูกให้เป็นผู้ช่วยเหลือ จะมีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับได้รับการยกย่อง มีภาพลักษณ์ต่อตนเองมั่นคงขึ้น เกิดความรู้สึกต่อตนเองในด้านบวกสูงขึ้น รู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าคุณค่าของตนสูงขึ้น ท่านเองเดียวกัน ริชแมน (Reissman) ได้กล่าวไว้ว่า การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบบนี้ สมาชิกกลุ่มที่สวมบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ จะเกิดแรงจูงใจให้ตนมีการพัฒนาขึ้น อีกทั้งได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการให้ความช่วยเหลือด้วย (ดรูมีย์ ชุมหวัด, 2537 : 279)

ปัจจุบันกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพราะประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้สมาชิกสามารถปรับตัวได้ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องใช้เวลาในการพักฟื้นหลังผ่าตัดเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่เกิดความพิการ ผู้ที่ต้องทำกิจกรรมฟื้นฟู

สุขภาพเป็นเวลานาน ผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ผู้ที่อยู่บนภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรค ผู้ที่ต้องปรับเปลี่ยนแผนชีวิต เป็นต้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ความสำคัญทั้งด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ในปัจจุบันนี้นอกจากกลุ่มจะมีจำนวนมากขึ้นแล้ว ขอบเขตของกิจกรรมของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะให้ความสำคัญแก่สมาชิกของกลุ่มและเจ้าหน้าที่ด้วย ประโยชน์ที่ได้รับของแต่ละกลุ่มอาจจะเน้นเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกันไป แต่โดยสรุปแล้วมีอยู่ 3 ประการใหญ่ ๆ (Newton. 1984 : 27 - 31) คือ

1. เพื่อให้สมาชิกได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล แม้ว่าเขาจะมีปัญหาบางอย่าง โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าของสมาชิก ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของกลุ่ม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มเป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกได้รับมากที่สุด
2. ให้ความช่วยเหลือแก่กันและกัน (Mutual Assistance) จะให้ประโยชน์ในการแก้ปัญหา และบริการเกี่ยวกับปัญหาวิกฤต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคอ้วน บางกลุ่มจัดบริการทางโทรศัพท์แก่สมาชิกด้วย เช่น กลุ่มฟักฟื้น (Recovery Inc.)
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาโรค โดยสมาชิกเป็นผู้ดำเนินการเองในการให้ความรู้ ข่าวสารข้อมูล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน หรือได้จากบุคคลภายนอกกลุ่ม เช่น เชื้อวิทยากรมาบรรยายให้สมาชิกฟัง หรือได้รับความรู้จากคณะที่ปรึกษากลุ่ม

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามอธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มที่ทำให้สมาชิกได้รับประโยชน์จากกลุ่มชนิดนี้ ซึ่งอาจสรุปได้ว่าเกิดจาก

1. การที่สมาชิกมีลักษณะอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือน อยู่ในเรือลำเดียวกัน (Being in the same boat) จึงแน่ใจได้ว่า ผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือมีความเข้าใจอย่างแท้จริงว่าปัญหาคืออะไร
2. ปัญหาที่มีร่วมกัน ทำให้สมาชิกมีความสนใจหรือความปรารถนาอย่างเดียวกันใน การที่จะทำอะไรบางอย่างเกี่ยวกับปัญหานั้น ซึ่งก็คือ การให้ความช่วยเหลือกันเพื่อแก้ปัญหา
3. มิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน โดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาที่จะให้ แก่กันได้ดีขึ้น

4. การได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือคนอื่น จะเป็นเหมือนการได้ทำประสบการณ์นั้นซ้ำ ๆ จนเกิดความชำนาญ และเข้าถึงความสำคัญของสิ่งที่ให้แก่กัน

5. การได้พบเห็นคนอื่นซึ่งเคยประสบปัญหาเดียวกับตนและสามารถผ่านพ้นปัญหานั้นมาได้แล้ว จะเป็นแบบอย่าง (Role Model) ให้ปฏิบัติตาม และมีความมั่นใจมากขึ้นว่า ตนก็สามารถผ่านพ้นปัญหานั้นไปได้เช่นกัน

6. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นโอกาสได้ระบายความรู้สึก และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์

7. ในกรณีที่มีปัญหาที่เกิดขึ้น ถือเป็นความเลวร้ายหรือตราบาปของชีวิต (Stigma) การได้พบเห็นคนอื่น ๆ เป็นเหมือนตน ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกว่าปัญหานั้นเป็นเรื่องธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้ จึงยอมรับสถานการณ์ ความคิดเห็นและคำแนะนำต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และประจักษ์ชัดว่าการได้ทำกิจกรรมซึ่งได้รับมอบหมายในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า (Gilbey. 1987 : 23 - 24)

สำหรับการนำเอากลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งในหลาย ๆ กลุ่ม ที่อยู่ในเครือข่ายสังคม ที่พยาบาลสามารถนำหรือจัดตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ตามวิธีการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ การสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งก็พบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง (Gilbey. 1987 : 23 - 24) และจะให้ประโยชน์ทั้งด้านป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรก การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของตน กับทั้งได้รับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้อื่น และได้ตระหนักว่ามีคนเพียงผู้เดียวที่ต้องเผชิญกับปัญหายังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนตน และอยู่เคียงข้างตนเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหานั้น กระบวนการกลุ่มในลักษณะนี้เป็นการใช้ความสามารถ และศักยภาพของบุคคลอย่างเต็มที่ การให้ผู้ที่ประสบกับปัญหาเช่นเดียวกันมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะเป็นแนวทางที่เร่งบรรเทาให้เร็วขึ้น (จินตนา

ยูนิพันธ์. 2527 : 142) นอกจากนี้การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับรู้ถึงภาวะของโรค รวมทั้งความรุนแรง ตลอดจนประโยชน์และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินของโรคนี้ได้ นั่นก็คือ กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากเมื่อสมาชิกนำประสบการณ์ข้อเสนอนี้มา ความคิดเห็นที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน ที่ทำงาน ตลอดจนกลุ่มสังคมอื่น ๆ ที่สมาชิกมีส่วนร่วมอยู่ด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้น เมื่อสมาชิกได้นำผลจากการนำข้อเสนอนี้มาและความคิดเห็นจากกลุ่มไปใช้ และมาบอกเล่าให้สมาชิกคนอื่น ๆ ฟัง ถ้าหากได้ผลก็สามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้ หากไม่ได้ผลการบอกเล่าก็จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มสามารถวิเคราะห์กันต่อไปได้

#### ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

##### เพศ

เนมิลี และคนอื่น ๆ (Neimi and others. 1988 : 1101 - 1107) ศึกษาว่าโดยทั่วไป ระบบสังคมและวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของการดูแล (Caring) จึงพบว่าเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง

ลูบบิน, ไวเลอร์ และชาน (Lubben, Weiler and Chi. 1989 : 731) ได้ศึกษาการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 1,021 ราย พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรมและสังสรรค์กับเพื่อนฝูงและสังคมมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง

วอล์คเกอร์ และคนอื่น ๆ (Walker and others. 1988 : 84) พบว่าเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่าเพศชาย

เฟอราโร (Ferraro. 1980 : 385) เพศหญิงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของคนดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีความอดทนสูงกว่าเพศชาย และคิดว่าสุขภาพที่เสื่อมมันไม่รุนแรง จึงประเมินสุขภาพของคนดีกว่าเพศชาย

ขวัญใจ ต้นดีวัฒนเสถียร (2534 : 117 - 123) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุวิมล พนาวิทนกุล (2534 : 32) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีอัตราในทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 107) ศึกษาพฤติกรรมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ฉันทนา กาญจนพจน์ (2530 : 53) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตราในทัศนคติของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเพศชายมีการร่วมกิจกรรมมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## อายุ

พจนา พลรังสิต และคนอื่น ๆ (2535 : 19) มีการศึกษาหลายรายที่พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีปัญหามากขึ้น

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ (ม.ป.ป. : 56) เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองน้อยลง และอายุ 60 - 70 ปี จะมีการดูแลตนเองได้ดีที่สุด

## สถานภาพสมรส

สเปคค์ (Speake. 1987 : 28) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน

118 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส คู่ กับโสด หม้าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

เสาวนีย์ กานเดชาวัณ (2524 : 6 - 72) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความต้องการเข้ารับการบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย รวมทั้งโสด

ฉันทนา กาญจนพันธ์ (2530 : 53) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย และมีการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก

อารมณ วุฒิพฤกษ์ และคนอื่น ๆ. (2531 : 29) ศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### การศึกษา

ณรงค์ เทียนส่อง (2529 : 696) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ถ้าขาดความรู้ บุคคลก็ไม่สามารถจะตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ไม่สามารถทำงานเพื่อเพิ่มพูนรายได้ และไม่สามารถจะแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยได้

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 108) พบว่า มีผู้ศึกษาว่าผู้ที่มิระดับการศึกษาต่ำ มีการดูแลสุขภาพต่ำ

สุพรรณิ นันทชัย (2534 : 7) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพค่อนข้างต่ำ มีภาวะสุขภาพด้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

#### รายได้

เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เชื่อว่านายให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับประทานอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 179) รายงานได้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีฐานะ เศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้ไม่มีเงินซื้อหาอาหาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จำเรียง ฤทธิ์สุวรรณ นิตยา ภาสอินทร์ และวินัส คันทิกุล (2535 : 45 - 46) สุวิมล พนารัตนกุล (2534 : 32) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารายงานได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ขวัญใจ คันทิเสถียร (2534 : 117 - 123) รายงานได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประภาพร จันทินทยา และคนอื่น ๆ (2536 : 304) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงไม่มีรายได้เป็นของตนเอง มีรายได้จากบุตรหลานเพียงแหล่งเดียว และมีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท ซึ่งน่าจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกต่อสถานภาพทางเศรษฐกิจของตนเองไม่ดีนัก เนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการในเรื่องต่าง ๆ ได้เต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นบ้าน ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี การรักษาพยาบาล การจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ตลอดจนโอกาสที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็ลดลงตามไปด้วย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มีความคิดเป็นเกี่ยวกับความต้องการด้านความรับผิดชอบของครอบครัว และรวมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้

### การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การวิจัยในประเทศ

สเตซี และคนอื่น ๆ (Stacey and others. 1985 : 67 - 74) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความรู้ และเหตุการณ์เปลี่ยนพฤติกรรมจากการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายของบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (Simple Cognitive and Behavioural Changes Resulting from Improved Physical Fitness in Persons over 50 Years of Age) การประเมินผลกระทบของการออกกำลังกายต่อการปฏิบัติด้านความรู้ และความสุขทางจิตใจ ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างชุดของตัวแปร และสิ่งที่ได้มาจากโปรแกรม

สมรรถภาพ จากการคาดคะเนว่าผลกระทบที่เป็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย อาจจะแผ่ขยายกว้างออกไปยังกระบวนการความรู้และบุคลิกภาพ

สปีก (Speak. 1987 : 25 - 30) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ยานาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ อายุ 65 ปี และมากกว่า ไม่ได้อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 118 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ของวอลสตันและคนอื่น ๆ (Wallston and others) ดัชนีประเมินสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Rating Index) วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบรายงานกิจกรรมของผู้สูงอายุ (A three day activity form) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่า ( $r = 0.31, p = 0.001$ ) ตัวอย่างที่อายุมากกว่า ไล่ด การศึกษา น้อย อาศัยอยู่คนเดียว มีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลจากโชคชะตา หรือความบังเอิญ ( $p < 0.05$ ) ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ( $p < 0.001$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ ( $p = 0.001$ ) อาศัยอยู่นอกกลุ่มผู้เกษียณอายุ ( $p < 0.01$ ) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนกิจกรรมที่สูงกว่า และคะแนนกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของกิจกรรมได้ร้อยละ 30 ( $p < 0.05$ )

ลอมบาโด และคนอื่น ๆ (Lombado and others) (ครุฑ ชูหวัด. 2537 : 267 - 289) ได้ทำการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนัง ที่โรงพยาบาลซิลเวอร์แลนด์ รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มผู้ป่วยจะพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะพูดถึงปัญหาที่ตนเองพบ ในการเก็บข้อมูลใช้เวลา 1 ปี จึงประเมินผล โดยยึดหัวข้อใหญ่ ๆ 3 หัวข้อคือ 1) ปัญหาที่เกิดจากความเครียด 2) ความเชื่อมั่นในตนเอง 3) การเข้าสังคม นอกจากนั้นแล้วยังประเมินเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับผลสำเร็จทั้ง 3 ข้อ และที่สำคัญคือมีความภาคภูมิใจที่ตนสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นได้

คันทิงแฮม (Cunningham. 1989 : 131) ได้ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนผู้สูงอายุ (Health Promoting Self - Care Behavior in the Community Older Adult) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนของผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีของ โอเรม โดยนำเสนอการผสมผสานระหว่างมิติทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมตัวอย่างแบบมีจุดหมาย ได้ผู้สูงอายุที่มีอิสระต่อกันจำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริม ยิ่งกว่านั้นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปร ยังแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ความรู้ทางสุขภาพ ความรับผิดชอบทางสุขภาพ และแรงจูงใจในเรื่องของสุขภาพทั้งหมดนี้ล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพด้วยทั้งนั้น

โทรเจน (Trojan) (ตุณั พุทหวัด. 2537 : 267 - 289) ได้ทำการศึกษาถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในผู้ป่วยจำนวน 232 คน จากโรคเรื้อรัง 65 โรค โดยศึกษาเน้นในเรื่องแรงจูงใจของสมาชิก การดำเนินการของกลุ่มเป้าหมายและประสิทธิผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มผลการศึกษได้แบ่งเป็น 2 ประเด็นคือ 1) ประโยชน์ที่ได้รับของกลุ่มหรือสมาชิก ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 90 2) ประโยชน์ที่บุคคลภายนอก เช่น บุคคลในครอบครัวได้รับซึ่งสมาชิกในกลุ่มเห็นด้วยถึง 2 ใน 3 ส่วน ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทำให้มีการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
2. ช่วยให้มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน ตลอดจนเครือข่ายทางสังคมดีขึ้น
3. มีผลกระทบต่อนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

สำหรับผลกระทบทางด้านลบนั้นมีเพียงเล็กน้อย (เพียงร้อยละ 1 - 4 เท่านั้น) แต่อย่างไรก็ตามประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนเพราะ 1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่สามารถแทนที่การบริการจากผู้เชี่ยวชาญได้ 2) กลุ่มช่วยเหลือตนเองยังต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มที่มีปัญหาอื่น ๆ

สปีก และ โควาท (Speak and Cowart. 1989 : 93 - 100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 297 คน อายุ 65 ปี และมากกว่า เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ของวอลสตัน และคนอื่น ๆ (Wallston and others. 1978) คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3 ข้อความ และแบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promotion Lifestyle Profile) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่าเชื้อชาติคอเคเชียน ระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในตน ( $p < 0.05$ ) ส่วนอายุที่มากกว่า เพศหญิง คนโสด และเชื้อชาติผิวดำ มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา ( $p < 0.01$ ) ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนวิถีชีวิตในองค์ประกอบย่อย 5 องค์ประกอบได้แก่ การออกกำลังกาย ( $p < 0.01$ ) การรับประทานอาหาร ( $p < 0.05$ ) การจัดการกับความเครียด ( $p < 0.001$ ) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $p < 0.05$ ) และการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ( $p < 0.001$ ) ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนของวิถีชีวิต ยกเว้น 2 องค์ประกอบย่อยได้แก่ การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต ( $p < 0.05$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในปัจจุบัน อดีต และเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต 3-6 องค์ประกอบย่อย อายุ เชื้อชาติ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตในองค์ประกอบย่อย 2 - 5 องค์ประกอบ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตในแต่ละองค์ประกอบย่อย นอกจากนี้พบว่าภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ภาวะสุขภาพในอดีต ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา และความเชื่ออำนาจภายในตน สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตโดยส่วนรวมได้ร้อยละ 23.9

จอห์นสัน (Johnson) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท

ของสหรัฐอเมริกา ตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่าจำนวน 250 คน อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองในชุมชนชนบททางตะวันตก เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจากรายชื่อผู้สูงอายุ โดยใช้ตารางเลขสุ่ม แบบสอบถามที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามวิถีชีวิตของบุคคล (Personal Lifestyle Questionnaire) สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติความสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Bi-serial Correlation) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ไม่ได้มีการปฏิบัติในเรื่องวิถีชีวิต ได้แก่ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน ความปลอดภัยในการขับขี่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การตรวจร่างกาย การตอบสนอง ความต้องการด้านความปลอดภัย การมีเพื่อนสนิทและการผ่อนคลาย และพบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เพศหญิง สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาสูงกว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพในเรื่องวิถีชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่าเพศชาย สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก และระดับการศึกษาน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.73, p < 0.05$  ;  $r = 0.83, p < 0.01$  ;  $r = 0.81, p < 0.01$ ; และ  $r = 0.74, p < 0.05$  ตามลำดับ)

### การวิจัยในประเทศไทย

สายใจ พัวพันธ์ (2529 : ก - ข) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัดเต้านมข้างใดข้างหนึ่งออก ณ สถานะมะเร็งแห่งชาติในระยะหลังผ่าตัดตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป สัมภาษณ์เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม และมีส่วนร่วมอย่างน้อย 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 2 เดือนหลังผ่าตัด จำนวน 15 คน พบว่า

1. ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 2 เดือน ที่มีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีภาพลักษณ์ต่อตนเองในทางบวกมากกว่าระยะก่อนการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับคะแนน การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมออก มีความสัมพันธ์กันในทางบวก
3. เปรียบเทียบลักษณะการมีส่วนร่วมหรือการมีปฏิริยาสัมพันธ์ในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่ามีปฏิริยาสัมพันธ์ในส่วนที่มุ่งงานของกลุ่มมากกว่าส่วนที่สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม

4. เนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจมากที่สุดคือ เนื้อหาเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา เนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจรองลงมาคือ เนื้อหาเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรค การรักษา และผลกระทบของการรักษา และเนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจน้อยที่สุดคือ เนื้อหาด้านเพศสัมพันธ์

บรรลु ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2531 : 70 - 72) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง โดยสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุทั่วประเทศที่มีอายุ 70 - 74 ปี จำนวน 1,574 คน เป็นชาย 653 คน หญิง 921 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการปฏิบัติตนในอดีต ทั้งในแง่การแพทย์และสาธารณสุข ศึกษาว่ามิสุขภาพแข็งแรงเพียงใดโดยใช้การวัดความสมบูรณ์ทางกายของผู้สูงอายุ และศึกษาทัศนคติต่อบริการสังคมที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากรัฐและสังคม การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 70 - 74 ปี มีความสมบูรณ์ทางกายเพียงร้อยละ 15.50 นิยbkการกินอยู่ง่าย ไม่เลือกอาหารรสชาติอาหารเป็นแบบธรรมดา และมีพฤติกรรมการกินโดยทั่วไปวันละ 3 มื้อ ผู้สูงอายุกลุ่มที่สมบูรณ์แข็งแรงพบว่า มีอัตราการออกกำลังกายมากกว่า ส่วนใหญ่ของการออกกำลังกายเป็นเรื่องของการเดิน ผู้สูงอายุไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขภาพตนเอง ไม่เคยตรวจร่างกายถึงร้อยละ 80.1 ผู้สูงอายุทั้งหมดส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินหรือเคี้ยวหมาก และไม่ดื่มชา กาแฟ การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่รักษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้สูงอายุทั้งหมดมีการขับถ่ายอุจจาระทุกวันปกติสม่ำเสมอ และการปฏิบัติศาสนกิจค่อนข้างสูง สำหรับการกิจประจำวันส่วนใหญ่มีกิจกรรมมากกว่า 4 อย่างขึ้นไป ส่วนกิจกรรมในยามว่าง พบว่าใช้เวลาว่างทำกิจกรรมมากกว่า 5 อย่างขึ้นไป ในเรื่องที่ทัศนคติต่อตนเองและปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มองตนเองว่าแก่แล้ว และคิดว่าการทำจิตใจให้สงบโดยใช้ศาสนาเป็นหลัก การระมัดระวังสุขภาพและการทำงานอยู่เสมอ เป็นสาเหตุที่ทำให้อายุยืนยาว ปัญหาของผู้สูงอายุพบมากที่สุดเป็นเรื่องสุขภาพรองลงมาเป็นเรื่องการเงิน

สุลล หองวชิเียร และพิมพ์พรรณ ศัลปสุวรรณ (ม.ป.ป.) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

กิจวิจัยบางประการกับระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตัวอย่างประชากรได้จากผู้สูงอายุจำนวน 1,077 คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 6 ศูนย์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี พัฒนาการทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย มีปัญหาเรื่องสายตา หู เหนืออกและฟัน ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 48 มีโรคประจำตัว โรคที่มีบทบาทที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมั่นคงในชีวิตใหญ่อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยึดมั่นในหลักศาสนา ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่ สถานที่พักอาศัย และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

สุวิมล พนาวิณกุล (2534 : 47 - 48) ได้ศึกษาเรื่อง อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ มีความสามารถในการดูแลตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตดี และยังพบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และในขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเรื่องสถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยพื้นฐานเรื่องเพศ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการและอัตมโนทัศน์เข้าในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียนและอัตมโนทัศน์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 44 และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเองเข้าในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ และอัตมโนทัศน์สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24

มณฑนา เจริญกุล (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิธีสัมภาษณ์แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และมารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ในขณะที่รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพ แต่ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และเมื่อตัวแปรทั้งหมดเข้าวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น เพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายได้โดยตรง แต่แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้โดยอ้อมผ่านความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะที่ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.76

นิรนาท วิทยโชคกิจคุณ (2534 : 50 - 51) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบสอบถามประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ในขณะที่เพศ จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และเพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานเข้าวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาใน

โรงเรียน และรายได้ ไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้โดยตัวแปรทั้งหมด สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 30.1

รัตน กฤษฎาธาร (โศภาวรรณ วัฒนรัตน์, 2537 : อัดสำเนา) ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการ อนามัยและการใช้จ่ายแบบบูรณาการ พ.ศ. 2529 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 6,095 ราย จาก การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่วัดด้วย การเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บในระยะ 2 สัปดาห์ ก่อน การสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เจ็บปวดและหรือบาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใน เขตเมืองอื่นและชนบท ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งวัดด้วยแบบแผนการรักษา พยาบาลในระยะ 12 เดือน ก่อนการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้บริการ สาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลที่วัดด้วยการใช้สมุนไพรร พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพฯ ใช้สมุนไพรมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นและชนบท

ดวงพร รัตนอมรชัย (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตในจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.1) มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.2 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อ อารมณ์ภายในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.8 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.2 และมีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออารมณ์ ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.8 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลทุกปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุและเขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ ผู้สูงอายุวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออารมณ์ภายในตนเอง การรับรู้การ ควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออารมณ์ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออารมณ์ ความพึงพอใจและพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับ

คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ร้อยละ 38.2

ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบแผนชีวิต จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 206 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีอายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ ที่แตกต่างกันจะมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน ส่วนเพศ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย ที่ต่างกันไม่ทำให้แบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

จารุวรรณ วัฒนโธณ (2535 : ก - ข) ทำการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสีที่หน่วยรังสีรักษา วชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย โดยผู้ป่วย 20 คนแรก ถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยอีก 20 คนถัดมา ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สำหรับการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จากการศึกษาวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศ ยังไม่พบว่ามีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคนี้เลย

สายปัทมา คงพันธ์ (2535 : ก - ข) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการ สุขศึกษา โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม แบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับรังสีรักษาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ณ บ้านพักผู้ป่วยมะเร็ง สมาคมต่อต้านมะเร็งแห่งประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

