

613.0438

ท481 น

ร.3

แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลรามารักษ์

๔๒ ก.ย. ๒๕๓๕

ปริญญานิพนธ์
ของ
ทิพวัลย์ ชาวสำอางค์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม ๒๕๓๕

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

180499

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือมาโดยตลอดจากผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารณ รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง อาจารย์ผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้ให้คำแนะนำให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนแนวทางที่เป็นประโยชน์ อีกทั้งได้ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของปริญญานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจเป็นอย่างดียิ่ง แก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุนทรี ภาณุทัต รองศาสตราจารย์ประครอง อินทรสมบัติ รองศาสตราจารย์ครุณี ชูณหะวัต และอาจารย์อัญชลี นวลคล้าย ที่ได้กรุณาตรวจแก้ไข และให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ด้วยความรู้ และสนใจเป็นอย่างยิ่ง

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณศิริ ชาวสำอังก์ ที่มีส่วนช่วยเหลือ เป็นกำลังใจให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ เพื่อน ๆ ทุกท่านในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ทิพวัลย์ ชาวสำอังก์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า ..✓.....	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า ..✓.....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	52
การวิจัยในต่างประเทศ	52
การวิจัยในประเทศไทย	54
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า ..✓.....	56
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	57
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	57
ประชากร	57
กลุ่มตัวอย่าง✓.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ..✓.....	58
ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	58
ขั้นตอนในการสร้างแบบสัมภาษณ์และการหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการ รวบรวมข้อมูล	59
เกณฑ์การให้คะแนน	60

บทที่	หน้า
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	60
วิธีการจัดกระทำกับข้อมูล	61
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	61
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาต้นกล้า	66
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	66
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
ผลการศึกษาค้นคว้า	68
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	156
บทย่อ	156
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	156
วิธีดำเนินการวิจัย	156
กลุ่มตัวอย่าง	156
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	156
การวิเคราะห์ข้อมูล	157
สรุปผลการค้นคว้า	158
อภิปรายผล	158
ข้อเสนอแนะ	166
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	166
บรรณานุกรม	168

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	178
ประวัติย่อของผู้วิจัย	190

ตาราง	หน้า
18 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้แตกต่างกัน ..	146
19 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้แตกต่างกันเป็น รายคู่	151
20 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยแตกต่างกัน ...	154
21 ตารางค่าอ่านจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์	189

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละที่เพิ่มขึ้นในโลกและ ขอบเขตที่สำคัญในระหว่างปี ค.ศ. 1985 - 2025	5
2	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรด้านเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ที่พักอาศัย	68
3	วิเคราะห์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ	74
4	เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุชายกับหญิง	76
5	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน	78
6	เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่	83
7	เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาแตกต่างกัน ..	86
8	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกัน	88
9	เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่ ..	93
10	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน	99
11	เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่ ..	103
12	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกัน	108
13	เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกันเป็นรายคู่ .	112
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน	119
15	เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน	123
16	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน	130
17	เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน	134

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 การเสื่อมของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตามวัย	39
2 การเสื่อมของสมรรถภาพการหายใจสูงสุดตามวัย	40
3 อัตราสูญน้ำสูงสุดก่อนหน้าของหัวใจชายสูงอายุวัยต่าง ๆ	41
4 แสดงค่าเฉลี่ยความดันเลือดซิสโตลิกในคนทั่ว ๆ ไป เทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	42

บทนำ

คำนำ

รัฐบาลไทยเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ เห็นได้จากการที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2525 ให้อนุมัติให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งนี้โดยได้เล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุว่า ไม่ใช่คนไร้ประโยชน์แต่เป็นคลังของประสบการณ์ เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เป็นผู้นำทางจิตใจที่ทำให้สังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรของสังคมในระดับครอบครัวให้รวมเป็นปึกแผ่น เป็นผลถึงความมั่นคงภายในชาติบ้านเมือง มนุษย์เราชอบสะสมเครื่องลายครามของเก่า เพราะความชรา "ความมีอายุ" ของสรรพสิ่งนั้นเป็นของน่ารัก บ่งบอกถึงคุณค่าของความคงทน การผ่านโลกมานานมากและประวัติศาสตร์ความเจริญรุ่งเรืองของเครื่องลายครามนั้นมีคุณค่ามากจนใดคนเราที่มีอายุมากแล้วก็เป็นที่ทรงคุณค่ามากจนนั้น

ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ประกอบกับอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชาชนลดลงเป็นลำดับ ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรวัยสูงอายุสูงขึ้น จากรายงานของคณะกรรมการการสำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเมื่อปี พ.ศ. 2513 มีจำนวน 1,696 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.96 ในปี พ.ศ. 2529 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.11 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้สูงอายุถึง 4.858 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.02 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 2 เท่าของผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน (ควงสมร พันธุเสน. ม.ป.ป.; อ้างอิงมาจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2525) และในปี 2530 จะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 3 ล้านคน คาดว่าในปี 2555 จะมีประมาณกว่า 7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2523 : 95) ภายในระยะเวลา 50 ปีมานี้ อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นหรือยืนยาวขึ้นถึงประมาณ 20-25 ปี ปัจจุบันผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ยถึง 62 ปี ผู้หญิงถึง 67 ปี ต่อไปก็จะสูงขึ้น ๆ

ผู้สูงอายุโดยปกติเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะพบว่า มีการเสื่อมของอวัยวะระบบ (Turner and Helms. 1983 : 431) ดังที่ คูลิต สุนทรานู (2528 : 2) กล่าวว่า ผู้สูงอายุนั้นเป็นผู้ที่ป่วยง่าย รักษายากและหายยาก เนื่องจากเซลล์ต่าง ๆ เปลี่ยนไป การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสิ่งที่เกิดมาแล้วทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่างกันเพียงใครจะอยู่นานกว่า คนที่อยู่ได้นานก็เรียกว่ามีอายุยืน คนที่อายุยืนและแข็งแรงก็ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ความสูงอายุจึงเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ในวัยเด็กเซลล์ภายในร่างกายจะเปลี่ยนไปในทางเสริมสร้างเจริญเติบโต แต่พอเข้าวัยกลางคนอายุ 40-50 ปี จะมีการสลายของเซลล์มากกว่า การเสริมสร้างในสตรีจะเริ่มหมดประจำเดือนส่วนใหญ่ บุคคลแต่ละคนจะเริ่มรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน เมื่อเริ่มเข้าวัย 50 ปีเป็นต้นไป เมื่อเข้าวัย 60 ปี ส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าตนเองเริ่มชรา สุขภาพกายเริ่มมีปัญหา วัย 60 ปี จึงมักจัดว่าเป็นวัยสูงอายุสำหรับคนทั่ว ๆ ไป การแบ่งช่วงอายุคนนั้นสมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาได้แบ่งอายุออกเป็น 8 ช่วง และกำหนดวัยกลางคนมีอายุตั้งแต่ 45-64 ปี วัยสูงอายุตอนต้น 65-74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย 75 ปีขึ้นไป (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ. 2532 : 2)

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือระหว่าง 60-70 ปี ยังไม่ใช่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ดี สุขภาพกาย สุขภาพจิตดี วัย 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง (Yurick and others. 1980 : 31) สังคมไทย ชำราชการไทยจะเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี และถือว่าวัยนี้เป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อมจึงควรพักผ่อนและเปลี่ยนการทำงาน เป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ต้องเผชิญภาวะเครียด สังคม ไทยจึงถือว่าวัยเกษียณอายุซึ่งตรงกับอายุครบ 60 ปี เป็นวัยชราหรือวัยสูงอายุ แต่ในสังคมอื่น ๆ เช่น แอฟริกา หรือมาเลเซีย คนอายุ 55 ปี ก็เกษียณอายุแล้ว หรือในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา ซึ่งเป็นเมืองหนาวจะเกษียณอายุเมื่อ 65 ปี การเกษียณอายุกับความเป็นผู้สูงอายุในแต่ละสังคมจึงแตกต่างกัน ประสพ รัตนกร (2525 : 1) ให้ความหมายของผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย บรรลุ ศิริพานิช (2528 : 40)