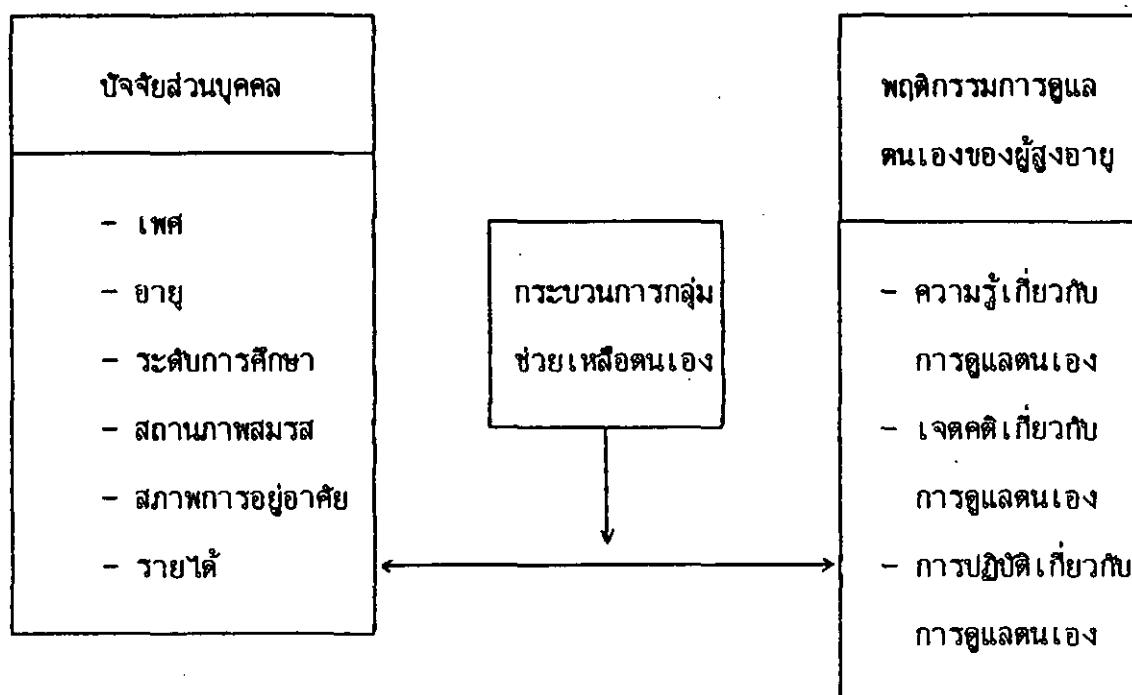
40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะเข้าโครงการสุขภาพ โดยการให้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )
2. หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )
3. หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

ประภาพร จินนุญา (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง โดยการสัมภาษณ์แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์การจำแนกพันธุ์ โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 ราย พบว่า เกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่าร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า โรคประจำตัว การหกลืนและการทำประกัน เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ไพภาวรรณ วัฒนรัตน์ (2537 : บัณฑิตศึกษา) ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร โดยการสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพโดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 356 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน ระดับการศึกษาต่างกัน สถานภาพสมรสต่างกัน สภาพการอยู่อาศัยต่างกัน ยาชีพต่างกัน รายได้ต่างกัน รายได้เฉลี่ยต่างกัน มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน นบถิอศาสนาต่างกัน มีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### สมมุติฐานทางการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
4. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า มีเนื้อหาดังต่อไปนี้ แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิธีจัดกระทำข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2538 จำนวน 4 ชมรม ดังต่อไปนี้ ชมรมผู้สูงอายุบ้านแซะ จำนวน 30 คน ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองวัง จำนวน 30 คน ชมรมผู้สูงอายุบ้านไผ่ จำนวน 30 คน ชมรมผู้สูงอายุบ้านไชยบาล จำนวน 30 คน รวมผู้สูงอายุทั้งหมดที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 100 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2538 จำนวน 50 คน ซึ่งได้รับการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบการเสริมสร้าง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข นำคะแนนที่ได้มาเรียงจากมากไปหาน้อย ทำการแยกกลุ่มใหญ่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มลำดับที่คู่กับกลุ่มลำดับที่คี่ แล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากมาเพียงกลุ่มเดียวเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัย ชนิด The Single Group Pretest - Posttest Design (อนันต์ ศรีโสภณ. 2527 : 112) ดังนี้

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| $O_1$ | X         | $O_2$ |
| 1 วัน | 2 สัปดาห์ | 1 วัน |

### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

- $O_1$  แทน การสอบก่อนการทดลอง
- $O_2$  แทน การสอบหลังการทดลอง
- X แทน กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มี 2 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย

- ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
- ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ แนวทางการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งได้แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ประกอบด้วย

การประชุมครั้งที่ 1 เน้นให้ผู้สูงอายุได้ทำความรู้จักกัน โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนแก่สมาชิกในกลุ่ม

ผู้วิจัยแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ โครงสร้าง และการดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งประกอบด้วย บทบาทของสมาชิก บทบาทของผู้ในกลุ่ม และผู้วิจัยเน้นถึงความสำคัญของการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มทำการตกลงเกี่ยวกับสถานที่ ระยะเวลาที่จะทำกลุ่มครั้งต่อไป และข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่ม

#### • ระยะเวลาที่ 2 การดำเนินการกลุ่ม ประกอบด้วย

การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 เน้นการดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร น้ำ อากาศ และปัญหาที่สมาชิกในกลุ่มพบ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุ นำแนวความคิดจากการสนทนา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และเห็นความสำคัญของการเลือกชนิดของอาหารที่จะรับประทาน รวมถึงน้ำและสภาพอากาศที่เหมาะสม ในการดำเนินการสมาชิกกลุ่มได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข

การประชุมครั้งที่ 3 เน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย และปัญหาที่สมาชิกในกลุ่มพบ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุ นำแนวความคิดจากการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และเน้นให้เห็นความสำคัญของการขับถ่าย ทั้งการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ การรักษาสภาพการขับถ่ายให้เป็นปกติ ในการดำเนินการสมาชิกกลุ่มได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

การประชุมครั้งที่ 4 เน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุ นำแนวความคิดจากการเรียนรู้ การสนทนา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ข้อพึงปฏิบัติในการออกกำลังกาย การหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อขา การบริหารต้นคอ การบริหารไหล่ การบริหารหลัง ต้นแขน ข้อมือ นิ้วมือ การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง การบริหารต้นขา การพักผ่อน และนอนหลับ ในการดำเนินการนอกจากสมาชิกกลุ่มจะมีการพัฒนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันแก้ไขปัญหาแล้ว สมาชิกกลุ่มได้เชิญผู้เชี่ยวชาญในการออกกำลังกายมาเป็นผู้นำคำแนะนำและสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพ

การประชุมครั้งที่ 5 เน้นเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต ประโยชน์ที่ได้รับจากการรู้จักการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และปัญหาที่สมาชิกในกลุ่มพบ ผู้วิจัยกำหนด

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุเฝ้าระวังความคิดจากการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และเน้นให้เห็นความสำคัญของการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต ในการดำเนินการสมาชิกกลุ่มได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิด ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นกับตนและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

การประชุมครั้งที่ 6 เน้นเกี่ยวกับการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการเพิ่มปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเฝ้าระวังความคิดจากการสนทนา และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยการจัดช่วงเวลาในแต่ละวันของผู้สูงอายุเอง กับการเป็นส่วนตัวและการพบปะสังสรรค์ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อเพิ่มความสุขให้กับชีวิต ในการดำเนินงาน สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง พร้อมกับช่วยกันหาแนวทางแก้ไข

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดในการทำกลุ่ม ประกอบด้วย

การประชุมครั้งที่ 7 เน้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังจากที่ได้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหาร น้ำ อากาศ การขยับร่างกาย การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้นำกลุ่ม และผู้วิจัยร่วมกันสรุปวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุเองเปิดโอกาสให้ผู้สมาชิกกลุ่มซักถามและพูดถึงการปฏิบัติของตนเอง ผู้วิจัยถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด และการปฏิบัติตัวของสมาชิกในกลุ่ม และร่วมกันร้องเพลงขอสัญญา

### ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ซึ่งมีคำตอบที่ถูกต้อง 1 คำตอบ

2.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุตามแบบของมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.3 แบบสอบถาม การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ  
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบ 3 ตัวเลือก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)  
คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบ้าง ปฏิบัติ

#### ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ จากหลักสูตรการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือ จากตำราการวัดผลทางการศึกษา การวัดและประเมินผลทางสุขภาพศึกษา
3. สร้างแบบสอบถาม ความรู้ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก แบบสอบถามเจตคติ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบสอบถามด้วยการปฏิบัติ แบบ 3 ตัวเลือก คือปฏิบัติ ปฏิบัติบ้าง และไม่ปฏิบัติ เมื่อสร้างเครื่องมือเสร็จแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

#### เกณฑ์ในการให้คะแนน

1. แบบสอบถามความรู้ ถ้าผู้สูงอายุตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ถ้าไม่ตอบ หรือตอบเกิน ก็จะได้ 0 คะแนนเช่นกัน เกณฑ์ในการให้คะแนน ใช้ตามเกณฑ์
 

|                |         |                                   |
|----------------|---------|-----------------------------------|
| 80 - 100 คะแนน | หมายถึง | มีความรู้ระดับดีมาก               |
| 70 - 79 คะแนน  | หมายถึง | มีความรู้ระดับดี                  |
| 60 - 69 คะแนน  | หมายถึง | มีความรู้ระดับปานกลาง             |
| 50 - 59 คะแนน  | หมายถึง | มีความรู้ระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ    |
| 0 - 49 คะแนน   | หมายถึง | มีความรู้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ |
2. แบบสอบถามวัดเจตคติ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบดังนี้  
คำตอบที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

เห็นด้วย 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

4.20 - 5.00 เจตคติดีมาก

3.40 - 4.19 เจตคติดี

2.60 - 3.39 เจตคติด้านกลาง

1.80 - 2.59 เจตคติไม่ดี

1.00 - 1.79 เจตคติไม่ดีมาก

### 3. แบบสอบถามการปฏิบัติ

คำตอบที่มีพฤติกรรมทางบวก

ปฏิบัติตามให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติตามบ้างให้ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติตามให้ 0 คะแนน

คำตอบที่มีพฤติกรรมทางลบ

ปฏิบัติตามให้ 0 คะแนน

ปฏิบัติตามบ้างให้ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติตามให้ 2 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1.34 - 2.00 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติระดับดี
- 0.67 - 1.33 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติระดับพอใช้
- 0.00 - 0.66 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติระดับต่ำ

### การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ เรื่องการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก เป็นรายข้อโดยใช้เทคนิคร้อยละ 50 ดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ โดยใช้สัดส่วนความแตกต่างระหว่างกลุ่มสูง กลุ่มต่ำ แล้วคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าความยากง่าย ระหว่าง .20 ถึง .80 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 20 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 137 - 138)

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ด้วยค่าที (t - test) แล้วคัดเลือกเฉพาะคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 139)

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.1 แบบสอบถาม การวัดความรู้ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 131)

3.2 แบบสอบถาม การวัดเจตคติ และการปฏิบัติ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 131 - 132)

### วิธีดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยังสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยติดต่อสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลครบุรี เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย พร้อมกับชี้แจงขั้นตอนของการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
  - 3.1 ใช้แบบทดสอบการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จากประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน โดยนำคะแนนที่ได้จากการทดสอบมาเรียงจากมากไปหาน้อย แล้วทำการแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มลำดับที่คู่ กับกลุ่มลำดับที่คี่ แล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากมาเพียงกลุ่มเดียวเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้จำนวนทั้งหมด 50 คน
  - 3.2 ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ในการเลือกผู้สูงอายุ เพื่อมาเป็นผู้นำ และเป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 3 คน
  - 3.3 ประเมินทัศนคติของผู้สูงอายุที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และบทบาทในกลุ่ม
  - 3.4 ขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุ เพื่อมาเป็นสมาชิกกลุ่มตลอดระยะเวลาในการวิจัย 2 สัปดาห์
  - 3.5 ทำการสอบก่อน (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถาม ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
  - 3.6 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 12 คน
  - 3.7 ดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยให้การอบรมผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งวัดซ้ำ 7 ครั้ง ครั้งละ 1

ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ วันเว้นวัน โดยแบ่งระยะเวลาในการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง ออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 กระบวนการกลุ่ม และการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ประกอบด้วย  
การประชุมครั้งที่ 1 เน้นให้ผู้สูงอายุทำความรู้จักกัน

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม ประกอบด้วย  
การประชุมครั้งที่ 2 เน้นการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร น้ำ

อากาศ

การประชุมครั้งที่ 3 เน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย

การประชุมครั้งที่ 4 เน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

การประชุมครั้งที่ 5 เน้นการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต

การประชุมครั้งที่ 6 เน้นการคงความสมดุลระหว่างการอยู่

คนเดียวกับการเชื่อมสัมพันธ์กับผู้อื่น

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการเข้ากลุ่ม ประกอบด้วย

การประชุมครั้งที่ 7 เน้นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งหมด

ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยร่วมกันสรุป วิถีปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถามพูดถึงการปฏิบัติตัวของตนเอง

3.8 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ของการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม

3.9 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ ทำการตรวจให้คะแนน แล้วนำคะแนนที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมุติฐาน

#### แผนกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

วันที่ 1 กิจกรรมการสร้างมนุษยสัมพันธ์

การประชุมครั้งที่ 1 เน้นให้ผู้สูงอายุทำความรู้จักกัน

วันที่ 2 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม

การประชุมครั้งที่ 2 เน้นการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร น้ำ อากาศ

วันที่ 3 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม

การประชุมครั้งที่ 3 เน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย

วันที่ 4 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม

การประชุมครั้งที่ 4 เน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

วันที่ 5 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม

การประชุมครั้งที่ 5 เน้นการป้องกันอันตรายที่มีชีวิต

วันที่ 6 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม

การประชุมครั้งที่ 6 เน้นการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว กับการ  
เพิ่มปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

วันที่ 7 กิจกรรมสิ้นสุดการทำงานกลุ่ม

การประชุมครั้งที่ 7 เน้นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้นำกลุ่ม และ  
ผู้ช่วยร่วมกันสรุป เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของข้อมูล วิเคราะห์โดยคำนวณค่าร้อยละ
2. ลักษณะเชิงเปรียบเทียบหลังการทดลอง สถิติที่นำมาใช้คือ
  - 2.1 ค่าเฉลี่ย
  - 2.2 t-test dependent
  - 2.3 ANOVA
  - 2.4 q - Statistic

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
  - 1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน ความถี่ทั้งหมด

### 1.2 หาค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ  $\bar{X}$  แทน คะแนนเฉลี่ย

$\Sigma X$  แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

### 1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์วิริยะ . 2534 :

74)

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

เมื่อ S.D. แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\Sigma X^2$  แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma X)^2$  แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

## 2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

### 2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงผิวนิจ

(Face Validity) โดยวิธีของ โรวินเนลลี และแฮมเบิลตัน (Rovincelli and Hambleton)

โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2533 : 124)

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

เมื่อ IC แทน ค่าความสอดคล้องของแบบสอบถาม

$\Sigma R$  แทน ผลรวมคะแนนความคิดของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยาก (P) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความรู้  
จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 124)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้เข้าสอบ

$$r = \frac{R_u - R_e}{\frac{N}{2}}$$

เมื่อ r แทน ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

$R_u$  แทน จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มเก่ง

$R_e$  แทน จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มอ่อน

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติ  
โดยหาอัตราส่วน วิกฤตติ (t) เป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการของ t-test จากสูตร (พวงรัตน์  
ทวีรัตน์. 2533 : 139)

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

เมื่อ  $t$  แทน อำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

$\bar{X}_H$  แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$  แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง

$S_H^2$  แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง

$S_L^2$  แทน ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ

$n_H$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง

$n_L$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง

2.4 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์

ริชาร์ดสัน (K.R.21) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 131)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\bar{X}(n - \bar{X})}{nS_t^2} \right]$$

เมื่อ  $r_{tt}$  แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

$n$  แทน จำนวนข้อในแบบสอบถาม

$\bar{X}$  แทน ค่าเฉลี่ยของแบบคะแนนรวมทั้งหมด

$S_t^2$  แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

2.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ และการปฏิบัติ โดยใช้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) จากสูตร (พวงรัตน์

ทวีรัตน์. 2531 : 132)

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

เมื่อ  $\alpha$  แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

$n_2$  แทน จำนวนข้อในแบบสอบถาม

$S_i^2$  แทน ค่าความแปรปรวนของข้อสอบแต่ละข้อ

$S_t^2$  แทน ค่าความแปรปรวนของข้อสอบแต่ละข้อ

### 3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทดสอบก่อนและหลัง โดยการทดสอบค่าที (t-test Dependent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3 (บุศรี วงศ์วัฒนะ . 2534 : 177) จากสูตร

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - (\sum D)^2}{n - 1}}}$$

$$df = n - 1$$

เมื่อ t แทน ค่าใช้พิจารณา t - distribution

D แทน ความแตกต่างระหว่างคะแนนสอบก่อนและสอบหลัง

n แทน จำนวนคน

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตรค่าที (t-test Independent) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 จากสูตร (บุญชม ศรีสะอาด . 2535 : 112)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[ \frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[ \frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[ \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

|                        |     |                                                |
|------------------------|-----|------------------------------------------------|
| เมื่อ $t$              | แทน | ค่าที่ใช้พิจารณาใน $t$ - distribution          |
| $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ | แทน | ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม         |
| $S_1^2, S_2^2$         | แทน | ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม |
| $n_1, n_2$             | แทน | จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม                 |
| df                     | แทน | ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)      |

3.3 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่า ANOVA (F-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์วิริยะ. 2534 : 249) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 7, 8, 9

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

|           |     |                                         |
|-----------|-----|-----------------------------------------|
| เมื่อ $F$ | แทน | ค่าที่ใช้พิจารณาใน $F$ - distribution   |
| $MS_B$    | แทน | ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม |
| $MS_W$    | แทน | ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม   |

ถ้าจากการทดสอบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะต้องมีการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยการทดสอบค่าตัว ( $q$  - Statistic) โดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) จากสูตร (ชูศรี วงศ์วิริยะ. 2534 : 268)

$$q = \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

|           |     |                                                      |
|-----------|-----|------------------------------------------------------|
| เมื่อ $q$ | แทน | $q$ - Statistic ที่ได้จากตาราง                       |
| $MS_W$    | แทน | ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม |
| $n$       | แทน | จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่นำมาเทียบ                |

$$\tilde{n} = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ  $k$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, \dots, n_k$  แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึง  
กลุ่มตัวอย่างที่  $k$  ตามลำดับ

#### บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

|           |     |                                                |
|-----------|-----|------------------------------------------------|
| N         | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง                             |
| $\bar{X}$ | แทน | คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง                    |
| S.D.      | แทน | ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน                        |
| t         | แทน | ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา ใน t - distribution |
| F         | แทน | ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา ใน F - distribution |
| SS        | แทน | Sum of Squares                                 |
| MS        | แทน | Mean of Squares                                |
| *         | แทน | ระดับนัยสำคัญที่ .05                           |
| **        | แทน | ระดับนัยสำคัญที่ .01                           |

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา โดยแจกแจงความถี่ และคิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้ค่าสถิติ (t-test) ในสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3
3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกับตัวแปรเมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ในสมมติฐานข้อที่ 4, 5, 6.

10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ค่าเอฟ (F-test) ในสมมติฐานข้อที่ 7, 8, 9

4. เมื่อพบว่าผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลย์ (Newman - Keuls Method)

### ผลการศึกษาค้นคว้า

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัย รายได้

ตาราง 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ</b>             |            |        |
| ชาย                    | 21         | 42.00  |
| หญิง                   | 29         | 58.00  |
| รวม                    | 50         | 100.00 |
| <b>อายุ</b>            |            |        |
| 60 - 64 ปี             | 11         | 22.00  |
| 65 - 69 ปี             | 21         | 42.00  |
| 70 ปีขึ้นไป            | 18         | 36.00  |
| รวม                    | 50         | 100.00 |

ตาราง 3 (ต่อ)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง    | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------|------------|--------|
| <b>ระดับการศึกษา</b>      |            |        |
| ไม่ได้เรียน               | 7          | 14.00  |
| ระดับประถมศึกษาขึ้นไป     | 43         | 46.00  |
| รวม                       | 50         | 100.00 |
| <b>สถานภาพสมรส</b>        |            |        |
| โสด                       | 2          | 4.00   |
| คู่                       | 31         | 62.00  |
| หย่า, หย่า, แยก           | 17         | 34.00  |
| รวม                       | 50         | 100.00 |
| <b>สภาพการอยู่อาศัย</b>   |            |        |
| อยู่คนเดียว               | 1          | 2.00   |
| อยู่กับคู่ครอง            | 32         | 64.00  |
| อยู่กับญาติ               | 14         | 28.00  |
| อยู่กับบุตร               | 3          | 6.00   |
| รวม                       | 50         | 100.00 |
| <b>รายได้</b>             |            |        |
| ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน | 46         | 92.00  |
| 2,500 บาทต่อเดือนขึ้นไป   | 4          | 8.00   |
| รวม                       | 50         | 100.00 |

จากตาราง 3 แสดงว่า เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 50 คน ด้านเพศ กลุ่มผู้สูงอายุ เพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.00 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.00

ด้านอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.00 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.00 และกลุ่มอายุ 60 - 64 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.00

ด้านระดับการศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.00 และรองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 14.00

ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่า หย่า แยก คิดเป็นร้อยละ 34.00 และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.00

ด้านสภาพการอยู่อาศัย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรสมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีสภาพการอยู่อาศัยอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 28.00 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยอยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 6.00 และต่ำสุดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 2.00

ด้านรายได้เฉลี่ย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.00 และรองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2,500 บาทต่อเดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.00

วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนดำเนินการกับหลังดำเนินการกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยได้ทำการแยกวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ของผู้สูงอายุก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อน และหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

| กิจกรรมกลุ่ม | จำนวนคน | ร้อยละ | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าสถิติ t |
|--------------|---------|--------|-------------|----------------------|------------|
| ก่อนกิจกรรม  | 50      | 51.20  | 10.22       | 3.04                 | 19.78**    |
| หลังกิจกรรม  | 50      | 81.20  | 16.24       | 2.70                 |            |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.40815$ )

จากตาราง 4 แสดงว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนกิจกรรมอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ โดยก่อนกิจกรรมได้คะแนนร้อยละ 51.20 คะแนนเฉลี่ย 10.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.04 และหลังทำกิจกรรมกลุ่มคะแนนความรู้อยู่ในระดับ ดีมาก โดยได้คะแนนร้อยละ 81.20 คะแนนเฉลี่ย 16.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.70 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ (t-test dependent) พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังทำกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนทำกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1

เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังกิจกรรม

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

| กิจกรรมกลุ่ม | จำนวนคน | ระดับคะแนน | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าสถิติ t |
|--------------|---------|------------|-------------|----------------------|------------|
| ก่อนกิจกรรม  | 50      | 3.169      | 62.78       | 5.55                 | 32.74**    |
| หลังกิจกรรม  | 50      | 4.648      | 93.46       | 5.50                 |            |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.40815$ )

จากตาราง 5 แสดงว่า คะแนนเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนน 3.169 คะแนนเฉลี่ย 62.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.55 และหลังทำกิจกรรมกลุ่มมีเจตคติอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนน 4.644 คะแนนเฉลี่ย 93.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.50 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่า คะแนนเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังการทำกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนทำกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่ม

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่ม

| กิจกรรมกลุ่ม | จำนวนคน | ระดับคะแนน | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าสถิติ t |
|--------------|---------|------------|-------------|----------------------|------------|
| ก่อนกิจกรรม  | 50      | 1.507      | 30.22       | 4.20                 | 11.10**    |
| หลังกิจกรรม  | 50      | 1.777      | 37.00       | 1.67                 |            |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.40815$ )

จากตาราง 6 แสดงว่า คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนกิจกรรมกลุ่มอยู่ในระดับดี คือก่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ระดับคะแนน 1.507 คะแนนเฉลี่ย 30.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.20 หลังทำกิจกรรมกลุ่ม ระดับคะแนน 1.777 คะแนนเฉลี่ย 37.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.67 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ (t-dependent) พบว่า คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังการทำกิจกรรมกลุ่มดีกว่า ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ในสมมติฐานข้อที่ 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ค่าเอฟ (F-test) ในสมมติฐานข้อที่ 7, 8, 9 เมื่อพบว่า การวิเคราะห์ความแปรปรวน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์

การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเพศ

ตาราง 7 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

| เพศ  | จำนวนคน | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าสถิติ t |
|------|---------|-------------|----------------------|------------|
| ชาย  | 21      | 16.09       | 2.99                 | -0.31      |
| หญิง | 29      | 16.34       | 2.51                 |            |
| รวม  | 50      |             |                      |            |

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิง มีความรู้เกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน  
ข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเพศ

ตาราง 8 เปรียบเทียบเจตคติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

| เพศ  | จำนวนคน | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าสถิติ t |
|------|---------|-------------|----------------------|------------|
| ชาย  | 21      | 94.2381     | 4.085                | .91        |
| หญิง | 29      | 92.8966     | 6.349                |            |
| รวม  | 50      |             |                      |            |

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิง มีเจตคติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน  
ข้อที่ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเพศ

ตาราง 9 เปรียบเทียบการปฏิบัติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

| เพศ  | จำนวนคน | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าสถิติ t |
|------|---------|-------------|----------------------|------------|
| ชาย  | 21      | 36.8571     | 2.007                | - .48      |
| หญิง | 29      | 37.1034     | 1.398                |            |
| รวม  | 50      |             |                      |            |

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน  
ข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามอายุ

ตาราง 10 การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
จำแนกตามอายุ

| อายุ        | N  | $\bar{X}$ | S.D.   |
|-------------|----|-----------|--------|
| 60 - 64 ปี  | 11 | 18.3636   | 1.5667 |
| 65 - 69 ปี  | 21 | 16.5714   | 1.8593 |
| 70 ปีขึ้นไป | 18 | 14.5556   | 3.0721 |
| รวม         | 50 |           |        |

ผลจากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่างกันดังนี้ คือ อายุ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 18.3636 อายุ 65 - 69 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 16.5714 อายุ 70 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 14.5556 ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนต่อไปนี้ ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
จำแนกตามอายุ

| แหล่งความแปรปรวน | df | SS     | MS     | F      |
|------------------|----|--------|--------|--------|
| ระหว่างกลุ่ม     | 2  | 102.99 | 51.49  | 9.59** |
| ภายในกลุ่ม       | 47 | 254.13 | 5.4071 |        |
| รวม              | 49 | 357.12 |        |        |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F_{2, 47} = 5.09$ )

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองแตกต่างกัน

นำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

ตาราง 12 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกา  
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน

| อายุ        |         | 60 - 64 ปี | 65 - 69 ปี | 70 ปีขึ้นไป |
|-------------|---------|------------|------------|-------------|
| $\bar{X}$   |         | 18.3636    | 16.5714    | 14.5556     |
| 60 - 64 ปี  | 18.3636 | -          | 1.7922*    | 3.8080*     |
| 65 - 69 ปี  | 16.5714 |            | -          | 2.0158*     |
| 70 ปีขึ้นไป | 14.5556 |            |            | -           |

\* หมายความว่าทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 64 ปี มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 69 ปี มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามอายุ

ตาราง 13 การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
จำแนกตามอายุ

| อายุ        | N  | $\bar{X}$ | S.D.   |
|-------------|----|-----------|--------|
| 60 - 64 ปี  | 11 | 96.0909   | 2.7732 |
| 65 - 69 ปี  | 21 | 94.0476   | 4.0432 |
| 70 ปีขึ้นไป | 18 | 91.1667   | 7.2862 |
| รวม         | 50 | 93.4600   |        |

ผลจากตาราง 13 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่างกันดังนี้ คือ อายุ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 96.0909 อายุ  
65 - 69 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 94.0476 อายุ 70 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 91.1667 ผู้วิจัย  
จึงทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนต่อไป ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
จำแนกตามอายุ

| แหล่งความแปรปรวน | df | SS        | MS      | F                   |
|------------------|----|-----------|---------|---------------------|
| ระหว่างกลุ่ม     | 2  | 178.0585  | 89.0293 | 3.2031 <sup>*</sup> |
| ภายในกลุ่ม       | 47 | 1306.3615 | 27.7949 |                     |
| รวม              | 49 | 1484.4200 |         |                     |

<sup>\*</sup> มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F_{2, 47} = 3.195$ )

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

นำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

ตาราง 15 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ คะแนนด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน

| อายุ        |           | 60 - 64 ปี | 65 - 69 ปี | 70 ปีขึ้นไป |
|-------------|-----------|------------|------------|-------------|
|             | $\bar{X}$ | 96.0909    | 94.0476    | 91.1667     |
| 60 - 64 ปี  | 96.0909   | -          | 2.0432     | 4.9242*     |
| 65 - 69 ปี  | 94.0476   |            | -          | 2.8809      |
| 70 ปีขึ้นไป | 91.1667   |            |            | -           |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F_{2, 47} = 5.09$ )

จากตาราง 15 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 64 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามอายุ

ตาราง 16 การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

| อายุ        | N  | $\bar{X}$ | S.D.   |
|-------------|----|-----------|--------|
| 60 - 64 ปี  | 11 | 37.9091   | 0.8312 |
| 65 - 69 ปี  | 21 | 36.9048   | 1.5781 |
| 70 ปีขึ้นไป | 18 | 36.5556   | 1.9770 |
| รวม         | 50 |           |        |

ผลจากตาราง 16 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ คือ อายุ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 37.9091 อายุ  
65 - 69 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 36.9048 อายุ 70 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 36.5556 ผู้วิจัยจึง  
ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนต่อไป ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

| แหล่งความแปรปรวน | df | SS       | MS     | F                   |
|------------------|----|----------|--------|---------------------|
| ระหว่างกลุ่ม     | 2  | 12.8367  | 6.4185 | 2.4493 <sup>*</sup> |
| ภายในกลุ่ม       | 47 | 127.1631 | 2.6205 |                     |
| รวม              | 49 | 136.0000 |        |                     |

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามระดับการศึกษา

ตาราง 18 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการ  
ศึกษา

| ระดับการศึกษา    | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t      |
|------------------|----|-----------|-------|--------|
| ไม่ได้เรียน      | 7  | 13.8571   | 2.854 | -2.42* |
| ประถมศึกษาขึ้นไป | 43 | 16.6279   | 2.498 |        |
| รวม              | 50 |           |       |        |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -2.080$ )

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับ  
พฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแล  
ตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามระดับการศึกษา

ตาราง 19 เปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับ  
การศึกษา

| ระดับการศึกษา    | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|------------------|----|-----------|-------|-------|
| ไม่ได้เรียน      | 7  | 88.2857   | 6.499 | -2.34 |
| ประถมศึกษาขึ้นไป | 43 | 94.3023   | 4.911 |       |
| รวม              | 50 |           |       |       |

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 11 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามระดับการศึกษา

ตาราง 20 เปรียบเทียบด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนก  
ตามระดับการศึกษา

| ระดับการศึกษา    | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|------------------|----|-----------|-------|-------|
| ไม่ได้เรียน      | 7  | 36.1429   | 1.215 | -1.89 |
| ประถมศึกษาขึ้นไป | 43 | 37.1395   | 1.698 |       |
| รวม              | 50 |           |       |       |

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 12 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามสถานภาพสมรส

ตาราง 21 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
จำแนกตามสถานภาพสมรส

| สถานภาพสมรส        | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|--------------------|----|-----------|-------|-------|
| อยู่               | 31 | 16.0968   | 2.737 | -0.24 |
| โสด หม้าย หย่า แยก | 17 | 16.2941   | 2.710 |       |
| รวม                | 48 |           |       |       |

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับ  
พฤติกรรมกาารดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 13 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาารดูแล  
ตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามสถานภาพสมรส

ตาราง 22 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
จำแนกตามสถานภาพสมรส

| สถานภาพสมรส       | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t    |
|-------------------|----|-----------|-------|------|
| อยู่              | 31 | 93.3871   | 5.518 | 0.02 |
| โสด หย่า หย่า แยก | 17 | 93.3529   | 5.862 |      |
| รวม               | 48 |           |       |      |

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 14 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามสถานภาพสมรส

ตาราง 23 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

| สถานภาพสมรส        | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t      |
|--------------------|----|-----------|-------|--------|
| อยู่               | 31 | 37.5161   | 1.092 | 2.96** |
| โสด หม้าย หย่า แยก | 17 | 35.9412   | 2.076 |        |
| รวม                | 48 |           |       |        |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.704$ )

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 15 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย

ตาราง 24 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย

| สภาพการอยู่อาศัย  | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|-------------------|----|-----------|-------|-------|
| อยู่กับสามี/ภรรยา | 32 | 16.0938   | 2.692 | -0.06 |
| อยู่กับบุตร       | 14 | 16.1429   | 2.742 |       |
| รวม               | 46 |           |       |       |

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับ  
พฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 16 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การ  
ดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย

ตาราง 25 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย

| สภาพการอยู่อาศัย  | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|-------------------|----|-----------|-------|-------|
| อยู่กับสามี/ภรรยา | 32 | 93.3750   | 5.428 | -0.33 |
| อยู่กับบุตร       | 14 | 93.8571   | 4.185 |       |
| รวม               | 46 |           |       |       |

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 17 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย

ตาราง 26 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย

| สภาพการอยู่อาศัย  | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t                 |
|-------------------|----|-----------|-------|-------------------|
| อยู่กับสามี/ภรรยา | 32 | 37.5000   | 1.078 | 2.61 <sup>*</sup> |
| อยู่กับบุตร       | 14 | 35.8571   | 2.248 |                   |
| รวม               | 46 |           |       |                   |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.228$ )

จากตาราง 26 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 18 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามรายได้เฉลี่ย

ตาราง 27 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย

| รายได้เฉลี่ย              | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|---------------------------|----|-----------|-------|-------|
| ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน | 46 | 16.0652   | 2.719 |       |
|                           |    |           |       | -2.52 |
| 2,500 บาทต่อเดือนขึ้นไป   | 4  | 18.2500   | 1.500 |       |
| รวม                       | 50 |           |       |       |

จากตาราง 27 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับ  
พฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 19 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแล  
ตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามรายได้เฉลี่ย

ตาราง 28 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย

| รายได้เฉลี่ย              | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|---------------------------|----|-----------|-------|-------|
| ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน | 46 | 93.2609   | 5.587 | -1.07 |
| 2,500 บาทต่อเดือนขึ้นไป   | 4  | 95.7500   | 4.349 |       |
| รวม                       | 50 |           |       |       |

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 20 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีวิ จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามรายได้เฉลี่ย

ตาราง 29 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย

| รายได้เฉลี่ย              | N  | $\bar{X}$ | S.D.  | t     |
|---------------------------|----|-----------|-------|-------|
| ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน | 46 | 36.9783   | 1.706 |       |
|                           |    |           |       | -0.40 |
| 2,500 บาทต่อเดือนขึ้นไป   | 4  | 37.2500   | 1.258 |       |
| รวม                       | 50 |           |       |       |

จากตาราง 29 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ  
สมมติฐานข้อที่ 21 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยที่ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองแตกต่างกัน

## บทที่ 5

### บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

#### บทย่อ

#### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ภายหลัง การดำเนินงานกลุ่ม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยที่แตกต่างกันในกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

#### วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิก ของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2538 จำนวน 50 คน ซึ่งได้มาโดยใช้แบบทดสอบ การเสริมสร้าง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัด กระทรวง กระทรวงสาธารณสุข นำคะแนนที่ได้มาเรียงจากมากไปหาน้อย ทำการแยกกลุ่มใหญ่ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มลำดับที่อยู่กับกลุ่มลำดับที่คู่ แล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่ม อย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากมาเพียงกลุ่มเดียว เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้เฉลี่ย กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรอิสระ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูง อายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การบรรยายโดยวิทยากร การประชุมกลุ่ม การบรรยาย การสาธิต ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเรื่องอาหาร น้ำ และอากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุในเรื่องของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้เฉลี่ย

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การปฏิบัติเกี่ยวกับการ自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แบบ 4 ตัวเลือก ประเมินความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .81

3.2 แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .72

3.3 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มี 3 ตัวเลือกคือปฏิบัติ ปฏิบัติบ้างและไม่ปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .78

### การดำเนินการทดลอง

1. ทำการสอบก่อน (Pre-test) โดยให้แบบสัมภาษณ์ ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างมนุษยสัมพันธ์ เน้นให้ผู้สูงอายุทำความรู้จักกัน

2.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม เน้นการ自我ดูแลตนเองในเรื่องอาหาร น้ำ อากาศ

2.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม เน้นการดูแลตนเองในเรื่อง การขับถ่าย

2.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม เน้นการดูแลตนเองในเรื่อง การออกกำลังกายและการพักผ่อน

2.5 กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม เน้นการดูแลตนเองในเรื่อง การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต

2.6 กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรมดำเนินการกลุ่ม เน้นการดูแลตนเองในเรื่อง การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.7 กิจกรรมครั้งที่ 7 กิจกรรมสิ้นสุดการทำกลุ่ม เน้นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งหมด ผู้นำกลุ่ม และผู้วิจัยร่วมกันสรุป เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถาม

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้เครื่องมือ ชุดเดียวกับที่ใช้สอบก่อน (Pre-test) กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS/PC+ The Statistical Rackage for the Social Science) ดำเนินการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัด นครราชสีมา โดยการแจกแจงความถี่ และคิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบ คำบรรยาย

2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกิจกรรม กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการทดสอบค่าสถิติ (t-test dependent)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกับตัวแปร ต่าง ๆ โดยการทดสอบค่าสถิติ (t-test) และค่าสถิติเอฟ (F-test)

4. เมื่อพบว่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีน้าแบบคูลส์ (Newman-Keuls Method)

### สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากจะเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 65 - 69 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสที่ส่วนมากจะอยู่กับคู่สมรส สภาพการอยู่อาศัยส่วนใหญ่ก็จะอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส และผู้สูงอายุส่วนมากจะมีรายได้อยู่ระหว่างต่ำกว่า 2,500 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ตอนที่ 2 ผลจากการศึกษาประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ปรากฏว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
2. เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
4. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 64 ปี มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 69 ปี มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
8. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 64 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
11. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
12. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
13. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
14. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
15. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
16. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
17. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
18. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
19. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
20. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
21. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน

## บทสรุปผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย รายได้เฉลี่ย ผลการวิเคราะห์ปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุส่วนมากจะเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี โดยทั่วไปแล้วสามารถที่จะดูแลตนเองได้ดี มีความเข้าใจ และต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ดีขึ้น เริ่มแสวงหาและเข้าใจว่าการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น อาหาร น้ำและอากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้น จะช่วยทำให้การดำรงชีวิตของตนเองสามารถจะอยู่ได้อย่างปกติสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบกับผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคือ ระดับประถมศึกษาขึ้นไป ผู้ที่อยู่ระดับไม่ได้เรียนมี ส่วนน้อย สถานภาพสมรสส่วนมากจะอยู่คู่กับสามีหรือภรรยา สภาพการอยู่อาศัยก็เช่นเดียวกัน ส่วนมากผู้สูงอายุจะอยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยา ส่วนรายได้เฉลี่ยมีมากที่สุดประมาณ 2,500 บาท ต่อเดือนขึ้นไป ซึ่งก็เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท จากสภาพเหล่านี้เองจึงมี ผลทำให้การเรียนรู้ และการทำกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นไปได้ด้วยดี

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม ซึ่งการศึกษานี้พฤติกรรมการดูแลตนเองจะหมายถึง พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในเรื่องอาหาร น้ำและอากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การป้องกันอันตรายที่มีต่อตนเอง และการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ก่อนทำ กิจกรรมกลุ่มคะแนนเฉลี่ย 51.2 หลังทำกิจกรรมกลุ่มคะแนนเฉลี่ย 81.2 คะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มคะแนนเฉลี่ย 62.78 หลังทำกิจกรรมกลุ่ม คะแนนเฉลี่ย 93.46 คะแนนเฉลี่ย

ด้านการปฏิบัติก่อนทำกิจกรรมกลุ่มคะแนนเฉลี่ย 30.32 หลังการทำกิจกรรมกลุ่มคะแนนเฉลี่ย 37.00 สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังการทำกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนทำกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1, 2, 3 ซึ่งกระบวนการกลุ่มที่ใช้เป็นโปรแกรมสุขภาพที่กำหนดขึ้นเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเองระหว่างสมาชิก โดยสมาชิกผู้ที่เคยมีปัญหาและสามารถแก้ปัญหานั้นจนเป็นผลสำเร็จจะถ่ายทอดประสบการณ์เหล่านั้นให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ได้ลองนำไปปฏิบัติต่อไป วิญ เกตขำ และคมเพชร นิตยสุภกุล (2522 : 14) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกร่วมกัน ในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า เกิดการปฏิสัมพันธ์นี้เอง ช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหานั้นที่นำพามาเจอร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ระหว่างกัน จากการศึกษาถึงผลการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านอื่น ๆ พบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งให้ผลดีต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีภาพลักษณ์ต่อตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม และดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่ม มีความวิตกกังวลน้อยลง มีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่ม และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่าการมีกลุ่มเป็นสิ่งที่ดี และได้รับประโยชน์จากกลุ่มเป็นอย่างมาก (ครูณี ขุนหวัด . 282 - 283; อ้างอิงมาจาก จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน. 2535) และครูณี ขุนหวัด (2537 : 287) ยังกล่าวเอาไว้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพการรักษาและการเพิ่มพูนสภาพ โดยที่กลุ่มจะช่วยเหลือให้สมาชิกเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย ส่งเสริมการปรับตัวในสภาวะต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถเรียนรู้วิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น .

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ตามเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้ว

3. เพศจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4, 5, 6 จากผลการ

ศึกษาเป็นไปได้ว่า การให้บริการทางด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนการให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ได้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนในชาติทุกเพศทุกวัย หรือสอดคล้องกับความมุ่งหวังขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งหวังให้ประชาชน โดยรวมมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าสถานบริการทางด้านสาธารณสุขระดับภูมิภาคคือ โรงพยาบาลกับสถานอนามัยได้ขนานรับนโยบายดังกล่าวแล้วนำมาสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล แต่อย่างไรก็ตามผลสำเร็จของการดูแลตนเองมิได้ขึ้นอยู่กับสถานบริการของรัฐหรือบุคลากรของรัฐเพียงอย่างเดียว แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับความเอาใจใส่ทางสุขภาพส่วนตัวของผู้สูงอายุเองด้วย ซึ่งเหตุผลในข้อนี้นับได้ว่ามีความสำคัญต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี กล่าวได้ว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะให้ความสนใจต่อข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพ อันนำไปสู่การปฏิบัติตนทางสุขภาพในที่สุดนับได้ว่า เป็นการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้อย่างดียิ่ง หรือกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องของเอกัตบุคคลในอันที่จะชวนชวยการดูแลตนเอง ซึ่งผลจากการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ผู้ทรง อ่วมบำรุง (2534 : 111) ซึ่งศึกษาเรื่อง แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีแบบแผนชีวิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกับการศึกษาของ สปิ ก และคนอื่น ๆ (Speak and others. 1989 : 93 - 100) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและจากการศึกษาของ จินตนา รอดนันทา (2525 : บทคัดย่อ) พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รัตน กฤษณากร (2525 : 111) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชายหญิงแตกต่างกันน้อยมาก โดยผู้สูงอายุเพศชายมีระดับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงเพียงเล็กน้อย

จากข้อมูลทีกล่าวนำข้างต้น จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยต่าง ๆ ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไม่ต่างกัน ตามเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้ว

4. อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมาที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในเรื่องความรู้ และเจตคติแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 7, 8 แต่ในเรื่องการปฏิบัติพบว่า ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 9 แสดงว่า อายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจจะมีผลต่อการดูแลตนเองในเรื่องของความรู้ เจตคติ แต่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยความแตกต่างทางด้านอายุจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติ อาจจะเป็นเพราะการศึกษาใช้เวลาสั้น ซึ่งโอกาสต่อไปอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพราะจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองจะเริ่มเปลี่ยนแปลงจากความรู้ เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจก็จะนำไปสู่การมีเจตคติที่ดี เมื่อมีเจตคติที่ดีแล้วก็จะยอมจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องด้วย และการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี จะมีแนวโน้มการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งนั่นแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีความพร้อมในการเรียนรู้ และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาบ้างแล้วทำให้เกิดความสนใจที่จะดูแลตนเองให้มากขึ้นกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น

จากการศึกษาของ เฟอราโร (Ferraro, 1980 : 285) พบว่า ตอนปลายอายุ 75 ปี และมากกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การเคี้ยวอาหาร การได้ยิน และป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จารุวรรณ เหมะธรร และ ทิมพ์พวรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 66) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่ำจะมีสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุสูงกว่า และอายุมีความสัมพันธ์เป็นบวกับกลับกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (นภาพร ชโยวรรณ และมาลีนิ วงษ์สิทธิ์, 2532 : 25) รวมทั้งเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองน้อยลง โดยเฉพาะช่วงอายุ 60 - 70 ปี จะมีการดูแลตนเองได้ดีที่สุด (สุลี ทองวิเชียร และ ทิมพ์พวรรณ ศิลปสุวรรณ, ม.ป.ป. : 56) ส่วนการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บของผู้สูงอายุจะแปรผันตามอายุน้อยมาก ซึ่งพบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70 - 74 ปี และ 75 ปี ขึ้นไปมีระดับการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุน้อย นอกจากนี้ ยังพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมักจะเลือกใช้บริการแผน

ปัจจุบัน จากสถานบริการสาธารณสุขของเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งจะใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐรักษาแผนโบราณเชื่อยากินเอง (รัตน กฤษฎากร. 2535 : 17 - 110) ซึ่งฮอล (Hall. 1976 : 3 - 4) ได้กล่าวว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น สถิติสุขภาพ ความจำ การเรียนรู้ สภาพทางจิตใจเปลี่ยนแปลงไป บทบาทภาระหน้าที่ทางสังคมก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองแตกต่างกัน ตามเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้ว

5. ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ด้านความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 แต่ในด้านเจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งก็ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อที่ 11, 12 อาจจะกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานอันสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักขาดความอดทนต่อการค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากไม่มีลักษณะของความใฝ่รู้ในสิ่งแวดล้อม และขาดความเข้าใจในประโยชน์หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนปฏิบัติอย่างแท้จริง (Ruger; อ้างอิงมาจาก ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535 : 117) ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาหลายราย ที่พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ และการดูแลตนเอง (เขาวาสักข์ มหาสิทธิวัฒน์. 2529 : 108; สุสี ทองวิเชียร พิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ. ม.ป.ป. : 56; จำเรียง ธรรมะสุวรรณ นิตยา ภาวนันท์ วัณส คันตมูล. 2532 : 46) ผู้ที่มีการศึกษาสูง จะตระหนักถึงตัวเองดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เพราะการศึกษาจะส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาในการพิจารณาไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล สามารถแสวงหาความรู้ เพื่อการดูแลตนเอง และเพื่อดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ (ประภาสสร เลียงไพโรจน์. 2523 : 43; อ้างอิงมาจาก จำเรียง ธรรมะสุวรรณ และคนอื่น ๆ. 2532 : 41) นอกจากนี้ การศึกษายังช่วยเพิ่มพูน

ความรู้ทำให้รู้จักพัฒนาตนเอง พิจารณาส่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล มีความรอบคอบ และเมื่อเจ็บป่วยผู้ที่มิระดับการศึกษาสูงมักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจดีด้วย จะเลือกกับการรักษาจากแหล่งบริการที่มีคุณภาพและสะดวกรวดเร็ว คือ สถานบริการสาธารณสุขเอกชน ส่วนผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ เพราะเสียค่าบริการไม่แพง (รัตนากฤษฎาจารย์, 2525 : 88) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสา ชูโต (2535 : 15) พบว่า กลุ่มคนชราที่มีการศึกษาดำเนินชีวิตจะขาดความรู้ในการระมัดระวังของตนเอง รวมทั้งขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้ในการใช้ชีวิตด้วยชราอย่างมีประสิทธิภาพ และจากผลการวิจัยของ จารุวรรณ เหมะธรร และ ภูมิพรพรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 37) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีระดับภาวะสุขภาพกายดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาจะมีระดับภาวะสุขภาพกายต่ำสุด

แต่ในการศึกษานี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านเจตคติ และการปฏิบัติไม่พบความแตกต่าง ซึ่งก็อาจจะเกิดจากการที่ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษานี้ ทำให้ด้านเจตคติและการปฏิบัติยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง จึงไม่พบการเปลี่ยนแปลง

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะพอสรุปการวิจัยได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน ตามเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้ว

6. สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุอำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านความรู้ เจตคติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13, 14 แต่พฤติกรรมด้านการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการศึกษาแสดงว่า สภาพความเป็นอยู่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสังคมที่พึ่งพาอาศัยกันช่วยเหลือเกื้อกูลกันตลอดเวลา และสมาชิกในสังคมจะน้อยจึงทำให้มีความสนิทสนมกันมาก ช่วยเหลือซึ่งกันและกันจึงทำให้ไม่พบความแตกต่างในเรื่องของความรู้และเจตคติ ส่วนแนวทางการปฏิบัติที่พบว่าสถานภาพสมรสมีผลแตกต่างกันก็อาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมเกี่ยวกับการเสียนแบบกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่จะมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้ายหย่าแยก มีการศึกษาของ ธีรกร อ่วมบำรุง (2535 : 20) พบว่า ผู้สูงอายุจะมีการเตรียมตัวเพื่อรองรับสภาพความชรา ตลอดจนได้มีการตั้งเป้าหมาย

ชีวิตของตนเอง ไศภาวรรณ วัฒนรัตน์ (2537 : 264) พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้รัก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการชีวิต แต่การศึกษาของ พรณี ปานเทวัญ (2537 : 42 - 47) สรุปได้ว่าที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีแบบแผนการดำรงชีวิตโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : บทคัดย่อ) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ตามเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้ว

7. สภาพการอยู่อาศัย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อที่ 16, 17, 18 จากผลการศึกษาพบว่าสภาพการอยู่อาศัยไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องความรู้ เจตคติ และปฏิบัติ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะอิทธิพลที่จะทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้เกิดจากบุคคลที่อยู่รวมกันกับผู้สูงอายุ ความใกล้ชิดกันระหว่างบุคคลที่อยู่รวมกันกับผู้สูงอายุกับตัวผู้สูงอายุเองเริ่มลดน้อยลง ซึ่งก็อาจจะเกิดจากภาวะสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้องค์ประกอบส่วนอื่น เช่น อิทธิพลของการให้คำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุขมาอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมากกว่าตัวผู้ที่อยู่รวมกับผู้สูงอายุเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทิพวัลย์ ขาวสว่าง (2535 : 162) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน และผลการวิจัยของศรีเรือน แก้วกังวาล (2533 : 7) ได้ศึกษาเรื่องตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่มีความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ตัวเองหรือคู่สมรสเป็นเจ้าของ จะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติหรือบ้านเช่า หรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ตามเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้ว

8. รายได้เฉลี่ย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 19, 20, 21 จากการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ย 2,500 บาทต่อเดือน กับ 2,500 บาทต่อเดือนขึ้นไป ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายได้เฉลี่ย เนื่องจากว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสุขภาพดี และไม่พบว่ามีประวัติการเจ็บป่วยที่รุนแรง จึงไม่จำเป็นต้องการรายได้มาเพิ่มเติมในส่วนนี้ อีกประการหนึ่งอาจจะเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร น้ำและอากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้นไม่จำเป็นต้องพึ่งพารายได้ การดูแลตนเองทั้ง 5 ประการนี้ ผู้สูงอายุสามารถที่จะปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันได้ ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าร่างกายเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถเข้าหาหมอมาแก้ปัญหาก็ได้ ปัญหาการเสื่อมโทรมของร่างกาย ผู้สูงอายุก็จะแก้ปัญหาโดยการบริหารร่างกาย นอกจากนี้การบริการของสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลได้มีบุคลากรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีอยู่แล้ว จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษา ของ สปีค, โควาท และเพเลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93 - 100) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534 : อัดสำเนา) พบว่า รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามคำแหง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับที่มีรายได้ที่แตกต่างกันจะมีแบบแผนชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ตามเหตุผลดังกล่าวมาแล้ว

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. แนวทางในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกิจกรรมที่เหมาะสม และเป็นแนวคิดที่ดี ซึ่งกิจกรรมกระบวนการกลุ่มนี้ต้องดำเนินการให้เหมาะสมกับปัญหาของกลุ่มเอง คือ ต้องพิจารณาว่าปัญหานั้นเหมาะสมที่จะใช้กระบวนการกลุ่มในการแก้ปัญหาหรือไม่ เพราะปัญหาบางปัญหาก็ไม่เหมาะสมที่จะใช้กระบวนการกลุ่มแก้ปัญหา
2. กิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ควรจะกระทำโดยสมาชิกของกลุ่มเอง โดยความพึงพอใจ และความต้องการของสมาชิกในกลุ่มอย่างแท้จริง
3. แนวทางการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่มควรมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย
4. แนวทางการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม บางครั้งต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมประเพณี สภาพความเป็นอยู่ ความเชื่อ และระบอบนิยมของผู้สูงอายุด้วย
5. ผู้ควบคุมดูแลกลุ่มควรมีบทบาทในการกระตุ้นให้สมาชิกแสดงออกมาก ๆ และ พยายามชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อทดลองปฏิบัติตาม
6. ในการเลือกกลุ่มที่จะใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเลือกกลุ่มที่มีความแตกต่าง ด้านตัวแปรมาก ๆ เพื่อศึกษาความแตกต่างด้านตัวแปรให้ชัดเจนมากขึ้น พร้อมกับทดลองศึกษากับ ตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งอาจจะมีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุก็ได้

### ข้อเสนอแนะในการทบทวนวิจัยต่อไป

1. ก่อนที่จะทำการศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ควรมีการสำรวจหาปัญหา และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างแท้จริง

2. ในการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การทดลองเครื่องมือ (Try out) ควรมีจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อเพิ่มคุณภาพของเครื่องมือ
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ควรที่จะใช้เวลามากกว่าที่ศึกษาในครั้งนี้
4. ควรมีการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนแปลงในบางพฤติกรรมนั้นอาจต้องใช้เวลา
5. ควรมีการศึกษาโดยการนำกิจกรรมกระบวนการกลุ่มไปใช้แก้ปัญหของผู้สูงอายุในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป
6. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรวัดศึกษาค้นคว้าวิจัย และพัฒนารูปแบบกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

การแพทย์, กรม. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.

กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2533.

กลุยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2524.

\_\_\_\_\_. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2535.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกลุยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2528.

ขวัญใจ ตันติเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงาน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.  
อัสสาเนา.

เขมิกา ยามะรัก. ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา กรณีศึกษาข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อัสสาเนา.

จรัสวรรณ เทียนประภาส. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการพัฒนาตำราสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

จาวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึก มีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัสสาเนา.

จาวรรณ เหมะธรร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่อง ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

จิณา บุญพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

จำเริญ ธรรมะสุวรรณ นิตยา ภานุพันธ์ และวินัส ตันติบูล. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.  
อัสสาเนา.

- ฉันทนา กาญจนพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับทัศนคติของผู้สูงอายุ.  
วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อุดสาเนา.
- ชนมพร มุขโต ผลการใช้กิจกรรมในการพัฒนาความซื่อสัตย์ของนักศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6  
โรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2525. อุดสาเนา.
- ชูศรี วงศ์วัฒนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
เจริญผล, 2534.
- ณรงค์ เทียนสง. "การเพิ่มประชากร การตัดสินใจทางประชากรของแต่ละบุคคล กับคุณภาพชีวิต."  
หนังสืออุทิศประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : มงคลการพิมพ์, 2529.
- ณัฐกร อ่วมบัวรุ่ง. การเรียนรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์  
คนชวบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร, 2535. อุดสาเนา.
- ดวงพร วัฒนอมรชัย. ประสิทธิผลของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความ  
สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ  
โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ ประชาชนเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม.  
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อุดสาเนา.
- ครุณี ชูหวีตร. "การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยกลุ่มช่วยเหลือตนเอง." การดูแลตนเอง  
: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด  
จี.เจ.พรินติ้ง, 2537.
- "ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย." วารสารจิตวิทยาคลินิก.  
มกราคม - มิถุนายน 2533.
- ทิพวัลย์ ขาวสาอากค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค  
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวราวุฒ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อุดสาเนา.
- ทิศนา แชนมณี. กลุ่มสัมพันธ์ : ทฤษฎีและแนวปฏิบัติ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : บุรพาศิลป์การพิมพ์,  
2522.

กิตนา เทียนเสม. "กระบวนการเรียนรู้ โดยการทำงานกลุ่ม." วารสารเศรษฐศาสตร์. 31 :

5 - 6 สิงหาคม 2515.

อนรรฆณ์ อัมสมบุญ. "วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์." ในเอกสาร

ประกอบการสอน วิชา วจ.521. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร, 2535. ยัดสำเนา.

นภาพร ชโยวราณ จอห์น ไนเดล และศิริวรรณ ลิ่วบุญ. รายงานการวิจัยเรื่องครอบครัว

อุปถัมภ์ขึ้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุ และของบุตร. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

นภาพร ชโยวราณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. "ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้น," ในสรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบเศรษฐกิจสังคม และประชากร

ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2532.

นิรนาท วิทย์โชติภักดิ์. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. ยัดสำเนา.

นิตา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

บรรลु ศิริพานิช. บริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการทางสุขภาพจิต ครั้งที่ 36.

ม.ท.ป., 2526.

\_\_\_\_\_. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เกษมสุวรรณ, 2528.

บรรลु ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยเป็นยาว

และแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สามติการพิมพ์, 2531.

ประชาสงเคราะห์, กรม กระทรวงมหาดไทย. "ให้ความรัก พิทักษ์ อนามัยผู้สูงอายุ,"

คู่มือพิเศษ ฉบับพิเศษ. หน้า 11. มกราคม 2536.

ประไพศรี ศิริจักรวาล และประภาศรี ภูวเสถียร. "โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ,"

วารสารพยาบาล. 39 : 296 - 306; ตุลาคม - ธันวาคม 2533.

ประภาพร จันทนุยา และคนอื่น ๆ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมสูงอายุดินแดง.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. ยัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ :  
โรงพิมพ์วิระวัฒนา, 2532.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1 - 7  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : อุดมการพิมพ์, 2526.

\_\_\_\_\_. "องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่  
1 - 7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : อุดมการพิมพ์, 2527.

พจนา พลรังสิต และคนอื่น ๆ. "โครงการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุใน  
จังหวัดอ่างทอง," รายงานการวิจัยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1. กรุงเทพฯ :  
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

พรรษศักดิ์ อินทรโกเศศ. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยต่าง ๆ ทางครอบครัว  
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ม.ป.ป.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2531.

\_\_\_\_\_. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ  
: โรงพิมพ์เจริญผล, 2534.

พิมพ์วิทย์ บริดาสวัสดิ์. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนทางสังคมวัฒนธรรม ศูนย์การศึกษา  
นโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะ  
สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,  
2534. อุดສຳເນາ.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต  
สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ  
เมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,  
2529. อุดສຳເນາ.

รัตนา กฤษณาธาร. ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์  
ส.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อุดສຳເນາ.

วิจิ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุณกุล. กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2522.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2530.

โสภารัตน์ วัฒนรัตน์. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร.

ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

สถิตีแห่งชาติ, สำนักงาน สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานผลการสำรวจแรงงาน (การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร) ที่พระราชอาณาจักร รอบที่ 1 กุมภาพันธ์ 2534.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ รสพ. เชียงสะพานเนาวจำเนียร, 2535.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเองศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ :

ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2537.

สาธารณสุข, กระทรวง แผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). หน้า 473 - 474. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.

สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, สำนักงาน. นโยบาย การปฏิบัติงานในทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2539.

สายใจ พัวพันธ์. ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังตัดเต้านมออก. ปริญญานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.

สายปัทมา คงพันธ์. ประสิทธิผลของโครงการสอนสุขศึกษา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. ปริญญานิพนธ์ วท.บ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

สำนักกลาง ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2535.

ลัทธิโชค วรานุสันติกุล. จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2529.

- สุชาติ โสมประยูร. โปรแกรมสุขภาพในโรงเรือน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :  
ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุทรวณีนนท์ชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์  
พ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534. อุดສຳເນາ.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่องการดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป. อุดສຳເນາ.
- สุวิมล พนารัตนกุล. กัมมโชนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.  
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อุดສຳເນາ.
- เสาวนีย์ กานเดชาวิทย์. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์  
ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อุดສຳເນາ.
- อนันต์ ศรีโสภณ. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช,  
2527.
- อวย เกตุสิงห์. "กิตานามิยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่สง่า," การส่งเสริม  
สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2526.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา. ประสิทธิผลของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความ  
สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาล  
ศูนย์เชี่ยวชาญประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อุดສຳເນາ.
- อารมณ วุฒิพฤกษ์. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง.  
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- Adams, J. "Mutual-helps Groups, Enhancing the Coping Ability of Oncology  
Clients," Cancer Nursing. 2 : 65 - 97; 1979.
- Best, John W. Research in Education. New Delhi : Prentice Hall of  
India, 1983.

- Best, John W. Research in Education. New Jersey : Prentic Hall Inc., 1970.
- Bloom, S. B. Taxonomy of Education Objective. Hand Book I; Conlitive Domain New York : David Mckny Co., Inc., 1975.
- Cunninghan, Glenda Davis. "Health Promotion Self Care Behaviors in the Community Older Adult," Health Sciences. Hospital Managerment Texas Woman's University, 1989.
- David, A. J., R. K. Roul and J. Kuruvilla. "Lesson of Selp-help for India woman with breast cancer," Cancer Nursing. 11 : 283 - 284; 1984.
- Deam, K. "Self-cave Responses to Illness : A Selected Review," Social Science & Medicine. 15 : 673 - 682; 1981.
- Ferraro, R. F. "Self Rating of Health Among the Old and Old," Journal of Health and Social Behavior. 12 : 377 - 380; 1980.
- Gilbey, V. J. "Self-help," Americian Journal of Nursing. 23 - 24; 1987.
- Licberman, M. A. "The Role of Selp-help Groups in Helping Pafiens and Families Cope with Cancer : Acancer," Jurnal for Clinicians. 38 : 162 - 168; 1988.
- Lubben, J. M., P. C. Weiler and I. Chi. "Gender and Ethic Differences in the Health Practices of the Elderly Poor," The Journal of Clinical Epidermiology. 12 : 725 - 733; December, 1989.
- Newton, G. "Selp-help Group can they?" Journal Psychosocial Nursing. 22 : 27 - 31; 1984.
- Niemi, M. L. and others. "Quality of Life 4 Years After Stroke," Stroke. 19 : 1101; September, 1988.

- Pasket, C. J. and E. J. Madara. "Introducing and Tapping Self-help Matual and Resources," Health Education. 25 - 28; August - September, 1985.
- Pender, N. J. "Health Promotion in Nursing Practice," New York : Appleton Contury Crofts, 1982.
- Speak, D. L. "Health Promotion Activity in the Well Elderly," Health Values. 11 : 25 - 30; November/December, 1987.
- Speak, D. L., M. E. Cowart and K. Pellet. "Health Perceptions and Life Stules of the Elderly," Research in Nursing and Health. 12 : 93 - 100; April 1989.
- Stacey, C. and others. "Simple Cognitive and Behavioral Changes Resulting from Improved Physical Fithness in Persons Over 50 Years of Age," Journal on Aging. 4 : 67 - 74; June, 1985.
- Walker, S. N. and others. "Health - Promoting Life Styles of Older Adults : Comparisons with Young and Middle - Aged Adults, Correlates and Patterns," Advance Nursing Sciece. 11 : 76 - 90; October, 1988.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก .

หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายชื่อของผู้สูงอายุ

รายนามผู้เฒ่าชาญ

ที่ ทม 1003/1654

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 เมษายน 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน อธิการบดีสถาบันราชภัฏนครราชสีมา

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางสาวจุฑาทิพย์ กิมพลาณนท์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท  
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ  
ปริญญานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมกา  
รดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ประธาน

อ.พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอเชิญ ผศ.เรืองชัย บุญยศักดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ  
การวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้และขอขอบคุณ  
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดฯให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1003/1656.

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 เมษายน 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทดสอบและวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางสาวจุฑาทิพย์ กิมพลานนท์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท  
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ  
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ประธาน

อ.พิมพ์ศรี โคตติเทพย์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอเชิญ อ.ทองหล่อ วิภาวี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ  
การวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้และขอขอบคุณ  
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1003/1655

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 เมษายน 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางสาวจุฑาทิพย์ กัมพลานนท์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท  
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ  
ปริญญานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ประธาน

อ.พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอเชิญ ผศ.วินัย ปัทมภาสพงษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ  
การวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้และขอขอบคุณ  
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริญา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1003/1652

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 เมษายน 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลครบุรี

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางสาวจุฑาทิพย์ กิมพลานนท์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อทำ  
 วิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการ  
 ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ประธาน

อ.พิมพ์ศรี โตอติเทพย์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอเชิญ ทีมแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม และนางสาวศุภาพิชญ์  
 จรุงฉาย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอให้ผู้สูงอายุ  
 ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุอำเภอครบุรี ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2539  
 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้และขอขอบคุณ  
 ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1003/1651

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 เมษายน 2539

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโชคชัย

บัณฑิตวิทยาลัยขอรับรองว่า นางสาวจุฑารัตน์ กิมพลานนท์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ประธาน

อ.พิมพ์ศรี โตคติแพทย์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน แบบสอบถาม ในระหว่างเดือน มีนาคม 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้และขอขอบคุณ ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่ นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิวภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ตาราง 30 รายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ  
พฤติกรรมกาารดูแลตนเอง

| ชื่อ นามสกุล   |               | ชื่อ นามสกุล  |                |
|----------------|---------------|---------------|----------------|
| 1. นางเบ้า     | ท่ามกระโทก    | 21. นางสมคิด  | แดงใหม่        |
| 2. นางทิม      | เหลื่องกระโทก | 22. นางเส็ก   | สอดบมวราช      |
| 3. นางเกา      | พมศึกแ่วน     | 23. นางต๋อย   | ปรัตกระโทก     |
| 4. นางจอก      | เสวีฐกระโทก   | 24. นางโซ่    | เอมกระโทก      |
| 5. นางการะเวก  | วินกระโทก     | 25. นางม้วน   | ชิดสำโรง       |
| 6. นางยวง      | จากครบุรี     | 26. นางวัน    | ห้วงกระโทก     |
| 7. นางสงัด     | เลื่อยกระโทก  | 27. นางอินทร์ | ยงปทุมวางค์    |
| 8. นายฉัตร     | ท่ามกระโทก    | 28. นางเตาะ   | เต็มกั้ง       |
| 9. นายสวย      | เคียวกระโทก   | 29. นางจำรัส  | ปู้กกระโทก     |
| 10. นายพร้อม   | พมศึกแ่วน     | 30. นางเวโร   | หมื่นประสิทธิ์ |
| 11. นายเป้า    | แอบศึกแ่วน    | 31. นางมาก    | หรรษา          |
| 12. นายคัน     | รงค์กระโทก    | 32. นางเชื้อ  | เชิดจังหวิต    |
| 13. นายมา      | ศิลา          | 33. นางระวี   | วงศ์ทิมากร     |
| 14. นายจรง     | เสวีฐกระโทก   | 34. นางอยู่   | กริบกระโทก     |
| 15. นายสิงห์   | เสงกระโทก     | 35. นางขึ้น   | วิทย์กระโทก    |
| 16. นายขึ้น    | อุ้นกระโทก    | 36. นางฮ้าง   | เหงกระโทก      |
| 17. นางโกสมรค์ | บุญกระโทก     | 37. นางแต้ว   | แซ่กวง         |
| 18. นางเทียม   | สาดกระโทก     | 38. นายแก้ว   | แรงกระโทก      |
| 19. นางแดงอ่อน | ยังกระโทก     | 39. นายสวย    | เสยกระโทก      |
| 20. นางผึ้ง    | แย้มกระโทก    | 40. นายเย็น   | แดงใหม่        |

## ตาราง 30 (ต่อ)

| ชื่อ นามสกุล  |                | ชื่อ นามสกุล |               |
|---------------|----------------|--------------|---------------|
| 41. นายฉาว    | พิงกระโทก      | 46. นายเพชร  | ชุติมันตานนท์ |
| 42. นายคู่    | เยื่องกระโทก   | 47. นายผัน   | ชิดสำโรง      |
| 43. นายเพื่อน | หมื่นประสิทธิ์ | 48. นายสนั่น | อังกะโทก      |
| 44. นางพาด    | แหงกระโทก      | 49. นายบุญดี | เหี้ยมคกระโทก |
| 45. นายใหญ่   | ห้วงกระโทก     | 50. นายมา    | แสงกระโทก     |

### รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมมาสพงษ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรืองชัย บุญศักดิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา  
สถาบันราชภัฏนครราชสีมา กระทรวงศึกษาธิการ
3. อาจารย์ทองหล่อ วิภาวี อาจารย์ประจำสำนักทดสอบและวิจัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4. ทันตแพทย์หญิงกัญญา บุญธรรม ทันตแพทย์ 7 ฝ่ายทันตกรรม  
โรงพยาบาลครบุรี จ.นครราชสีมา
5. นางสาวศุภาพิชญ์ จรุงฉาย พยาบาลวิชาชีพ 7 ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ  
โรงพยาบาลครบุรี จ.นครราชสีมา

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแล

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

.....

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 2 ตอน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] ที่ตรงกับความเป็นจริงให้สมบูรณ์

เพศ

[ ] ชาย

[ ] หญิง

อายุ

[ ] 60 - 64 ปี

[ ] 65 - 69 ปี

[ ] 70 - 74 ปี

[ ] 75 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา

[ ] ไม่ได้เรียน

[ ] ระดับประถมศึกษา

[ ] ระดับมัธยมศึกษา

[ ] ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

สถานภาพสมรส

[ ] โสด

[ ] คู่

[ ] หม้าย/หย่า/แยก

สภาพการอยู่อาศัย

[ ] อยู่คนเดียว

[ ] อยู่กับสามี/ภรรยา

[ ] อยู่กับบุตร

[ ] อยู่กับญาติ

[ ] อยู่กับบุคคลอื่น

รายได้เฉลี่ย

- [ ] ไม่มีรายได้
- [ ] ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน
- [ ] 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน
- [ ] 7,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ก. แบบทดสอบความรู้

คำชี้แจง คำถามมี 4 ตัวเลือกรให้ทำเครื่องหมาย X ในข้อที่เห็นถูกที่สุด

1. อาหารในข้อใดทำให้โทษแก่ผู้สูงอายุ
 

|            |              |
|------------|--------------|
| ก. น้ำชา   | ข. น้ำนม     |
| ค. น้ำหวาน | ง. น้ำแกงจืด |
2. อาหารในข้อใดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
 

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| ก. ปีกไก่ทอด | ข. ปลาหนังบ้วย       |
| ค. ยาหมอย    | ง. หมูสามชั้นทอดกรอบ |
3. ผู้สูงอายุควรรับประทานไข่วันละกี่ฟอง
 

|          |          |
|----------|----------|
| ก. 1 ฟอง | ข. 2 ฟอง |
| ค. 3 ฟอง | ง. 4 ฟอง |
4. อาหารในข้อใด เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ
 

|            |             |
|------------|-------------|
| ก. ไข่ต้ม  | ข. ไข่เจียว |
| ค. ไข่ตุ๋น | ง. ไข่ดาว   |
5. ในแต่ละวัน ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำวันละกี่แก้ว
 

|               |               |
|---------------|---------------|
| ก. 3 - 4 แก้ว | ข. 4 - 5 แก้ว |
| ค. 5 - 6 แก้ว | ง. 6 - 8 แก้ว |

6. อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุเพศหญิง ควรจะแก้ไขได้โดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณใด
  - ก. กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน
  - ข. กล้ามเนื้อหน้าท้อง
  - ค. กล้ามเนื้อสะโพก
  - ง. กล้ามเนื้อท้องน้อย
7. การแก้ไขปัญหาปัสสาวะขัดเนื่องจากต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุเพศชาย คือวิธีใด
  - ก. การผ่าตัด
  - ข. การใช้ยาลด
  - ค. การออกกำลังกาย
  - ง. ปัสสาวะทิ้งไว้เฉย ๆ
8. ถ้าผู้สูงอายุต้องการกระตุ้นการขับถ่ายให้ขับถ่ายได้ง่าย ผู้สูงอายุควรปฏิบัติอย่างไร
  - ก. รับประทานอาหารที่มีกากน้อย
  - ข. รับประทานยาระบาย
  - ค. รับประทานผัก, ผลไม้
  - ง. รับประทานชา, กาแฟ
9. ผู้สูงอายุต้องการ การนอนหลับ เป็นเวลากี่ชั่วโมงใน 1 วัน
  - ก. 5 - 6 ชั่วโมง
  - ข. 6 - 7 ชั่วโมง
  - ค. 7 - 8 ชั่วโมง
  - ง. 8 - 9 ชั่วโมง
10. การออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานเท่าใด
  - ก. อย่างน้อย 60 นาที
  - ข. อย่างน้อย 40 นาที
  - ค. อย่างน้อย 20 นาที
  - ง. อย่างน้อย 5 นาที
11. ผู้สูงอายุมักจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอะไร
  - ก. สายตาเสื่อมลง
  - ข. ประสาทหูเสื่อมลง
  - ค. อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง
  - ง. การรับรู้ต่าง ๆ เสื่อมลง
12. สภาพภายในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรมีสภาพอย่างไร
  - ก. พื้นบ้านเป็นมันลื่นสวยงาม
  - ข. มีชั้นบันไดที่สูง และไม่มีชานพัก
  - ค. มีผนังห้องปิดมิดชิด ไม่ให้ลมเข้า
  - ง. เครื่องเรือนวางเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ
13. รองเท้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรเป็นแบบใด
  - ก. รองเท้าแบบคับ
  - ข. รองเท้าแบบแตะ
  - ค. รองเท้าแบบมีล้น
  - ง. รองเท้าแบบหุ้มส้น