เสนอว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

จากรายงานขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 1970 พบว่า ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศในภาคพื้นยุโรป อเมริกาเหนือ และสหภาพโซเวียต มีประชากรอยู่ 60 ปีขึ้นไปถึง 154 ล้านคน (ร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด) และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33 ของประชากรทั้งหมดในปี ค.ศ. 2000 ส่วนประเทศกำลังพัฒนาแถบเอเชียตะวันออก (ยกเว้นญี่ปุ่น) เอเชียใต้ แอฟริกาและลาตินอเมริกา ในปี ค.ศ. 1970 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 137 ล้านคน (ร้อยละ 5.0 ของประชากรทั้งหมด) และในปี ค.ศ. 2000 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (Herschfeld. 1979 : 31)

สำหรับประเทศไทย เมื่ออัตราการเกิดลดลง การศึกษาคีชี้น การบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขเป็นไปได้อย่างทั่วถึง คนไทยก็จะมีอายุยืนขึ้นตามลำดับ จากเอกสารของกองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อัตราผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะเพิ่มจากร้อยละ 4.8 หรือ 2 ล้านคน ในปี 2523 เป็นร้อยละ 74 ในปี 2543 ทำให้จำนวนผู้มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป คือประมาณ 4.8 ล้านคน ในปี 2543 และปี 2550 คาดว่าผู้สูงอายุจะมี 5.9 ล้านคน

ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้ให้ความสนใจอย่างยิ่งกับจำนวนผู้สูงอายุที่นับวันเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับความสูงในลักษณะผสมผสานทำให้เกิดศาสตร์ใหม่ เรียกว่า "Gerontology" ซึ่งหมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุศาสตร์นี้ได้แพร่การศึกษาออกไปหลายสาขา เช่น นักชีววิทยาจะศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ภายในร่างกาย นักจิตวิทยาจะศึกษาเรื่องการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส นักเศรษฐศาสตร์จะเน้นในเรื่องค่าใช้จ่าย รายได้ รายจ่ายของผู้สูงอายุ แพทย์-พยาบาลสนใจด้านการเจ็บป่วย การป้องกันโรค นักสังคมวิทยามุ่งเน้นศึกษาความสัมพันธ์และวัฒนธรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2525 เป็นปีที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นปีสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำขวัญเป็นภาษาอังกฤษ ไว้ว่า "Add Life to Year" ซึ่งแปลความหมายได้ว่า เพิ่มชีวิตชีวาให้กับอายุที่ยืนยาวออกไป ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำขวัญเป็นภาษาไทยไว้ว่า "ให้ความรัก พิทักษ์ อนามัย ผู้สูงอายุ" (บรรจุ ทิรพานิช. 2528 : 1)