ข. แบบทดสอบเจตคติ

คำชี้แจง อ่านข้อความข้างล่างแต่ละข้อ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

| ข้อความ                                                                                 | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่<br>เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|----------|-----------------|-----------------------|
| 1. ร่างกายที่เสื่อมลงก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ<br>ในผู้สูงอายุแต่สามารถป้องกันได้ .....       |                       |          |          |                 |                       |
| 2. สำหรับผู้สูงอายุแล้ว ปลาเนื้อเป็นอาหารที่<br>เหมาะแก่การรับประทานมากกว่าปลาทอด ..... |                       |          |          |                 |                       |
| 3. ผักสดเป็นอาหารเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ .....                                            |                       |          |          |                 |                       |
| 4. ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้<br>สะดวก เช่น ในห้องปรับอากาศ .....      |                       |          |          |                 |                       |
| 5. การควบคุมระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุ ทำได้<br>โดยการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง .....        |                       |          |          |                 |                       |
| 6. ตอนกลางคืนการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูง<br>อายุจะบ่อยกว่าในตอนกลางวัน .....              |                       |          |          |                 |                       |
| 7. การขับถ่ายที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ถือว่า<br>เป็นเรื่องธรรมดา .....                   |                       |          |          |                 |                       |
| 8. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ และปอด<br>จะทำให้มีผลต่อการนอน .....              |                       |          |          |                 |                       |
| 9. การนอนคว่ำจะทำให้หลับสบายมากที่สุด<br>เพราะทำให้เลือดไหลเวียนดี .....                |                       |          |          |                 |                       |
| 10. การบริหารก่อนนอนและการทำสมาธิ<br>ทำให้หลับยากขึ้น .....                             |                       |          |          |                 |                       |

| ข้อความ                                         | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย<br>ไม่แน่ใจ | ไม่<br>เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |
|-------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------------|
| 11. การออกกำลังกายโดยการยืดเส้นยืดสาย           |                       |                      |                              |
| ทำให้กล้ามเนื้อข้อต่อแข็งแรง .....              |                       |                      |                              |
| 12. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย เพียง    |                       |                      |                              |
| รู้จักพักผ่อนให้เป็นเวลา ก็พอเพียงแล้ว .....    |                       |                      |                              |
| 13. อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในบ้าน จะก่อ   |                       |                      |                              |
| ให้เกิดอันตรายได้ .....                         |                       |                      |                              |
| 14. อาการวิ่งเวียนศีรษะ ตาพร่ามัวที่เกิดใน      |                       |                      |                              |
| ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ โดยการ            |                       |                      |                              |
| พักผ่อน .....                                   |                       |                      |                              |
| 15. ยาทุกชนิดที่ผู้สูงอายุรับประทาน อาจก่อ      |                       |                      |                              |
| ให้เกิดอาการแพ้ได้ .....                        |                       |                      |                              |
| 16. ยาที่ผู้สูงอายุรับประทาน ถ้ามีลักษณะ        |                       |                      |                              |
| เหมือนกันสามารถ interchangeable ได้ .....       |                       |                      |                              |
| 17. การพึ่งพิง ญาติพี่น้อง หรือพูดคุยกับคนอื่น  |                       |                      |                              |
| จะก่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพแก่ตัวผู้สูง       |                       |                      |                              |
| อายุเอง .....                                   |                       |                      |                              |
| 18. ผู้สูงอายุ อายุมากไม่ควรยุ่งเกี่ยวกับเรื่อง |                       |                      |                              |
| ในครอบครัวควรปล่อยให้เป็นหน้าที่ของ             |                       |                      |                              |
| ลูกหลานดีกว่า .....                             |                       |                      |                              |
| 19. ตัวผู้สูงอายุเองควรมีโครงการที่จะทำ         |                       |                      |                              |
| วันพรุ่งนี้เสมอ .....                           |                       |                      |                              |
| 20. ร่างกายผู้สูงอายุเปรียบเสมือนเรือผุ ๆ       |                       |                      |                              |
| ลำหนึ่งที่กำลังจะจมไม่ได้เลย .....              |                       |                      |                              |

ค. แบบทดสอบการปฏิบัติ

คำชี้แจง อ่านข้อความข้างล่างต่อไปนี้ แล้วเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่เลือก  
ตอบ

| ข้อความ                                                                          | ไม่ปฏิบัติ | ปฏิบัติบ้าง | ปฏิบัติประจำ |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|--------------|
| 1. ทุกวันผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารอ่อน ๆ<br>และย่อยง่าย .....              |            |             |              |
| 2. ในแต่ละวันผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่ต่ำกว่าวันละ<br>8 แก้ว .....                  |            |             |              |
| 3. ผู้สูงอายุดื่มกาแฟเป็นประจำทุกวัน .....                                       |            |             |              |
| 4. ผู้สูงอายุจะรับประทานผักที่ต้มแล้ว .....                                      |            |             |              |
| 5. ผู้สูงอายุจะดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ<br>น้ำอัดลมเป็นประจำทุกวัน .....     |            |             |              |
| 6. ผู้สูงอายุอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง<br>มีการถ่ายเทได้สะดวก ..... |            |             |              |
| 7. ผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระทุกวัน ในตอนเช้าหรือ<br>เย็น อย่างเป็นเวลา .....         |            |             |              |
| 8. ผู้สูงอายุดื่มน้ำแต่น้อย เพราะกลัวบัสสาวะบ่อย .....                           |            |             |              |
| 9. ก่อนนอนผู้สูงอายุทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ<br>ทุกคืน .....                      |            |             |              |
| 10. ท่านอนที่ผู้สูงอายุชื่นชอบคือ นอนหงาย .....                                  |            |             |              |
| 11. ในแต่ละวันผู้สูงอายุจะนอนตื่นเช้าเสมอ ๆ .....                                |            |             |              |
| 12. ผู้สูงอายุจะหายใจลึก ๆ ช้า ๆ สม่ำเสมอ<br>เป็นปกติทุกวัน .....                |            |             |              |

| ข้อความ                                                                            | นับปฏิบัติ    ปฏิบัติบ้าง    ปฏิบัติประจำ |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 13. ผู้สูงอายุสวมรองเท้าที่มีพื้นเตี้ย หุ้มส้น .....                               |                                           |
| 14. ผู้สูงอายุระมัดระวังทุกครั้งที่ชอบจับเครื่องใช้<br>ที่มีความร้อน .....         |                                           |
| 15. เมื่อกินยาแล้วอาเจียน ผื่นขึ้น ผู้สูงอายุจะไป<br>พบแพทย์ทันที .....            |                                           |
| 16. ผู้สูงอายุจะรับชกถามทุกครั้ง เมื่อไม่เข้าใจถึง<br>วิธีการรับประทานยา .....     |                                           |
| 17. ผู้สูงอายุไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี .....                                    |                                           |
| 18. ผู้สูงอายุจะพูดคุย ปรึกษาหารือในเรื่องที่สนใจ<br>ร่วมกันกับเพื่อนของท่าน ..... |                                           |
| 19. ผู้สูงอายุจะร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิก<br>ในครอบครัวทุกวัน .....              |                                           |
| 20. ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเสมอ เช่น<br>การร่วมงานบุญที่วัด .....         |                                           |

**ภาคผนวก ค**

**คะแนนก่อนกับหลังการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง**

ตาราง 31 คะแนนความรู้สอบก่อนและสอบหลังการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ  
ผู้สูงอายุ

| ลำดับ | สอบก่อน | สอบหลัง | D  | D <sup>2</sup> | ลำดับ | สอบก่อน | สอบหลัง | D  | D <sup>2</sup> |
|-------|---------|---------|----|----------------|-------|---------|---------|----|----------------|
| 1.    | 10      | 13      | 3  | 9              | 21.   | 15      | 19      | 4  | 16             |
| 2.    | 9       | 18      | 9  | 81             | 22.   | 14      | 19      | 5  | 25             |
| 3.    | 10      | 17      | 7  | 49             | 23.   | 15      | 20      | 5  | 25             |
| 4.    | 9       | 14      | 5  | 25             | 24.   | 8       | 12      | 4  | 16             |
| 5.    | 14      | 19      | 5  | 25             | 25.   | 12      | 18      | 6  | 36             |
| 6.    | 12      | 16      | 4  | 16             | 26.   | 8       | 14      | 6  | 36             |
| 7.    | 9       | 13      | 10 | 100            | 27.   | 13      | 16      | 3  | 9              |
| 8.    | 2       | 7       | 5  | 25             | 28.   | 6       | 12      | 6  | 36             |
| 9.    | 14      | 18      | 4  | 16             | 29.   | 10      | 19      | 9  | 81             |
| 10.   | 11      | 18      | 7  | 49             | 30.   | 9       | 17      | 8  | 64             |
| 11.   | 7       | 10      | 3  | 9              | 31.   | 7       | 15      | 8  | 64             |
| 12.   | 12      | 17      | 5  | 25             | 32.   | 14      | 17      | 3  | 9              |
| 13.   | 8       | 18      | 10 | 100            | 33.   | 8       | 12      | 4  | 16             |
| 14.   | 11      | 18      | 7  | 49             | 34.   | 9       | 12      | 3  | 9              |
| 15.   | 13      | 20      | 7  | 49             | 35.   | 9       | 16      | 7  | 49             |
| 16.   | 10      | 16      | 6  | 36             | 36.   | 5       | 14      | 9  | 81             |
| 17.   | 13      | 20      | 7  | 49             | 37.   | 11      | 17      | 6  | 36             |
| 18.   | 7       | 16      | 9  | 81             | 38.   | 11      | 16      | 5  | 25             |
| 19.   | 11      | 18      | 7  | 49             | 39.   | 6       | 17      | 11 | 121            |
| 20.   | 16      | 20      | 4  | 16             | 40.   | 10      | 18      | 8  | 64             |

ตาราง 31 (ต่อ)

| ลำดับ | สอบก่อน | สอบหลัง | D | D <sup>2</sup> | ลำดับ | สอบก่อน | สอบหลัง | D                     | D <sup>2</sup> |
|-------|---------|---------|---|----------------|-------|---------|---------|-----------------------|----------------|
| 41.   | 13      | 19      | 6 | 36             | 46.   | 9       | 14      | 5                     | 25             |
| 42.   | 10      | 18      | 8 | 64             | 47.   | 9       | 14      | 5                     | 25             |
| 43.   | 9       | 16      | 7 | 49             | 48.   | 12      | 17      | 5                     | 25             |
| 44.   | 11      | 15      | 4 | 16             | 49.   | 11      | 19      | 8                     | 64             |
| 45.   | 12      | 17      | 5 | 25             | 50.   | 14      | 17      | 3                     | 9              |
| รวม   |         |         |   |                |       | 512     | 812     | <sup>296</sup><br>300 | 2,014          |

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบก่อน = 51.20

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบหลัง = 81.20

ระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามก่อน = 10.24

ระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามหลัง = 16.40

ตาราง 32 คะแนนเจตคติสอบถามก่อนและสอบถามหลังการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง  
ของผู้สูงอายุ

| ลำดับ | สอบถาม<br>ก่อน | สอบถาม<br>หลัง | D  | D <sup>2</sup> | ลำดับ | สอบถาม<br>ก่อน | สอบถาม<br>หลัง | D  | D <sup>2</sup> |
|-------|----------------|----------------|----|----------------|-------|----------------|----------------|----|----------------|
| 1.    | 61             | 72             | 11 | 121            | 21.   | 67             | 95             | 28 | 784            |
| 2.    | 63             | 96             | 33 | 1089           | 22.   | 71             | 98             | 27 | 729            |
| 3.    | 60             | 86             | 26 | 676            | 23.   | 63             | 100            | 37 | 1369           |
| 4.    | 59             | 77             | 18 | 324            | 24.   | 63             | 91             | 28 | 784            |
| 5.    | 60             | 98             | 38 | 1444           | 25.   | 62             | 96             | 34 | 1156           |
| 6.    | 64             | 94             | 30 | 900            | 26.   | 60             | 97             | 37 | 1369           |
| 7.    | 49             | 93             | 44 | 1936           | 27.   | 66             | 92             | 26 | 676            |
| 8.    | 50             | 91             | 41 | 1681           | 28.   | 58             | 97             | 39 | 1521           |
| 9.    | 62             | 89             | 27 | 729            | 29.   | 69             | 96             | 27 | 729            |
| 10.   | 64             | 99             | 35 | 1225           | 30.   | 59             | 97             | 38 | 1444           |
| 11.   | 62             | 84             | 22 | 484            | 31.   | 65             | 94             | 29 | 841            |
| 12.   | 67             | 96             | 29 | 841            | 32.   | 71             | 96             | 23 | 529            |
| 13.   | 71             | 94             | 23 | 529            | 33.   | 62             | 87             | 25 | 625            |
| 14.   | 66             | 93             | 27 | 729            | 34.   | 67             | 86             | 19 | 361            |
| 15.   | 69             | 98             | 29 | 841            | 35.   | 58             | 93             | 35 | 1225           |
| 16.   | 69             | 96             | 27 | 729            | 36.   | 63             | 89             | 26 | 676            |
| 17.   | 76             | 100            | 24 | 576            | 37.   | 60             | 92             | 32 | 1032           |
| 18.   | 65             | 93             | 28 | 784            | 38.   | 67             | 96             | 29 | 841            |
| 19.   | 60             | 95             | 35 | 1225           | 39.   | 51             | 98             | 47 | 2209           |
| 20.   | 67             | 98             | 31 | 961            | 40.   | 68             | 96             | 28 | 784            |

ตาราง 32 (ต่อ)

| ลำดับ | สอบถาม | สอบถาม | D  | D <sup>2</sup> | ลำดับ | สอบถาม | สอบถาม | D      | D <sup>2</sup> |
|-------|--------|--------|----|----------------|-------|--------|--------|--------|----------------|
|       | ก่อน   | หลัง   |    |                |       | ก่อน   | หลัง   |        |                |
| 41.   | 63     | 100    | 37 | 1369           | 46.   | 52     | 90     | 38     | 1444           |
| 42.   | 67     | 97     | 30 | 900            | 47.   | 66     | 94     | 28     | 784            |
| 43.   | 55     | 94     | 39 | 1521           | 48.   | 59     | 96     | 37     | 1369           |
| 44.   | 86     | 64     | 22 | 484            | 49.   | 65     | 97     | 32     | 1027           |
| 45.   | 61     | 98     | 37 | 1369           | 50.   | 61     | 90     | 29     | 841            |
| รวม   |        |        |    |                | 3,169 | 4,648  | 1,521  | 48,605 |                |

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบก่อน = 63.87

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบหลัง = 92.96

ระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามก่อน = 3.169

ระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามหลัง = 4.648

ตาราง 33 คะแนนการปฏิบัติสอบถามก่อนและสอบถามหลังการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือ  
ตนเองของผู้สูงอายุ

| ลำดับ | สอบถาม<br>ก่อน | สอบถาม<br>หลัง | D  | D <sup>2</sup> | ลำดับ | สอบถาม<br>ก่อน | สอบถาม<br>หลัง | D  | D <sup>2</sup> |
|-------|----------------|----------------|----|----------------|-------|----------------|----------------|----|----------------|
| 1.    | 34             | 28             | 4  | 16             | 21.   | 31             | 39             | 8  | 64             |
| 2.    | 29             | 36             | 7  | 49             | 22.   | 31             | 35             | 4  | 16             |
| 3.    | 26             | 35             | 9  | 81             | 23.   | 36             | 37             | 1  | 1              |
| 4.    | 31             | 35             | 4  | 16             | 24.   | 31             | 37             | 6  | 36             |
| 5.    | 31             | 38             | 7  | 49             | 25.   | 27             | 39             | 12 | 144            |
| 6.    | 26             | 38             | 12 | 144            | 26.   | 35             | 38             | 3  | 9              |
| 7.    | 23             | 38             | 15 | 225            | 27.   | 22             | 37             | 15 | 225            |
| 8.    | 29             | 38             | 9  | 81             | 28.   | 24             | 37             | 13 | 169            |
| 9.    | 28             | 38             | 10 | 100            | 29.   | 25             | 37             | 12 | 144            |
| 10.   | 34             | 38             | 4  | 16             | 30.   | 21             | 38             | 17 | 289            |
| 11.   | 23             | 34             | 11 | 121            | 31.   | 33             | 36             | 3  | 9              |
| 12.   | 32             | 37             | 5  | 25             | 32.   | 31             | 37             | 6  | 36             |
| 13.   | 31             | 38             | 7  | 49             | 33.   | 25             | 37             | 12 | 144            |
| 14.   | 35             | 38             | 3  | 9              | 34.   | 30             | 37             | 7  | 49             |
| 15.   | 35             | 38             | 3  | 9              | 35.   | 33             | 37             | 4  | 16             |
| 16.   | 29             | 38             | 9  | 81             | 36.   | 30             | 36             | 6  | 36             |
| 17.   | 28             | 37             | 9  | 81             | 37.   | 33             | 35             | 2  | 4              |
| 18.   | 33             | 38             | 5  | 25             | 38.   | 31             | 37             | 6  | 36             |
| 19.   | 30             | 39             | 9  | 81             | 39.   | 31             | 38             | 7  | 49             |
| 20.   | 31             | 39             | 8  | 64             | 40.   | 30             | 40             | 10 | 100            |

ตาราง 33 (ต่อ)

| ลำดับ | สอบถาม | สอบถาม | D | D <sup>2</sup> | ลำดับ | สอบถาม | สอบถาม | D   | D <sup>2</sup> |
|-------|--------|--------|---|----------------|-------|--------|--------|-----|----------------|
|       | ก่อน   | หลัง   |   |                |       | ก่อน   | หลัง   |     |                |
| 41.   | 27     | 30     | 3 | 9              | 46.   | 30     | 36     | 6   | 36             |
| 42.   | 33     | 37     | 4 | 16             | 47.   | 31     | 37     | 6   | 36             |
| 43.   | 32     | 37     | 5 | 25             | 48.   | 34     | 38     | 4   | 16             |
| 44.   | 31     | 35     | 4 | 16             | 49.   | 36     | 37     | 1   | 1              |
| 45.   | 30     | 36     | 6 | 36             | 50.   | 35     | 37     | 2   | 4              |
| รวม   |        |        |   |                |       | 1,507  | 1,777  | 345 | 3,093          |

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบก่อน = 30.14

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบหลัง = 35.54

ระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามก่อน = 1.507

ระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามหลัง = 1.777

ตาราง 34 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายข้อภายหลังการทดลอง

| ลำดับ | ข้อที่ | ตอบถูกต้องร้อยละ | ลำดับ | ข้อที่ | ตอบถูกต้องร้อยละ |
|-------|--------|------------------|-------|--------|------------------|
| 1.    | 19     | 98.00            | 11.   | 8      | 90.00            |
| 2.    | 17     | 98.00            | 12.   | 1      | 80.00            |
| 3.    | 16     | 96.00            | 13.   | 13     | 78.00            |
| 4.    | 15     | 96.00            | 14.   | 3      | 74.00            |
| 5.    | 4      | 96.00            | 15.   | 6      | 74.00            |
| 6.    | 12     | 94.00            | 16.   | 5      | 70.00            |
| 7.    | 20     | 94.00            | 17.   | 11     | 68.00            |
| 8.    | 7      | 92.00            | 18.   | 18     | 64.00            |
| 9.    | 7      | 92.00            | 19.   | 18     | 64.00            |
| 10.   | 2      | 90.00            | 20.   | 9      | 40.00            |

ตาราง 35 คะแนนเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายข้อภายหลังการทดลอง

| ลำดับ | ข้อที่ | ตอบถูกต้องร้อยละ | ลำดับ | ข้อที่ | ตอบถูกต้องร้อยละ |
|-------|--------|------------------|-------|--------|------------------|
| 1.    | 11     | 5.00             | 11.   | 8      | 4.74             |
| 2.    | 2      | 4.98             | 12.   | 6      | 4.70             |
| 3.    | 1      | 4.96             | 13.   | 20     | 4.70             |
| 4.    | 15     | 4.96             | 14.   | 9      | 4.62             |
| 5.    | 18     | 4.96             | 15.   | 5      | 4.56             |
| 6.    | 13     | 4.90             | 16.   | 12     | 4.52             |
| 7.    | 19     | 4.88             | 17.   | 4      | 4.40             |
| 8.    | 17     | 4.88             | 18.   | 3      | 4.40             |
| 9.    | 16     | 4.84             | 19.   | 7      | 4.28             |
| 10.   | 10     | 4.74             | 20.   | 14     | 4.16             |

ตาราง 36 คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายข้อภายหลังการทดลอง

| ลำดับ | ข้อที่ | ตอบถูกต้องร้อยละ | ลำดับ | ข้อที่ | ตอบถูกต้องร้อยละ |
|-------|--------|------------------|-------|--------|------------------|
| 1.    | 1      | 2.00             | 11.   | 20     | 1.96             |
| 2.    | 4      | 2.00             | 12.   | 18     | 1.94             |
| 3.    | 6      | 2.00             | 13.   | 8      | 1.88             |
| 4.    | 7      | 2.00             | 14.   | 19     | 1.86             |
| 5.    | 12     | 2.00             | 15.   | 5      | 1.74             |
| 6.    | 16     | 2.00             | 16.   | 11     | 1.72             |
| 7.    | 17     | 1.98             | 17.   | 2      | 1.68             |
| 8.    | 15     | 1.98             | 18.   | 10     | 1.64             |
| 9.    | 14     | 1.98             | 19.   | 13     | 1.14             |
| 10.   | 9      | 1.98             | 20.   | 3      | 1.14             |

ภาคผนวก ง .

การจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา

## แผนกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

| วัน      | วันที่ | เดือน  | ปี   | กลุ่ม      | กิจกรรม               |
|----------|--------|--------|------|------------|-----------------------|
| อาทิตย์  | 24     | มีนาคม | 2539 | ผู้สูงอายุ | Pre-test              |
| จันทร์   | 25     | มีนาคม | 2539 | ผู้สูงอายุ | ประชุมกลุ่มครั้งที่ 1 |
| พุธ      | 27     | มีนาคม | 2539 | ผู้สูงอายุ | ประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 |
| ศุกร์    | 29     | มีนาคม | 2539 | ผู้สูงอายุ | ประชุมกลุ่มครั้งที่ 3 |
| อาทิตย์  | 31     | มีนาคม | 2539 | ผู้สูงอายุ | ประชุมกลุ่มครั้งที่ 4 |
| อังคาร   | 2      | เมษายน | 2539 | ผู้สูงอายุ | ประชุมกลุ่มครั้งที่ 5 |
| พฤหัสบดี | 4      | เมษายน | 2539 | ผู้สูงอายุ | ประชุมกลุ่มครั้งที่ 6 |
| เสาร์    | 6      | เมษายน | 2539 | ผู้สูงอายุ | ประชุมกลุ่มครั้งที่ 7 |
| อาทิตย์  | 7      | เมษายน | 2539 | ผู้สูงอายุ | Post-test             |

### ตารางการอบรมกลุ่มผู้สูงอายุ

| วัน เดือน ปี   | เวลา             | หัวข้อ                                                                                   |
|----------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 มีนาคม 2539 | 10.00 - 11.30 น. | การสร้างมนุษยสัมพันธ์                                                                    |
| 27 มีนาคม 2539 | 10.00 - 11.30 น. | การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ                                                  |
| 29 มีนาคม 2539 | 10.00 - 11.30 น. | การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย                                                          |
| 31 มีนาคม 2539 | 10.00 - 11.30 น. | การดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย                                                      |
| 2 เมษายน 2539  | 10.00 - 11.30 น. | การดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่มี<br>ต่อชีวิต                                  |
| 4 เมษายน 2539  | 10.00 - 11.30 น. | การดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลความสมดุลย์<br>ระหว่างการอยู่คนเดียวกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่น |
| 6 เมษายน 2539  | 10.00 - 11.30 น. | การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ                                                                |

## แนวทางการประชุมกลุ่ม การประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 1

เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้

1. รู้จักกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. ทราบวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม
3. แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลนครบุรี อำเภอนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อที่สนทนากลุ่ม

1. การแนะนำตัวของสมาชิกในกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที
2. จุดประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ใช้เวลา 50 นาที
3. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ใช้เวลา 20 นาที

- กิจกรรม
1. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกัน โดยให้สมาชิกแต่ละคน แนะนำ ชื่อ นามสกุล อายุของตนเอง
  2. ผู้วิจัยบอกจุดประสงค์ของการเข้ากลุ่ม บทบาทของสมาชิกในกลุ่ม และบทบาทของผู้นำกลุ่ม
  3. ผู้วิจัยกล่าวนำในเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
  4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยก่อนเล่าถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงของคน ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่สมาชิกรวม เพื่อที่สมาชิกจะได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

5. ผู้วิจัย สรุบบัญหา และแนวทางแก้ไข
6. ผู้วิจัยนัดหมาย ในการหากลุ่มครั้งต่อไปในเรื่อง
  - 6.1 เรื่องที่จะประชุมครั้งต่อไปคือ การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ
  - 6.2 วัน เวลา และสถานที่ที่จะประชุมกลุ่ม
  - 6.3 การเตรียมตัวของสมาชิกกลุ่มคือ การจดบันทึกปัญหาการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ และนำมาในวันที่จะประชุมด้วย

- การประเมิน
1. เป็นรายกลุ่ม มีการบันทึกข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัย
  2. โดยการสังเกต การมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

## การประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 2

เรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้

1. บอกลักษณะและปริมาณของอาหาร น้ำ และอากาศ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้
2. อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและข้อสงสัยของตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ และให้สมาชิกในกลุ่มคนอื่น ๆ หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลครบุรี อําเภocrบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อที่สนทนากลุ่ม

1. ลักษณะและปริมาณของอาหาร น้ำ และอากาศ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 60 นาที
2. ปัญหาและข้อสงสัยที่สมาชิกในกลุ่มพบในเรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำและอากาศ ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเป็นผู้นำอภิปรายโดยพูดคุยเกี่ยวกับ ลักษณะและปริมาณของอาหาร น้ำ และอากาศ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
2. สมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองในหัวข้อดังกล่าว
3. สมาชิกในกลุ่มพูดคุยถึงปัญหาในหัวข้อดังกล่าวแล้ว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
4. ผู้วิจัยสรุปแนวทางแก้ไข
5. ผู้วิจัยนัดหมายการทํากลุ่มครั้งต่อไป ในเรื่อง
  - 5.1 เรื่องที่จะประชุมกลุ่มคือ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย
  - 5.2 วัน เวลา และสถานที่ที่จะประชุมกลุ่ม
  - 5.3 การเตรียมตัวของสมาชิกกลุ่มคือ การจดบันทึกปัญหาที่สมาชิกพบในเรื่องที่จะทํากลุ่มครั้งต่อไป และนำมาในวันที่มีการประชุม

การประเมิน

1. เป็นรายกลุ่ม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล
2. โดยการสังเกตจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

### การประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 3

เรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย
2. อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและข้อสงสัยของตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อที่สนทนากลุ่ม

1. ความรู้ในเรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย ใช้เวลา 50 นาที
2. ปัญหาและข้อสงสัยที่สมาชิกในกลุ่มพบในเรื่อง การขับถ่าย ใช้เวลา 40 นาที

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเป็นผู้นำอภิปรายโดยพูดคุยเกี่ยวกับการขับถ่ายในผู้สูงอายุ
2. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองในหัวข้อดังกล่าว
3. สมาชิกในกลุ่มพูดคุยถึงปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไข
5. ผู้วิจัยนัดหมายการทักกลุ่มครั้งต่อไป ในเรื่อง
  - 5.1 เรื่องที่จะประชุมกลุ่มคือ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการพักผ่อน
  - 5.2 วัน เวลา และสถานที่ที่จะประชุมกลุ่ม
  - 5.3 การเตรียมตัวของสมาชิกกลุ่มคือ การจดบันทึกปัญหาที่สมาชิกพบในเรื่องที่จะทำกลุ่มครั้งต่อไป และนำมาในวันประชุม

การประเมิน

1. เป็นรายกลุ่ม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล
2. โดยการสังเกตจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

เรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อน
2. อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและข้อสงสัยของตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อน และให้สมาชิกในกลุ่มคนอื่น ๆ ช่วยเหลือและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลนครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อที่สนทนากลุ่ม

1. ความรู้ในเรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อน ใช้เวลา 50 นาที
2. ปัญหาและข้อสงสัยที่สมาชิกในกลุ่มพบในเรื่องของการออกกำลังกาย และการพักผ่อน ใช้เวลา 40 นาที

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเป็นผู้นำอภิปรายโดยพูดคุยเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
2. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองในหัวข้อดังกล่าว
3. สมาชิกในกลุ่มพูดคุยถึงปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไข
5. ผู้วิจัยนัดหมายการทักกลุ่มครั้งต่อไป ในเรื่อง
  - 5.1 เรื่องที่จะประชุมกลุ่มคือ การดูแลตนเอง การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต
  - 5.2 วัน เวลา และสถานที่ที่จะประชุมกลุ่ม
  - 5.3 การเตรียมตัวของสมาชิกในกลุ่มคือ การจดบันทึกปัญหาที่พบในเรื่องที่จะทักกลุ่มครั้งต่อไป และนำมาในวันประชุม

การประเมิน

1. เป็นรายกลุ่ม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล
2. โดยการสังเกตจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

## การประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 5

เรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. บอกถึงลักษณะของการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตได้
2. อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและข้อสงสัยของตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และให้สมาชิกในกลุ่มคนอื่น ๆ ช่วยเหลือและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลนครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อที่สนทนากลุ่ม

1. การป้องกันอันตรายที่มีชีวิต ใช้เวลา 50 นาที
2. ปัญหาและข้อสงสัยที่สมาชิกในกลุ่มพบในเรื่องอันตรายที่มีต่อชีวิต ใช้เวลา 40 นาที

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเป็นผู้นำอภิปรายโดยพูดคุยเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต
2. สมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองในหัวข้อดังกล่าว
3. สมาชิกในกลุ่มพูดคุยถึงปัญหาในการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไข
5. ผู้วิจัยนัดหมายการทักกลุ่มครั้งต่อไป ในเรื่อง
  - 5.1 เรื่องที่จะประชุมกลุ่มคือ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการคงความสมดุลย์ระหว่างการอยู่คนเดียว
  - 5.2 วัน เวลา และสถานที่ที่จะประชุมกลุ่ม
  - 5.3 การเตรียมตัวของสมาชิกในกลุ่มคือ การจดบันทึกปัญหาที่พบในเรื่องที่จะทักกลุ่มครั้งต่อไป และนำมาในวันประชุม

การประเมิน

1. เป็นรายกลุ่ม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล
2. โดยการสังเกตจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

## การประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 6

เรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น  
วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. มีความรู้ในเรื่องการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและข้อสงสัยของตนเองเกี่ยวกับการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และให้สมาชิกในกลุ่มคนอื่น ๆ ช่วยเหลือและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลนครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อที่สนทนากลุ่ม

1. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการคงความสมดุล ระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เวลา 50 นาที
2. ปัญหาและข้อสงสัยที่สมาชิกในกลุ่มพบในเรื่องการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้เวลา 40 นาที

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเป็นผู้นำอภิปรายโดยพูดคุยเกี่ยวกับการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มร่วมอภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองในหัวข้อดังกล่าว
3. สมาชิกในกลุ่มพูดคุยถึงปัญหาเกี่ยวกับการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไข
5. ผู้วิจัยนัดหมายการทักกลุ่มครั้งต่อไป ในเรื่อง

- 5.1 เรื่องที่จะประชุมกลุ่มคือ เรื่องแนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- 5.2 วัน เวลา และสถานที่ที่จะประชุมกลุ่ม
- 5.3 การเตรียมตัวของสมาชิกในกลุ่มคือ การจดบันทึกปัญหาที่พบในเรื่องที่จะทำกลุ่มต่อไป

- การประเมิน
1. เป็นรายการกลุ่ม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล
  2. โดยการสังเกตจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

## การประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 7

เรื่อง แนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. มีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อที่สนทนาในกลุ่ม

1. การดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ระยะเวลา 50 นาที
2. ปัญหาและข้อสงสัยที่สมาชิกในกลุ่มพบ ระยะเวลา 40 นาที

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสรุปถึงแนวทางการดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร น้ำ และอากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม ร่วมกันอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองในเรื่องดังกล่าว ตามปัญหา และติดตามการแก้ไขปัญหาที่เคยช่วยกันมาแล้ว

การประเมิน

1. เป็นกลุ่มโดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูล
2. จากการสังเกตการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

ภาคผนวก จ.

เอกสารประกอบการทำกิจกรรมกลุ่ม

## การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ

วัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ จากสภาพที่สมบูรณ์เป็นเสื่อมลงตามอายุขัย และความแก่จะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น มีการพักผ่อนตามสมควร มีการออกกำลังกายเหมาะสม ฯลฯ แต่ที่นับว่าสำคัญที่สุดคือ อาหารการกิน

### คำจำกัดความและหน้าที่ของอาหาร

อาหาร คือ สิ่งที่กินได้โดยไม่เกิดโทษแก่ร่างกาย หน้าที่ของอาหารที่มีต่อร่างกาย คือ

1. ให้พลังงาน
2. สร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ
3. ช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำงานปกติ
4. ป้องกันและต้านทานโรค

### สารอาหารและการปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

| สารอาหาร                       | การปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุ                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. เนื้อสัตว์และเครื่องในสัตว์ | <p>1. เนื้อสัตว์ไม่ควรติดมันมาก เนื้อปลาจะเป็นอาหารที่เหมาะสม เพราะเนื้อจะนุ่ม ๆ แต่ต้องระวังก้าง</p> <p>2. ในการปรุงเนื้อสัตว์ควรหั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ หรือสับ และต้องทำให้เปื่อย เพื่อให้เคี้ยวง่าย</p> |

| สารอาหาร                                     | การปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุ                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. ข้าวและผลิตภัณฑ์ของข้าว และแป้งชนิดอื่น ๆ | 1. อาหารประเภทนี้ ในวัยสูงอายุควรรับประทานในปริมาณที่น้อยลง เพราะวัยนี้มีการใช้กำลังน้อย<br>2. การหุงต้มควรจะต้องนุ่ม ๆ นุ่มแข็ง                                                                                                                                        |
| 3. ไข่                                       | 1. เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพราะย่อยและดูดซึมง่าย ควรรับประทานไข่สัปดาห์ละ 3 - 5 ฟอง ในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง รับประทานได้วันละ 1 ฟอง<br>2. ไข่ สำหรับผู้สูงอายุควรต้มหรือตุ๋น เพราะจะย่อยง่ายกว่าไข่ทอด                              |
| 4. นม                                        | 1. นมเป็นอาหารที่มีแคลเซียมและโปรตีนมาก เหมาะสำหรับผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการซ่อมเซลล์ที่สึกหรอ<br>2. สำหรับผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดสูง ควรใช้นมผงที่ไม่มีไขมัน 4 ช้อนโต๊ะ ผลมนำให้ได้ 1 ถ้วยตรง หรือใช้นมถั่วเหลืองชนิดพร่องไขมันควรดื่มทุกวัน                         |
| 5. ผักและผลไม้                               | 1. ผัก ผลไม้ ควรมีการจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานทุกวัน เพราะอาหารพวกนี้ให้กากซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่าย<br>2. ผัก สำหรับผู้สูงอายุควรต้มให้เปื่อย ไม่ควรรับประทานผักสด เพราะทำให้เกิดก๊าซ ท้องอืดได้<br>3. ผลไม้ ควรเป็นผลไม้ที่นุ่ม ๆ เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กล้วย |

| สารอาหาร | การปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุ                                                                                                                |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. ไขมัน | 1. สำหรับผู้สูงอายุควรรับประทานในปริมาณที่น้อย เพราะผู้สูงอายุมีการใช้กาสน้อย เมื่อรับประทานมาก จะทำให้เกิดการสะสมซึ่งเป็นสาเหตุของความอ้วน |

### อาหารและเครื่องดื่มที่ควรหลีกเลี่ยง

ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ทุกประเภทที่กล่าว แต่บางประเภทต้องจำกัดหรืองดเพราะมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น

1. อาหารหมักดองต่าง ๆ เพราะรับประทานแล้วจะทำให้เกิดก๊าซ เป็นผลให้ท้องอืด
2. อาหารรสจัดต่าง ๆ
3. กาแฟ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน หรือตีบตันหลัง

อาหารที่มีผลต่อการดูดซึมวิตามินบี

4. อาหารไขมัน เพราะผู้สูงอายุจะย่อยลำบาก

อาหารและเครื่องดื่มที่ควรหลีกเลี่ยงดังกล่าว จะมีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร กล่าวคือ เป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อย เป็นต้น

### โภชนาการในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารเพื่อสุขภาพ เช่นเดียวกับคนวัยอื่น ๆ แต่การเปลี่ยนแปลงตามวัยเป็นเหตุให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องรักษาภาวะโภชนาการให้สมดุลกับความต้องการของร่างกายผู้สูงอายุ ปัญหาโภชนาการในวัยสูงอายุมีหลายสาเหตุกล่าวคือ

## 1. การเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหาร

1.1 สภาพฟัน ผู้สูงอายุจะมีปัญหาฟัน ที่จะหลุด โยก คลอน ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก จึงหันไปกินอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตมาก เพราะเคี้ยวง่ายไม่เคี้ยวอาหารพวกเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ ทำให้ขาดโปรตีน เกลือแร่และวิตามินได้ง่าย

1.2 การรับรสและกลิ่นลดลง ในวัยสูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพของปุ่มรับรสที่ลิ้น ทำให้ไม่รู้สึกอร่อยในรสอาหาร หรือที่เรียกกันว่าลิ้นจืด

1.3 ประสิทธิภาพการย่อยอาหารและการดูดซึมของกระเพาะอาหารและลำไส้ เปลี่ยนไปคือ ปริมาณน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลง ทำให้อาหารหมักหมมในลำไส้มาก จึงทำให้มีอาการท้องอืด แน่นได้ง่าย และกรดเกลือในกระเพาะหลั่งน้อย เป็นเหตุให้แคลเซียมและเหล็กดูดซึมได้น้อยกว่าปกติ อันเป็นผลให้ปริมาณฮีมโกลบินในเลือดต่ำ เกิดโรคโลหิตจางได้

1.4 ปริมาณฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญอาหารลดลง เมื่ออายุมากขึ้น อาหารที่กินเข้าไปมักใช้ประโยชน์น้อยลง เพราะต่อมไร้ท่อผลิตฮอร์โมนซึ่งจำเป็นในการนำสารอาหารไปใช้น้อยลง และเกิดความไม่สมดุลในการผลิตฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้ร่างกายสะสมไขมันมากขึ้น ทำให้ร่างกายสะสมไขมันมากขึ้น แคลเซียมสลายตัวจากกระดูกมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดโรคกระดูกเป็นโพรงหรือพรุนได้ง่าย (Osteoporosis) และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะสามารถดูดซึมคาร์โบไฮเดรตได้ตามปกติ แต่มักใช้ได้ช้ากว่าวัยหนุ่มสาว ดังนั้นจึงมักมีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

## 2. ภาวะเศรษฐกิจและนิสัยการกิน

2.1 ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการกิน ความจำกัดทางเศรษฐกิจรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่สามารถจัดหาอาหารตามที่ต้องการได้ โอกาสขาดสารอาหารจะนับได้มาก

2.2 ขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ไม่มีความเข้าใจคุณค่าอาหาร และความต้องการของร่างกาย ทำให้จัดเลือกอาหารไม่เหมาะสมในแง่คุณค่า

2.3 นิสัยการกิน ความชอบ ความคุ้นเคย และความเชื่อเกี่ยวกับอาหารในวัยที่ผ่านมา ทำให้ผู้สูงอายุเลือกอาหารรับประทานเฉพาะอย่างตามที่ตนพอใจมากกว่าความต้องการของร่างกาย ทำให้ขาดสารอาหารได้ง่าย

3. จิตใจ ความเหงา ความเบื่อหน่าย ความวิตกกังวล ฯลฯ เป็นสิ่งที่ทำให้ไม่อยากอาหาร ระบบย่อยแปรปรวน ทำให้ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ

### หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ปัญหาโภชนาการในวัยผู้สูงอายุดังกล่าวนั้น เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึง ดังนั้นการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุ จึงควรนึกถึงสภาพร่างกายและจิตใจด้วย มิใช่มีแต่คุณค่าทางโภชนาการ เท่านั้น การจัดอาหารควรสนองความต้องการทั้งด้านจิตใจและร่างกาย กล่าวคือ

1. ด้านจิตใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความอยากอาหารและกินได้ดีควรปฏิบัติดังนี้

1.1 เอาใจใส่ให้สม่ำเสมอ ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง และหมดความสำคัญ

ในครอบครัว

1.2 จัดอาหารตามความต้องการและความชอบของผู้สูงอายุ แต่ต้องคำนึงถึงคุณค่า

อาหาร

1.3 จัดอาหารให้มีสีสันน่ารับประทาน โดยใช้ธรรมชาติของอาหาร

1.4 อาหารควรมีรสชาติพอควร เพื่อให้เกิดความอยากอาหาร แต่ไม่ควรมีรสจัด

เกินไป

1.5 อาหารควรจัดให้รับประทานขณะที่ยังร้อนพอสมควร เพื่อช่วยให้อยากอาหาร

1.6 จัดอาหารให้รับประทานพร้อมสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว จะทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น รื่นรมย์ รับประทานอาหารได้ดีขึ้น และใช้เวลาในการรับประทานอาหารตามสบาย ไม่รีบเร่ง เพราะอาจสำลักและติดคอได้

2. ด้านร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสามารถนำอาหารที่กินเข้าไปใช้ได้เต็มที่ ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

2.1 ลดปริมาณอาหารประเภทแป้งและไขมันให้น้อยลง

2.2 อาหารที่จัดควรมีสลักษณะอ่อนนุ่มไม่แข็งไม่เหนียว เพื่อให้เคี้ยวง่าย

2.3 จัดอาหารที่มันน้อยด้วยเพื่อช่วยหล่อลื่น หลอดอาหารทำให้งืนสะดวกขึ้น

2.4 ทมหวานให้มีเป็นครั้งคราว และควรเป็นนมที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย เช่น กล้วยบวชชี เต้าส่วน ถั่วดำคั้นน้ำตาล ฯลฯ

2.5 มื้อเป็น ไม่ควรเป็นอาหารหนัก เพราะทำให้เกิดการสะสมของอาหารเป็นสาเหตุของความอ้วน

### อาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ

อาหารเสริมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ คงไม่มีความจำเป็นมากนัก สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งหมายถึง การรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ปูรงแต่งเหมาะสมตามวัย เมื่อมีภาวะโภชนาการที่ดีแล้ว มักจะไม่ค่อยเจ็บป่วยถึงป่วยก็ฟื้นตัวดี และเร็วกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ถูกต้อง จึงมีอายุยืนอย่างมีสุข จึงอาจกล่าวได้ว่า "แม้ชรา ถ้ากินดีก็มีสุข"

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นมาก ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยประมาณวันละ 6 - 8 แก้ว เพื่อช่วยการทำงานของไต ผิวหนัง ระบบการย่อยอาหารและช่วยให้สารอาหารต่าง ๆ กระจายไปยังเซลล์ที่ร่างกายได้

อากาศ ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง และไหลเวียนได้ดีตลอดเวลา ปราศจากมลภาวะต่าง ๆ ทางอากาศด้วย

### การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย

การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่จะต้องทำความเข้าใจ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และแก้ปัญหาได้ถูกต้อง

### การขับถ่ายปัสสาวะ

ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สาเหตุของการถ่ายปัสสาวะบ่อย คือ

1. ขนาดบรรจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจากตอนวัยหนุ่มสาวประมาณครึ่งหนึ่งคือปกติกระเพาะปัสสาวะบรรจุได้ถึง 300 ซีซี. แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะเหลือเพียง 250 ซีซี. กระเพาะปัสสาวะจึงเต็มเร็ว และทำให้รู้สึกอยากปัสสาวะเร็วกว่าปกติ
2. ความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ในการบีบขับปัสสาวะออกในวัยนี้ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมาก
3. การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะมีความไวขึ้นทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย
4. อัตราการกรองในเวลากลางคืน การนอนทำให้การไหลเวียนของโลหิตที่ไตมีมากขึ้น การกรองมีมาก ปัสสาวะเต็มเร็ว ทำให้ถ่ายบ่อย
5. ในผู้ชายอาจมีต่อมลูกหมากโต ทำให้การถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งออกไม่สะดวกและไม่หมด มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมาก ปัสสาวะจึงเต็มเร็ว

การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกติของวัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกาย ปัญหาจะอยู่ที่รบกวนการนอนเพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะช่วยให้ถ่ายน้อยลงและนอนหลับได้มากขึ้น

#### ความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะ

สาเหตุของความผิดปกติในการถ่ายปัสสาวะมี 5 ประการ คือ

1. กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแอ พบมากในผู้หญิงโดยเฉพาะหญิงที่ผ่านการมีบุตรหลายคน อาการสำคัญคือ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เวลาไอ จาม หรือหัวเราะจะมีปัสสาวะไหลออกมาด้วย
2. การอุดตันของปากทางออกของท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะ สาเหตุเนื่องจากท้องผูกจนเป็นพรรตีกต่อมลูกหมากโต (ในชาย) หรือบริเวณฐานสามเหลี่ยมของกระเพาะปัสสาวะอักเสบร่วมกับช่องคลอดอักเสบ (ในหญิง) ผู้เป็นจะยังคงถ่ายปัสสาวะได้ แต่จะต้องเบ่งมากตอนเริ่มถ่าย ลักษณะสายปัสสาวะเปลี่ยนไป และถ่ายสะดุด
3. โรคของกระเพาะปัสสาวะ เช่น มะเร็ง นิ่ว กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือทางเดินปัสสาวะอักเสบ เนื่องจากการติดเชื้อ

4. ความผิดปกติของกระแสประสาทในการควบคุมการขยับตัวของนิ้ว ทำให้ถูกกระตุ่น และรู้สึกอยากขยับนิ้วบ่อย ๆ

5. การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถบีบตัวได้ตามปกติ ทำให้การขับปัสสาวะออกไม่หมด และคงค้างอยู่มากต้องถ่ายบ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

การบำบัดรักษาความผิดปกติของการขยับตัวของนิ้วอาจเป็นได้ทั้งการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสมมุติฐานของโรค และแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

### การขยับตัวอูจจาระ

การขยับตัวอูจจาระเป็นปัญหาที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุให้ความสนใจ พยายามศึกษาแก้ปัญหาด้วยตนเอง ปัญหาที่พบมี 2 ประการ คือ

1. ท้องผูก
  2. อูจจาระแข็งเป็นพริก
1. ท้องผูก คือ การถ่ายอูจจาระที่ระยะเวลาการถ่ายแต่ละครั้งห่างขึ้นกว่าเคยเป็นปกตินิสัย

#### สาเหตุของท้องผูก

- 1) รับประทานอาหารที่มีกากปริมาณน้อยไป เพราะกากอาหารเหล่านี้ช่วยให้ อูจจาระจับตัวเป็นก้อน นุ่มและขึ้น สะดวกกับการเคลื่อนในลำไส้
- 2) ดื่มน้ำน้อย การดื่มน้ำช่วยให้ อูจจาระอ่อนตัวและถ่ายง่าย
- 3) การกินยาถ่ายหรือสวนฤทธิ์ของยาพวกนี้จะไปกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ให้ เป็นประจำ จะทำให้การบีบตัวตามธรรมชาติเสียไป ทำให้ อูจจาระมีการเคลื่อนตัวช้า มีการรวมตัวกันเป็นก้อนแข็ง จึงต้องพึ่งยาถ่ายจนเป็นนิสัย
- 4) ความเครียดทางจิตใจ ความวิตกกังวล
- 5) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคย เช่น ที่พักอาศัย ฯลฯ

- 6) กล้ามเนื้อที่ช่วยในการขยับตัว ได้แก่ กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ที่ย่อน  
สมรรถภาพ
- 7) การกินยาบางอย่าง เช่น ยาเคลือบกระเพาะ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท  
แก้ปวด เป็นต้น เป็นเหตุทำให้การขยับตัวตามปกติถูกขัดจังหวะ
- 8) นิสัยและความสนใจในการขยับตัวโดยส่วนตัว บางคนไม่สนใจการขยับตัว  
ของตนเองเลย ทำให้ลักษณะการขยับตัวไม่เป็นไปตามปกติแน่นอน
- 9) หลงลืมเพราะมีอายุมากขึ้นไป ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพการถ่ายถ่ายของ  
ตนเอง

2. พหุโรค เป็นอาการสืบเนื่องจากการท้องผูกเป็นเวลานาน ทำให้อุจจาระจับตัว  
เป็นก้อนแข็งกลืนกลืนยากขึ้นและ ซึ่งยากแก่การขยับตัวด้วยตนเอง วิธีการช่วยให้ถ่ายอุจจาระ  
นุ่มหรืออาจจะต้องควักก้อนอุจจาระออกมา การเกิดพหุโรคมักพบในผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม  
เป็นอัมพาตส่วนล่างของร่างกาย (ระดับเอวลงมา) ฯลฯ

#### การรักษาสภาพการขยับตัวให้เป็นปกติ

การดูแลสุขอนามัยเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ การขยับตัวก็เป็นสุขอนามัยอย่างหนึ่ง  
ที่จะต้องเอาใจใส่ดูแลเช่นกัน เพราะการขยับตัวของร่างกายเป็นกลไกธรรมชาติอย่างหนึ่งในการ  
คงสภาพของร่างกายให้เป็นปกติ สิ่งที่ต้องดูแลเพื่อเป็นการส่งเสริมการขยับตัวคือ

1. อาหาร รับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้นและเป็นประจำทุกวัน เช่น ผักและผลไม้  
ต่าง ๆ มีผักหลายชนิดของประเทศไทยที่ช่วยให้การขยับตัวมีลักษณะปกติ และถ่ายง่าย เช่น ยอด  
แค ขะอม กะโดน ตำลึง เป็นต้น ในกรณีที่พบอาการท้องผูกแต่ไม่มาก ควรเลือกผลไม้ที่มีคุณสมบัติ  
ช่วยขยับตัวรับประทานเสริมเป็นคราว ๆ เช่น มะละกอ แก้วมังกร ส้ม มะเขือเทศ เป็นต้น
2. น้ำ น้ำเป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกายที่ช่วยในการขยับตัวของเสีย การดื่มน้ำ  
ที่มากพอในแต่ละวันจะคงสภาพการทำงานในด้านการขยับตัวให้เป็นปกติ
3. สัมผัส ผู้สูงอายุควรได้รับความสะดวกสบาย และปลอดภัยในการเข้าส้วมแต่ละครั้ง  
ส้วมใดจะช่วยผู้สูงอายุได้มากในแง่การลุกและนั่ง เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีปัญหาของข้อเข่า

ทำให้การนั่งยอง ๆ เป็นปัญหามาก เนื่องจากลูกนั่งลำบาก อีกประการหนึ่งในห้องส้วมควรมีราวสำหรับยึดเกาะ เพื่อการพยุงเวลาลุกขึ้น หรือนั่งไว้ด้วยเพื่อความปลอดภัย เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยการขับถ่ายก็จะดีขึ้น

4. การฝึกหัดการออกกำลังกาย เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพของอวัยวะที่ช่วยในการขับถ่ายให้แข็งแรง โดยเฉพาะคนอ้วนอวัยวะที่เกี่ยวข้องก็คือ กล้ามเนื้อหน้าท้องและพื้นเชิงกราน สิ่งที่ต้องฝึกเป็นประจำคือ การฝึกกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อให้การดึงตัวและหดตัวได้ดีด้วยการฝึกเกร็งหน้าท้อง ถ้ากล้ามเนื้อส่วนนี้แข็งแรงจะช่วยให้การแบ่งถ่ายได้มาก จากนั้นให้ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อตะโพก และขมิบบริเวณฝีเย็บเพื่อสร้างความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้มีกำลังในการถ่าย ส่วนปัญหาการถ่ายปัสสาวะไม่ค่อยหมดอาจแก้ไขได้โดยขณะที่ถ่ายเกือบสุดให้ใช้มือกดที่ท้องน้อยเพื่อช่วยให้มีแรงดันขับปัสสาวะออกมาได้อีก การปฏิบัติเช่นนี้ควรทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น

#### การดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการพักผ่อน

การเริ่มต้นที่ดีนั้น ควรเริ่มด้วยการคัดภารกิจหรือการฟุ้งซ่าน ราวความใจออกจากจิตใจของท่านเสียก่อน เพราะการบริหารร่างกายขณะที่มีจิตฟุ้งซ่านอยู่นั้น จะทำให้การบริหารร่างกายไม่สมบูรณ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น ทำด้วยความหลงลืม ทำด้วยความไม่มั่นใจ ในท่าของการบริหารร่างกายนั้น ๆ ทำด้วยการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ไม่เป็นระเบียบ เหนื่อยง่าย ในที่สุดก็อาจเบื่อหน่ายและเลิกทำไปในที่สุด เพราะขาดการควบคุมสติ

ดังนั้น จึงควรเริ่มต้นด้วยการทำจิตใจให้เป็นสมาธิเสียก่อน โดยให้ท่านนั่งหรือนอนในท่าไหนก็ได้ที่สบายที่สุด แล้วฝึกสมาธิ ซึ่งวิธีการง่าย ๆ ที่คนไทยนิยมคือ เอาความนึกคิดมาไว้ตรงปลายจมูก เมื่อลมหายใจผ่านเข้าก็ให้รู้ เมื่อลมหายใจผ่านออกก็ให้รู้ตลอด กำหนดด้วยสติด้วยว่า จะต้องหายใจออกยาว หายใจเข้าก็ต้องยาวเช่นเดียวกัน ไม่ต้องรีบร้อน ไม่ต้องมาเกร็ง

ถ้าท่านสามารถควบคุมสติติดตามความรู้สึกสัมผัสบริเวณจมูกนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ฟุ้งซ่าน ก็นับว่าท่านมีกำลังสมาธิดี เมื่อท่านพอใจว่าจิตท่านไม่ฟุ้งซ่านดีพอสมควรแล้ว ก็กำหนดตั้งสติว่า ต่อจากนี้ไปท่านจะทำกายบริหาร โดยจะนึกคิดถึงแต่เรื่องการบริหารร่างกายเท่านั้น นึกถึงแต่ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อ และการ

ทรงตัว ถ้าท่านทำได้จะทำให้ท่านประสบความสำเร็จในการบริหารกายและบริหารจิตไปพร้อม ๆ กัน

### คำแนะนำ

ถ้าท่านมีอาการเตือนที่ผิดปกติอาการหนึ่งอาการใดดังต่อไปนี้ ขอให้ท่านหยุดการบริหารแล้วปรึกษาแพทย์

1. หัวใจเต้นผิดปกติ
  - ชีพจรไม่สม่ำเสมอ (หัวใจเต้นเร็ว หรือไม่สม่ำเสมอ)
  - หัวใจเต้นแรง
  - หัวใจเต้นช้าลงทันที
2. เจ็บที่บริเวณหัวใจ หรือร้าวไปที่หัวไหล่ซ้าย หรือปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่
3. หายใจไม่เต็มอิ่ม หรือหายใจไม่เท่ากัน รู้สึกเหนื่อย
4. ง่วงเหงาหาวนอน วิงเวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้
5. เหงื่อออกมาก ตัวเย็น
6. รู้สึกหวั่นไหวอย่างทันที โดยหาสาเหตุไม่ได้
7. มีอาการอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต บริเวณหน้า แขน ขา อย่างกะทันหัน
8. มีอาการพูดไม่ชัด หรือพูดตะกุกตะกัก
9. มีอาการตามัว
10. หัวใจเต้นเร็วแม้จะหยุดพักประมาณ 10 วินาทีแล้วก็ตาม

### ข้อพึงปฏิบัติในการออกกำลังกาย

- บริหารร่างกายอย่างช้า ๆ อย่าหักโหม
- เริ่มต้นอย่างช้า ๆ และให้หยุดทันทันที ถ้าท่านรู้สึกมีอาการเจ็บปวดหรือผิดปกติ
- ให้กำลังใจกับตัวท่านเอง โดยการเพิ่มท่าบริหารร่างกายทีละน้อย

- หยุดพักเป็นช่วงสั้น ๆ เพื่อไม่ให้เกิดอาการวิงเวียนหรือหยุดพักในขณะที่เปลี่ยนท่าหยุดพักเมื่อต้องการ
- หลังจากที่ท่านได้บริหารร่างกายอย่างสดชื่นและเต็มที่ ไม่ควรหยุดแบบทันที ควรจะทำการบริหารต่ออย่างช้า ๆ (Cool-Down) เป็นเวลา 5 - 10 นาทีแล้วค่อยหยุด
- ทำการบริหารร่างกายจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน อย่าหักโหมหรือทำอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะท่าที่ต้องออกกำลังรุนแรงต้านทาน จะเกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ รวมทั้งมีผลต่อการทำงานของหัวใจ การอุ่นเครื่องที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการบาดเจ็บได้

#### ข้อควรจำ

- เริ่มต้นอย่างช้า ๆ
  - ค่อย ๆ เพิ่มท่าบริหารร่างกาย
  - บริหารร่างกายจนถึงจุดที่ท่านรู้สึกว่าได้ออกกำลังกายอย่างหนักเต็มความสามารถ
- หลังจากนั้นค่อย ๆ ชะลอลง

#### ข้อห้าม

- ห้ามบริหารร่างกายจนรู้สึกเจ็บปวด
- ห้ามบริหาร ถ้าท่านมีอาการเตือนอย่างใดอย่างหนึ่ง

ความถี่ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ระยะเวลา อย่างน้อย 20 นาที

ขนาด เมื่อหัวใจเต้น 15 - 20 ครั้ง/ 10 วินาที (หรือ 90 - 120 ครั้ง/นาที)

ท่าบริหารร่างกายในหนังสือเล่มนี้ จะช่วยให้คุณได้บริหารและได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ ท่าการบริหารอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที ถึงแม้ว่าท่านจะขยับได้เพียงบางส่วนของร่างกาย เช่น แขน หรือขา ก็สามารถบริหารหัวใจของท่านได้อย่างเพียงพอ

ผลของการบริหารกายในวัยผู้สูงอายุ ทำให้เกิดประโยชน์และการเปลี่ยนทางร่างกาย ดังนี้

1. ช่วยให้อำนาจกล้ามเนื้อลดลง เพราะเมื่อมีอายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดจะแข็งตัวขึ้น และรูของหลอดเลือดก็จะตีบเล็กลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดก็ลดลง จึงทำให้แรงดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น การบริหารกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การสูบฉีดเลือดทั่วร่างกายมีประสิทธิภาพดีขึ้น แรงดันเลือดจึงลดลงได้และหัวใจไม่ต้องทำงานหนัก

2. ช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ทั้งนี้เพราะเมื่อหัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บีบตัวแต่ละครั้ง สามารถส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้มาก จึงมีผลทำให้การบีบตัวของหัวใจลดจำนวนน้อยครั้งลง ซึ่งเป็นผลดีต่อหัวใจในระยะยาว

3. ปอดจะทำงานได้ดีขึ้น เพราะวัยสูงอายุการทำงานของปอดจะค่อย ๆ เสื่อมสมรรถภาพลง การออกกำลังกายด้วยการบริหารกายช่วยให้ปอดเสื่อมช้าลง ถึงแม้ในคนบางคนอาจมีปัญหาเกี่ยวกับปอด ถ้าได้ออกกำลังกายก็จะช่วยให้ปอดแข็งแรงและฟอกโลหิตได้ดีขึ้น การนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายได้มากขึ้นจะทำให้เหนื่อยช้า สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้นาน

4. ช่วยให้อัตราต่าง ๆ แข็งแรง การออกกำลังกายด้วยการบริหารกายจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ต้องอยู่เฉย ๆ เพราะการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบริเวณข้อเข่า ข้อสะโพกหรือข้อเท้า บริเวณเหล่านี้มีการยืดหยุ่นดี ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวดเวลาเดิน ถึงอย่างไรบริเวณเหล่านี้จะต้องได้รับการฝึกฝนท่าที่ถูกต้องและฝึกแต่พอดี เพราะถ้าฝึกไม่ถูกต้อง หรือฝึกมากเกินไป ก็อาจจะเกิดอาการเจ็บบริเวณนั้นขึ้นได้

5. กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น การบริหารกายช่วยให้กล้ามเนื้อและข้อต่อของผู้สูงอายุทำงานอย่างมีความสัมพันธ์กัน เพราะกล้ามเนื้อที่แข็งแรงจะทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดีด้วย

6. กระดูกจะแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะขาดฮอร์โมนเพศหญิง วัยนี้จะทำให้กระดูกทั่วตัวบางลง ถ้าได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยชะลอการเสื่อมหรือการบางลงของกระดูกได้

7. ช่วยป้องกันและแก้ไขอาการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในคนสูงอายุ เช่น ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ปวดขัดตามข้อ ท้องผูก ถ้าเราใช้กิจกรรมการบริหารกายก็จะช่วยให้ร่างกายสดชื่น แจ่มใส ช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนและระบบประสาทด้วย

8. ช่วยชะลอความแก่ได้ สามารถทำงานได้นาน ร่างกายกระฉับกระเฉงขึ้น

การปฏิบัติกายของผู้สูงอายุก่อนออกกำลังกายด้วยการบริหารกาย จะต้องทำด้วยความระมัดระวัง เริ่มอย่างมีขั้นตอน โดยให้แพทย์ได้ตรวจร่างกายก่อน และถ้าหากมีโรคประจำตัวอยู่ ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ เลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่ารีบร้อนฝึก ต้องมีการอบอุ่นร่างกาย และต้องมีระยะผ่อนให้เบาลง (Cool Down) อย่างถูกต้อง ข้อสำคัญต้องคอยสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกายหรือหลังการออกกำลังกาย เพราะวัยนี้ต้องระวังในเรื่องของอุบัติเหตุด้วย

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนร่างกายที่ดีที่สุด สำหรับทุกเพศและทุกวัย ช่วงเวลาและระยะเวลาจะมีการเปลี่ยนไปตามอายุ เมื่อยังเป็นเด็กจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน แต่เมื่อโตขึ้นเวลานอนจะลดลงตามลำดับ และเมื่อเข้าวัยสูงอายุความต้องการที่จะนอนยิ่งน้อยลง จำนวนชั่วโมงการนอนไม่สามารถบอกได้ว่าการหลับนั้นเพียงพอหรือไม่

### แบบแผนการนอนของผู้สูงอายุ

แบบแผนการนอนของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ กล่าวคือ

1. ระยะชั่วโมงในการนอนจะสั้นลง
2. ตื่นง่าย หลับยาก
3. มีการงีบตอนกลางวัน การงีบคือการหลับในช่วงสั้น ๆ แต่อาจหลับไม่สนิท ความต้องการงีบจะมีเพิ่มมากขึ้น ตามอายุ ซึ่งมีประโยชน์มากแก่ร่างกาย เพราะร่างกายได้คลายความเครียดและพักผ่อน

ตามความจริงแล้วผู้สูงอายุไม่ต้องการนอนมากนัก เพราะใช้กำลังน้อย อีกทั้งภาระกิจหน้าที่และความรับผิดชอบต่องานครอบครัว สังคมลดลง ความต้องการชั่วโมงการนอนจึงลดลง

ปกติแล้วคนในวัยสูงอายุที่มีอายุ 50 - 90 ปี จะต้องการนอนเพียงวันละ 6 - 7 ชั่วโมง ก็เพียงพอ เป็นการหลับจริงตามวงจร ถึงแม้ว่าจะใช้เวลาในการนอนสั้น

**การหลับจริงตามวงจร ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึก ดังนี้**

1. นอนหลับรวดเดียวตลอด ไม่มีการตื่นกลางดึก
2. รู้สึกกระปรี้กระเปร่า
3. สดชื่นและพร้อมที่จะทำงานในแต่ละวัน
4. มีจิตใจและอารมณ์แจ่มใส

**การหลับที่ไม่จริงตามวงจร ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกดังนี้**

1. รู้สึกไม่สบายขณะหลับ
2. มีการตื่นกลางดึก แล้วนอนไม่หลับ
3. หลังตื่นนอนจะไม่รู้สึกกระปรี้กระเปร่า ไม่สดชื่น จะง่วงนอนตลอดวัน

**สาเหตุของปัญหาของผู้สูงอายุในการนอน**

ปัญหาในการนอนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแบ่งได้ 2 สาเหตุ คือ

1. ทางด้านร่างกาย

1.1 มีการเจ็บป่วยทางร่างกายที่ขัดกับการนอนหลับ พบได้มากในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจวาย เพราะการนอนทำให้หายใจไม่สะดวก ไม่สบาย นอนลำบาก

1.2 เมื่อเข้าวัยสูงอายุ มีการออกกำลังกายน้อยลง เพราะวัยนี้จะไม่เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย

1.3 มีการนอนในตอนกลางวันมากเกินไป เพราะสภาพต่าง ๆ ดังที่กล่าวแล้ว เชื่อว่าอายุให้มีการนอนในตอนกลางวันมากขึ้น

2. ทางด้านจิตใจ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ผันรำย หรืออารมณ์ไม่ดีก่อนนอน ซึ่งลักษณะการนอนไม่หลับ อาจเป็นแบบชั่วคราวหรือแบบเรื้อรัง แล้วแต่ปัญหาทางจิตใจนั้นมีมากน้อยเพียงใด

## วิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้ต้องการเวลานอนมากก็ตาม แต่การนอนหลับที่แท้จริง ยังเป็นความจำเป็นของร่างกาย การส่งเสริมที่จะช่วยให้หลับสบายและหลับได้ดี สำหรับผู้สูงอายุมีหลายวิธี อาจเลือกปฏิบัติอย่างหนึ่งหรือหลาย ๆ อย่างประกอบกันตามความเหมาะสมได้ คือ

1. ล้างแวล้อมควรสงบเงียบและสบาย
2. เตียง เป็นเตียงไม้ ความสูงของเตียงไม้เตี้ยหรือสูงเกินไป เมื่อนั่งขอบเตียงแล้ววางเท้าบนพื้นได้เต็มเท้าพอดี
3. ที่นอน ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป เพราะจะทำให้หงัดหงาย และเอวแอ่นมาก ที่นอนที่ดีต้องนุ่มแต่แน่น เวลานอนไม่ยุบ
4. หมอน เป็นหมอนหนุนแล้วรู้สึกสบายไม่แข็งหรือนุ่มจนเกินไป การหนุนหมอนที่ถูกลักษณะควรหนุนเพื่อรองรับกระดูกคอไว้
5. อาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน
6. ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน เช่น นมสด หรือน้ำผลไม้ ควรดื่มน้ำเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน เช่น โคล่า หรือกาแฟ จะทำให้หลับยาก
7. ไม่ควรกินยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็น เพราะฤทธิ์ของยาจะไปขัดระยะของการหลับ ทำให้หลับได้ไม่เต็มที่ ควรใช้เมื่อจำเป็นและอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์
8. กินอาหารที่ให้แคลอรีเพียงพอกับร่างกาย จะช่วยให้หลับได้นาน อาหารโปรตีน เช่น นม เนื้อสัตว์ มีส่วนช่วยให้หลับสบายเพราะมี L-tryptophan ที่เข้าสู่กระแสโลหิตไปกระตุ้นให้เมลาโตนินที่มีส่วนช่วยให้หลับสบาย เพราะเป็นสารที่ช่วยในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการนอนหลับ และการตื่นให้ทำงานต่อเนื่องกัน
9. ทำนอน ทำนอนที่เหมาะสมก็เป็นสิ่งจำเป็น ควรเลือกทำนอนที่ทำให้ง่วงนอน คลายได้เต็มที่ ทำนอนที่เหมาะสมมีดังนี้คือ
  - 9.1 ทำนอนหงายและเข้าเหยียดตรงราบกับพื้น ใช้หมอนหนุนใต้เข่า ให้อยู่ในท่างอเข้าเล็กน้อย

9.2 ทำนอนตะแคง ความนอนในท่าอสะโพกและงอเข้าด้วยเสมอ มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่า เพื่อไม่ให้เข่าตกลงกับพื้น หมอนหนุนศีรษะต้องสูงพอเหมาะกับระดับของไหล่ เพื่อมิให้เกิดการตกหมอน

9.3 ไม่ควรรอนคว่ำ เพราะนอกจากจะทำให้หายใจไม่สะดวกแล้ว ศีรษะยังต้องหันไปด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดต้นคอได้

10. ผูกการออกกำลังกายที่ผ่อนคลายความเครียด และส่งเสริมการนอนหลับ

11. ทำให้จิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์ หรือทำสมาธิ จิตใจที่สงบ ปราศจากความกังวล จะทำให้หลับสบายไม่ฝันร้าย และนอนได้เต็มที่ แต่ถ้ามีอาการเครียดให้ลองปฏิบัติดังนี้

อารมณ์เครียด : ลองกดจุดช่วยให้หลับที่ตรงรอยบุ๋มพอดี บริเวณข้อพับมือ โดยใช้หัวแม่มือกดให้ตัวเอง คลึงเบา ๆ ใจจดจ่อที่สุด หายใจลึก ๆ เข้าออกช้า ๆ นับได้ 10 ครั้ง แล้วจึงเปลี่ยนข้างสลับกันจะค่อย ๆ หลับไปเอง

การแก้ไขปัญหานอน คือ การหลีกเลี่ยงการนอนในท่าที่ทำให้หลังแอ่นมาก ซึ่งเป็นเหตุให้ปวดหลัง ได้แก่

1. ทำนอนหงายและเข่าเหยียดตรงราบกับพื้น ให้ใช้หมอนหนุนใต้เข่า ให้อยู่ในท่าอเข่าเล็กน้อย

2. ทำนอนตะแคง ความนอนในท่าอสะโพกและงอเข่าด้วยเสมอ มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่า เพื่อไม่ให้เข่าตกลงกับพื้น หมอนหนุนศีรษะต้องสูงพอเหมาะกับระดับความสูงของไหล่ เพื่อมิให้เกิดการตกหมอน

3. ไม่ควรรอนคว่ำ เพราะนอกจากจะทำให้หายใจไม่สะดวกแล้ว ศีรษะยังต้องหันไปด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดต้นคอได้

**การดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต**

การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยที่อาจประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายเสื่อมโทรม และเมื่อได้รับอุบัติเหตุแล้วจะเกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายได้

อย่างมาก อุบัติเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การหกล้ม การได้รับบาดเจ็บจากยานพาหนะ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการเจ็บยาผิด หรือใช้ยาผิด

อุบัติเหตุ เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าโรคอื่น ๆ ทั้งนี้ เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกาย แนวโน้มการทักน้ำที่ทางสรีระลดลง การทำงานของระบบประสาทไม่สมบูรณ์ เหมือนอย่างวัยหนุ่มสาว โอกาสได้รับอันตรายจากการหกล้มและอุบัติเหตุอื่น ๆ จึงเกิดขึ้นได้ง่าย

### สาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ

#### 1. ความเสื่อมสภาพของร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1 การรับรู้ การรับรู้ทางประสาทสัมผัสช้า ตาฝ้าและฝ้าฟาง ทำให้มองระยะทางลึ่งเกิดขวางไม่ชัดเจน หรือเห็นแต่การส่งงานของสมองกลับไม่คล่องตัว ทำให้หลบเลี่ยงสิ่งกีดขวางได้น้อย เกิดการหกล้มเป็นอันตราย

1.2 การควบคุมกล้ามเนื้อ และการทำงานของระบบประสาทไม่สัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการหกล้ม ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำให้เกิดอันตรายสูง

1.3 การทรงตัวไม่มั่นคง เมื่อตนอายุมากขึ้น ทำให้มีอาการสั่น การลุกยืน เดิน นั่งไม่มั่นคง ทำให้หกล้มได้ง่าย

1.4 ระบบการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ขณะเปลี่ยนอิริยาบถทันที เลือดอาจจะไปเลี้ยงสมองได้ช้า ทำให้เกิดเป็นลมหกล้มได้

#### 2. สภาพภายในบ้าน

2.1 พื้นบ้าน เป็นมันลื่นมากเกินไป หกล้มได้ง่าย

2.2 เครื่องตกแต่งภายในบ้านมีมาก วางไม่เป็นระเบียบ กีดขวางทางเดินทำให้สะดุดหกล้มได้

2.3 แสงสว่างไม่พอ ห้องมืดทึบ มองไม่เห็นสิ่งกีดขวาง ทำให้เดินสะดุดหกล้มได้

2.4 เติงนอนสูงมาก การขึ้น - ลงลำบาก อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้

2.5 ห้องน้ำ พื้นเรียบ เป็นมันขัดเงา ทำให้ลื่นหกล้มเกิดอันตรายได้

2.6 ขาดการแยกเก็บและระบายและสารพิษอย่างชัดเจน

### 3. สภาพภายนอกบ้าน

3.1 ทางเดินเป็นหลุมเป็นบ่อ แสงสว่างไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้สูงอายุเดินตกหลุมบ่อได้

3.2 อุบัติเหตุจากการจราจร

### ประเภทของอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุสามารถแบ่งได้เป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1. อุบัติเหตุภายในบ้าน อุบัติเหตุในบ้านสามารถแยกออกเป็นหลายลักษณะ เช่น การหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าช็อต แก๊สรั่ว-แก๊สระเบิด ยา-เวชภัณฑ์ ภัยจากสัตว์ต่าง ๆ ภายในบ้าน เป็นต้น

2. อุบัติเหตุนอกบ้าน อุบัติเหตุนอกบ้านสามารถแยกออกเป็นหลายลักษณะ เช่น การเดิน การสัญจรทางบก การขับรถ เป็นต้น

### การป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

อุบัติเหตุในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล การป้องกันอุบัติเหตุในที่นี้จะขอแยกตามประเภทของอุบัติเหตุ

#### 1. อุบัติเหตุภายในบ้าน

การตรวจสอบบ้านให้ทั่วถึง สิ่งที่จะนำมาซึ่งอุบัติเหตุได้ ถ้าพบก็จัดการปรับปรุงหรือย้ายออกไปแล้ว หรือบางทีก็ต้องปรับปรุงนิสัยของท่านใหม่ เพื่อหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุในบ้านสามารถแยกออกเป็นหลายลักษณะ การป้องกันอุบัติเหตุแต่ละลักษณะก็จะแตกต่างกันไป ดังนี้

1.1 การทดสอบหกล้ม ในการป้องกันการหกล้มซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ มีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

1.1.1 รองเท้า ต้องพอดี มียางกันลื่นที่พื้นรองเท้าและ หากมีไม่เพียงพอ อาจเป็นเหตุให้หกล้มได้

1.1.2 เฟอร์นิเจอร์ในบ้าน ที่กีดขวางทางเดิน หรือเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่มั่นคง เวลาจับเพื่อพยุงตัวจะทำให้หกล้มได้

1.1.3 สายไฟจากปลั๊กไฟหรือสวิตช์ไฟต่าง ๆ อย่าวางบนพื้น เพราะอาจจะสะดุดหกล้มได้

1.1.4 ไม่ควรมีธรณีประตู ถ้าจำเป็นต้องมีก็ควรทาสีให้เห็นชัดเจน

1.1.5 แสงไฟในที่ต่าง ๆ ต้องสว่างพอ โดยเฉพาะทางเดินและบันได สวิตช์ไฟต้องอยู่ใกล้ ๆ ควรมีสวิตช์ไฟที่ส่วนบนสุดและล่างสุดของบันได และสวิตช์ที่ข้างประตูห้องทุกห้อง ควรมีสวิตช์บริเวณหัวเตียง

1.1.6 เตียงนอน ควรตั้งอยู่ในที่ที่ไปได้โดยสะดวกในความมืด

1.1.7 พื้นห้อง ไม่ว่าจะเป็นห้องนอน ห้องครัว ห้องรับแขก ให้หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่ลื่น

1.1.8 ต้องแน่ใจว่าเสื้อหรือพรมเช็ดเท้าไม่ลื่น และขอบไม่สูงเกินไป เพราะจะทำให้สะดุดได้

1.1.9 อย่าลืมว่าการใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นทำให้ลื่นได้

1.1.10 ห้องน้ำ เป็นที่ผู้สูงอายุลื่นหกล้มกันมาก ต้องวางพรมหรือวัสดุกันลื่นในอ่างน้ำหรือบนพื้นที่อาบน้ำ มีราวจับข้างอ่างน้ำหรือข้างห้องน้ำ สบู่ ถ้าเป็นไปได้ควรผูกติดกับเชือก เพื่อป้องกันสบู่หลุดจากมือ และต้องก้มลงเก็บทำให้มีโอกาสลื่นล้มได้

1.1.11 หึง ไม่ควรสูงเกินไปจนเอื้อมไม่ถึง อย่าเก็บของหนักบนหึงสูง

1.1.12 ถ้าต้องปีนบนเฟอร์นิเจอร์หรือหิ้ง เพื่อจัดผ้า màn หรือเปลี่ยนดวงไฟ ต้องแน่ใจว่าวัสดุที่ทานเหยียบมั่นคงพอ

1.2 ไฟไหม้ - น้ำร้อนลวก ในการป้องกันไฟไหม้ - น้ำร้อนลวก มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

1.2.1 อย่ายืนใกล้ไฟจนเกินไป

1.2.2 อย่าสูบบุหรี่บนที่นอนหรือบนเก้าอี้นอน เพราะถ่านนอนหลับจะเกิด

อันตรายได้

1.2.3 ก่อนใช้น้ำร้อนตรวจดูความร้อนของน้ำด้วยนิ้วมือก่อนเสมอ

1.2.4 การใช้กระเป๋าน้ำร้อน จะต้องทดสอบน้ำดูก่อนทุกครั้ง ปิดฝาให้สนิท  
ใช้ผ้ารองกระเป๋าน้ำร้อน ก่อนวางทุกครั้ง

1.3 ไฟฟ้าช็อต ในการป้องกันไฟฟ้าช็อต มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

1.3.1 ตรวจเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชิ้น สายไฟ ปลั๊ก หม้อแปลง ให้เปลี่ยน  
เสียถ้าอยู่ในสภาพไม่ดี

1.3.2 อย่าสัมผัสสายไฟหรือเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือที่เปียก

1.3.3 อย่านำเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ยกเคลื่อนที่ได้ไว้ในห้องน้ำ

1.3.4 ต้องถอดปลั๊กกาต้มน้ำออกทุกครั้ง ก่อนเติมน้ำหรือรินน้ำ

1.3.5 ถ้าใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าใหม่ ๆ ให้อ่านคู่มือคำแนะนำให้ละเอียดและปฏิบัติตาม  
คำแนะนำนั้น

1.3.6 ก่อนเข้านอนต้องถอดปลั๊กของเครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีได้ใช้งานออก

1.3.7 ถ้าบ้านค่อนข้างเก่าให้ตรวจสอบสายไฟ ถ้าพบว่าชำรุดให้ซ่อมแซม  
หรือเปลี่ยนให้เรียบร้อย ในการต่อพ่วงให้ใช้แต่พ่วงขนาดที่ระบุไว้ในคำแนะนำ อย่าใช้ลวดทองแดง  
ในสายไฟธรรมดาแทน ถ้าพ่วงต้องเปลี่ยนบ่อย ๆ ให้ตรวจสอบหาสาเหตุ

1.4 แก๊สรั่ว - แก๊สระเบิด ในการป้องกันแก๊สรั่ว - แก๊สระเบิด มีข้อเสนอแนะ  
ดังนี้คือ

1.4.1 ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้แก๊สอย่างสม่ำเสมอ และตรวจหาการรั่ว  
ไหล เพื่อป้องกันพิษและการระเบิด

1.4.2 ให้แน่ใจว่าถังแก๊สที่ใช้ทำอาหารได้วางไว้ในที่ ๆ ไม่สามารถติด  
ไฟได้

1.5 ยา - เวชภัณฑ์ ในการป้องกันการใช้อา - เวชภัณฑ์ให้ปลอดภัย มีข้อ  
เสนอแนะดังนี้คือ

1.5.1 เก็บยาและเวชภัณฑ์ไว้ในตู้เฉพาะของมัน

1.5.2 แน่ใจว่ายาทุกชนิดได้บอกสรรพคุณ ขนาดและวิธีใช้ไว้เรียบร้อย

1.5.3 ยาที่ไม่รู้จักชื่อสรรพคุณ และฉลากหายไป ต้องทิ้งไปทั้งหมด

1.6 ภัยจากสัตว์ต่าง ๆ ภายในบ้าน ในการป้องกันภัยจากสัตว์ต่าง ๆ ภายในบ้าน มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

1.6.1 จัดสภาพบ้านเรือนตลอดจนบริเวณบ้านให้สะอาด ไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของพวกงู ตะขาบ แมลงปอง และแมลงอื่น ๆ

1.6.2 ดูแลสัตว์เลี้ยงโดยใกล้ชิด เพื่อมิให้เป็นภัยแก่ตนเองและผู้อื่น เช่น มีการจำกัดบริเวณ มีคอกหรือกรงขังเอาไว้

1.6.3 กรงหรือคอกของสัตว์เลี้ยง ไม่ควรอยู่ในบ้านหรือใต้ถุนบ้าน เพราะจะทำให้เกิดอันตรายได้ง่าย

1.6.4 ควรให้ความต้านทานโรคแก่สัตว์เลี้ยง เช่น ฉีดวัคซีน ในการฉีดวัคซีนสัตว์เลี้ยงเจ็บป่วย ควรพาไปหาสัตวแพทย์

1.6.5 ควรสวมรองเท้า หรือสิ่งป้องกันภัยจากสัตว์ต่าง ๆ ในเวลาดำเนิน

1.6.6 การรู้จักปฐมพยาบาลที่ถูกต้องก็จะช่วยให้อันตรายจากสัตว์ลดน้อยลงได้

## 2. อุบัติเหตุนอกบ้าน

อุบัติเหตุนอกบ้านสามารถแยกออกเป็นหลายลักษณะ การป้องกันอุบัติเหตุแต่ละลักษณะที่จะแตกต่างกันไป ดังนี้

2.1 การเดิน ในการป้องกันอุบัติเหตุการเดิน มีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

2.1.1 รองเท้าที่ใส่ควรเป็นรองเท้าหุ้มส้น และอย่าให้ลื่นหลวม

2.1.2 ระวางถนนลื่น โดยเฉพาะหน้าฝน

2.1.3 ถ้าท่านใช้ไม้เท้า ให้แน่ใจว่าไม้เท้ามีความยาวพอเหมาะ และมียางกันลื่นที่ปลายไม้เท้า การหาขนาดความยาวพอดีของไม้เท้าคือ ให้มือของท่านห้อยลงท่าสบาย ทั้งสองข้าง งอข้อศอกเล็กน้อย ถ้าไม้เท้ามีความยาวพอเหมาะฝ่ามือของท่านจะวางอยู่บนหัวไม้เท้าพอดี

2.1.4 ระวางการเดินทางขณะข้าม ถ้าข้ามที่สามารถมองเห็นอุปสรรคได้ จะสะดวกกว่า

2.1.5 ถ้าจะข้ามถนนให้แน่ใจว่าท่านมีเวลาพอในการข้าม โดยคำนึงถึงความเร็วในการเดินของท่าน ถ้าไม่แน่ใจขอร้องให้ผู้อื่นช่วยพาท่านข้ามถนน

2.1.6 ถ้าท่านเดินถนนในเวลากลางคืนควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีขาว เพื่อที่คนขับรถจะมองเห็นท่านได้ง่าย ถ้าไปในที่มืดควรมีไฟฉาย

2.1.7 ถ้าท่านเดินทางคนเดียว ควรพกนกหวีดในกระเป๋า และเป่าเมื่อมีอุบัติเหตุหรือเหตุร้ายอื่น ๆ จะได้ให้ผู้ช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

2.2 การสัญจรทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ในการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในการสัญจรทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ มีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

#### 2.2.1 การสัญจรทางบก

1) ต้องตื่นตัวอยู่เสมออย่าเผลอสลบหลับ และระมัดระวังเมื่อรถหยุดหรือลดความเร็วลงอย่างรวดเร็ว หรือเลี้ยวโดยกะทันหัน

2) ให้ระวางถนนเส้นและรถกระซาง ถ้าไม่แน่ใจในการทรงตัวขณะขึ้นหรือลงรถ ให้ขอความช่วยเหลือจากคนอื่น "อย่าทรงเกินไปที่จะไม่ขอความช่วยเหลือจากคนอื่น"

3) ให้คนเดินเท้าเดินบนทางเท้า หรือไหล่ทาง ถ้าทางนั้นไม่มีทางเท้าอยู่ข้างทางเดินรถให้เดินริมทางด้านขวาของตน

4) ห้ามไม่ให้คนเดินเท้าข้ามทางนอกทางข้าม ภายในระยะไม่เกิน 100 เมตร นับจากทางข้าม

5) การข้ามถนนที่มีไฟสัญญาณจราจรควบคุมทางเดินเท้าให้ปฏิบัติตามไฟสัญญาณจราจรที่ปรากฏต่อหน้า คือ

(1) เมื่อมีสัญญาณจราจรไฟสีแดง ห้ามมิให้คนเดินเท้าข้ามทาง ให้คนเดินเท้าหยุดรออยู่บนทางเท้า

(2) เมื่อมีสัญญาณจราจรไฟสีเขียว ให้คนเดินเท้าข้ามทางได้

(3) เมื่อมีสัญญาณจราจรไฟสีเขียวกะพริบ ให้คนเดินเท้าที่ยังไม่ได้ข้ามทางหยุดบนทางเท้า แต่ถ้ากำลังเดินข้ามทางให้รีบข้ามทางโดยเร็ว

6) การเดินข้ามทางที่มีเจ้าพนักงานจราจรแสดงสัญญาณด้วยมือและแขน หรือเสียงสัญญาณนกหวีดให้คนเดินข้ามทางปฏิบัติตามสัญญาณนั้นด้วย

7) ไม่ควรซื้อ ขาย จ่าย แจก หรือเรียกรับเงินทางเดินรถ

#### 2.2.2 การสัญจรทางน้ำ

1) ไม่แย่งหรือเบียดกันลงเรือ

2) ไม่กระโดดลงเรือ ควรหาที่จับยึดให้แน่นเสียก่อนที่จะก้าวลงเรือ

3) หากที่นั่งให้เรียบร้อย ไม่เดินมาก หรือเปลี่ยนที่นั่งโดยไม่จำเป็น

4) ไม่นั่งบนกราบเรือ หรือชะโงกออกทางกราบเรือ ไม่โยก หรือ

ไม่โคลงเรือ

5) ไม่ควรยื่นส่วนหนึ่งส่วนใดออกนอกเรือ เมื่อเรือแล่นไปตามที่แคบ โดยเฉพาะตอนที่เรือหลายลำเรียงขนานกันอยู่ อย่าได้ใช้มือจับกราบเรือไว้ เรือเบียดกันจะหนีบมือหรือนิ้ว

6) ควรสวมรองเท้าที่ไม่ส้น หรือลื่นง่าย

7) ไม่คุยหรือไปวนวายกับช่างเครื่อง คนขับหรือนายท้ายเรือ

8) ไม่แย่งหรือเบียดกัน เมื่อเรือเข้าเทียบฝั่ง

9) เมื่อรู้ว่าต้องโดยสารเรือประจำ ควรจะว่ายน้ำให้เป็น

หรือเรียนรู้การว่ายน้ำไว้เพื่อช่วยตัวเอง หรือผู้อื่นได้บ้าง

#### 2.2.3 การสัญจรทางอากาศ

1) การวัดเข็มขัดที่นั่ง ขณะขึ้นหรือลงสู่สนามบินเพื่อป้องกันแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยง

2) ห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่เครื่องบินขึ้นหรือลง

3) ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เครื่องบิน

2.3 การขับรถ จำไว้ว่า เมื่ออายุมากขึ้นประสาทของท่านจะมีปฏิกิริยาตอบโต้ช้าลง หนื่อยง่ายขึ้น มีการประสานสัมพันธ์เลวลง สายตาเลวลง โดยเฉพาะในเวลากลางวัน เพราะฉะนั้นท่านควร

### 2.3.1 ขับรถให้ช้าลง

2.3.2 หยุดพักในระหว่างการขับรถทางไกลเป็นช่วง ๆ และไม่ควรถูกเป็นระยะทางไกล ๆ

### 2.3.3 ขับรถเวลากลางวันดีกว่ากลางคืน

2.3.4 ถ้าเป็นไปได้ อย่าขับรถในขณะอากาศไม่ดี หรือในช่วงฝนแรงรีบ

2.3.5 ควรตรวจเช็คเครื่องยนต์ประเภทแอลกอฮอล์ในขณะขับรถ เพราะมันจะทำให้การขับรถเลวลงมาก และเป็นอันตราย

### 2.3.6 ถ้าไม่แน่ใจว่าการขับจะปลอดภัยควรหลีกเลี่ยง

อุบัติเหตุที่ยกมาข้างต้นนั้นจะเห็นว่า มีทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ถ้าไม่อยู่บนความประมาท และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เรื่องของเคราะห์กรรม หรือเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเกิดขึ้นเสมอไป ถ้าหากมีวิธีป้องกันที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว อุบัติเหตุอาจจะไม่เกิดขึ้นก็ได้ ถึงแม้ว่าความตายจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ก็จริง แต่บุคคลที่ตายด้วยอุบัติเหตุ นั้นนับได้ว่าเป็นการตายที่ยังไม่สมควรแก่กาลเวลา บุคคลผู้นั้นอาจจะเลื่อนวันตายต่อไปอีกได้ ถ้าได้มีการป้องกันอุบัติเหตุที่ถูกต้อง

**การดูแลตนเองเกี่ยวกับการคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น**

การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยจัดช่วงให้มีเวลาว่างเป็นส่วนตัว ตามความต้องการในแต่ละวัน และขณะเดียวกันควรได้สังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนาแล้ว อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือและแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับการศึกษาเรื่องการมีกิจกรรมกับการพักผ่อน และการมีเวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้น มีงานวิจัยของ มิลเลอร์ ได้ศึกษาว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน พบว่า มีปัจจัย 2 อย่างที่มี

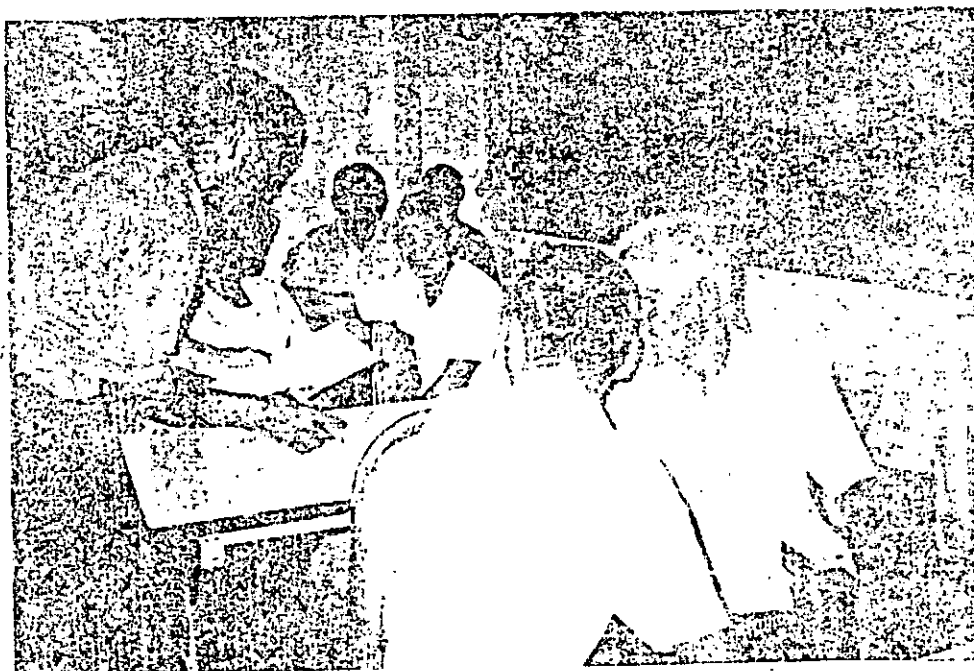
อิทธิพลอย่างสูงต่อการรับรู้ความผาสุกในชีวิต ปัจจัยแรกคือ การมีกิจกรรมในสังคมและการพักผ่อน ผู้สูงอายุได้บรรยายว่าเขายាយมทำงานอย่างไม่ให้ว่าง เช่น อ่านหนังสือ เป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ที่มีในสังคม เช่นรำ ฟังคอนเสิร์ต เล่นดนตรี และได้ทำกิจกรรมเหล่านี้บ้างอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานาน จนบางคนได้ประเมินว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวร่างกาย และจิตใจเข้าด้วยกัน และบางคนคิดว่าการได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการได้ช่วยเหลือสังคมและบุคคลรอบตัว ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ผู้สูงอายุประเมินว่าการพักผ่อนก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต เขามักจะใช้วิธีการวิ่งเหยาะ ๆ ตอนเช้าเป็นประจำทุกวัน เล่นกอล์ฟ เป็นต้น ปัจจัยที่สองคือการมีเครือข่ายในสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นเช่นกัน ซึ่งผู้สูงอายุได้บรรยายว่าการมีชีวิตอยู่คนเดียวจะเป็นชีวิตที่เหงาและเปล่าเปลี่ยวมาก ควรได้มีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตรหลาน และเพื่อนสนิท เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้จะทำให้เกิดพลัง มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งในตนเองสูง และเกิดความผาสุกได้

**ภาคผนวก จ.**

**ภาพประกอบแสดงการทำกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง**



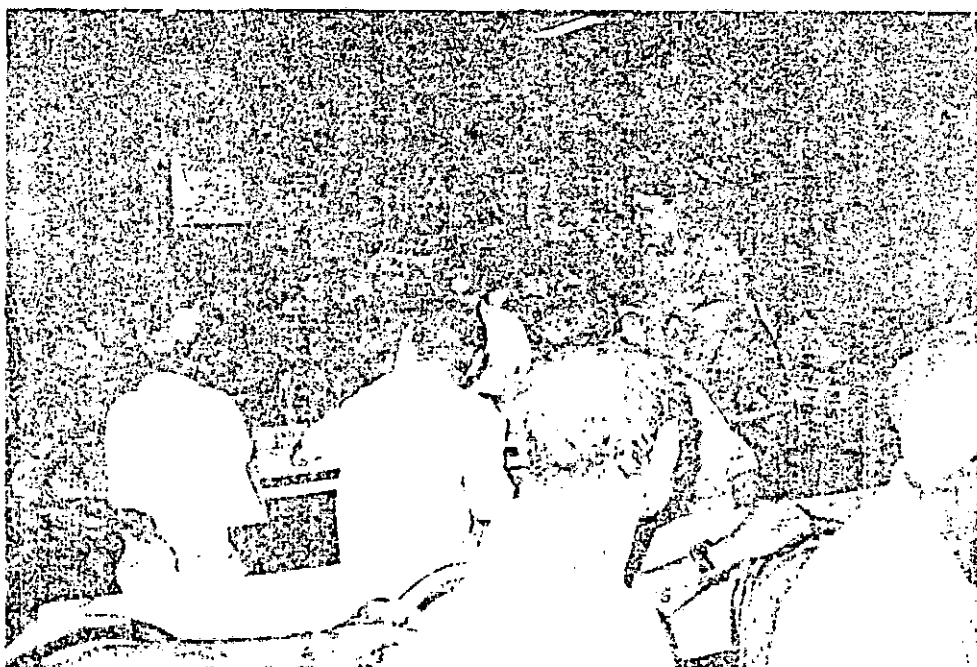
ภาพประกอบ 3 แสดงการบรรยายของผู้วิจัยและผู้นำกลุ่ม



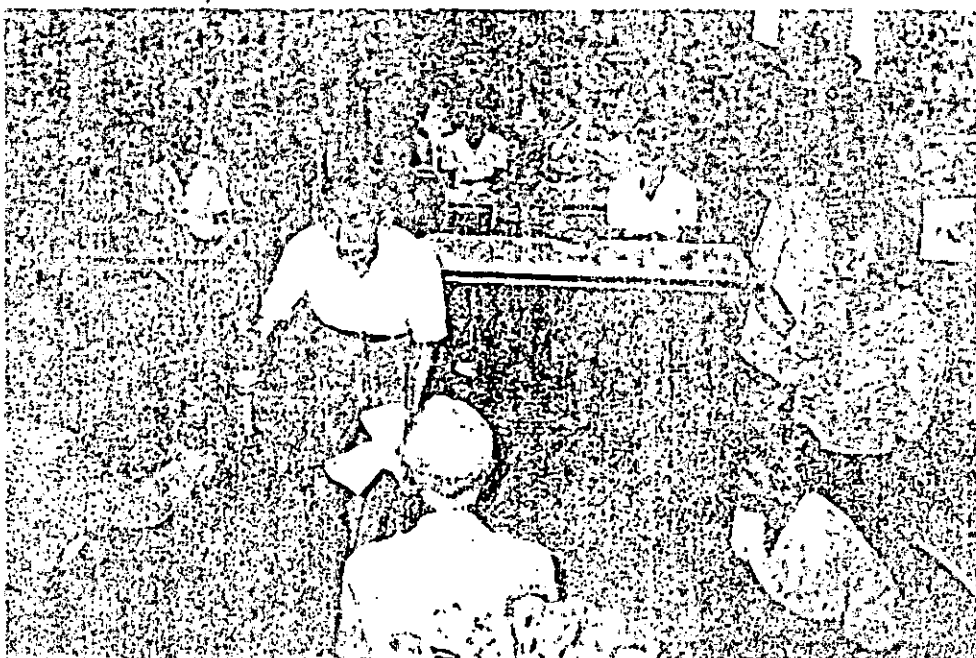
ภาพประกอบ 4 แสดงการทำงานของประธานกลุ่ม



ภาพประกอบ 5 แสดงการประกวดเพื่อคลายเครียด



ภาพประกอบ 6 แสดงการประชุมกลุ่ม



ภาพประกอบ 7 แสดงการเสนอแนะวิธีแก้ไขปัญหา



ภาพประกอบ 8 แสดงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