จากสถิติประชากรโลก ปี ค.ศ. 1975 มีพลโลก 4.1 พันล้านคน คาดคะเนหลัก
 ประชากรศาสตร์จะเพิ่มขึ้นเป็น 8.2 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2025 ในขณะที่ปี ค.ศ. 1975 มี
 ประชากรโลกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 346 ล้านคน เมื่อถึงปี ค.ศ. 2000 จะมีประชากรโลกที่มี
 อายุเกิน 60 ปีขึ้นไปถึง 590 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,181 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 แสดงว่า
 ในช่วง 50 ปีที่จำนวนประชากรโลกทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ประชากรสูงอายุจะมีปริมาณเพิ่มขึ้น
 ถึงร้อยละ 224 สำหรับประเทศไทยจากรายงานของสำมะโนประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 ในปี 2543 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.5 ซึ่งจะมีผู้สูงอายุอยู่ประมาณ 4.47 ล้านคน (จำเรียง
 กุระสุวรรณ. 2532 : 4) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าในปัจจุบันหรือในอนาคตจะพบคนอายุ 60 ปีขึ้นไป
 มากขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาจึงอยู่ที่ทำอย่างไรจึงให้ผู้สูงอายุที่มากขึ้นมีชีวิตที่ยืนยาวออกไปได้อย่างมี
 ความสุข ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน
 สังคมได้อย่างมีความสุข การที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถชลอหรือหลีกเลี่ยงความเสื่อมและ
 การเกิดพยาธิสภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับการมีแบบแผนชีวิตที่ดีและถูกต้องเป็นสำคัญ และจำนวนประชากร
 ที่เป็นผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละที่เพิ่มขึ้นในโลกและขอบเขตที่สำคัญในระหว่างปี ค.ศ. 1985 - 2025

	การเพิ่ม				
	ร้อยละ			(1985 = 100)	
	1985	2005	2025	2005	2025
โลก	6.0	7.0	9.7	117	162
ประเทศที่พัฒนา	11.5	14.4	18.9	125	164
ประเทศที่ด้อยพัฒนา	4.2	5.3	8.0	126	190
อเมริกา	3.1	3.1	4.1	100	132
ลาตินอเมริกา	4.5	5.7	8.5	127	189
อเมริกาเหนือ	11.8	12.9	19.7	109	167
เอเชีย	4.7	6.2	9.6	132	204
ยุโรป	12.7	15.6	20.1	123	158
โอเชียเนีย	8.5	9.6	13.4	113	158
รัสเซีย	9.6	12.8	14.8	133	154

Source : United Nations, Population Estimates and Projections as
Assessed in 1988, figures from tape files.

ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลรามารัตน์ ได้พบเห็นผู้ป่วยจำนวนมากมีโรคภัย
จำเป็นต้องเข้ามารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล แต่ขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยสูงอายุอีก
จำนวนหนึ่งที่มีชีวิตความเป็นอยู่ และมีสุขภาพที่ทั้งร่างกายและจิตใจ ลักษณะสังคมยังไม่ดีเท่าที่ควร
ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเหล่านั้นน่าจะมีวิถีชีวิตในด้านความเป็นอยู่ การมีสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
ตลอดจนลักษณะการอยู่ในสังคมดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อศึกษาและหาแนวทางในการเผยแพร่รูปแบบและวิธีการดำรงชีวิตที่ดีงามของผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อทราบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี
2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี ตามตัวแปรต่อไปนี้ คือ
 - 2.1 เพศ
 - 2.2 อายุ
 - 2.3 ศาสนา
 - 2.4 การศึกษา
 - 2.5 สถานภาพสมรส
 - 2.6 สภาพการเป็นอยู่
 - 2.7 อาชีพ
 - 2.8 รายได้
 - 2.9 แหล่งรายได้
 - 2.10 ที่พักอาศัย

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตในการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

2. เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญและความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในโอกาสต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้ศึกษา ครั้งนี้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง และเปรียบเทียบความแตกต่างในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย เฉพาะที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ เฉพาะในวันทำการปกติ เฉลี่ยเดือนละ 425 คน เป็นชาย 189 คน เป็นหญิง 236 คน และผู้สูงอายุเหล่านี้จะต้องมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ เข้าใจกันได้ ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต และเป็นผู้ป่วยที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 206 คน เป็นหญิง 114 คน ชาย 92 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากประชากร

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

3.1.1 เพศ

3.1.2 อายุ

- 3.1.3 ศาสนา
- 3.1.4 การศึกษา
- 3.1.5 สถานภาพสมรส
- 3.1.6 สภาพการเป็นอยู่
- 3.1.7 อาชีพ
- 3.1.8 รายได้
- 3.1.9 แหล่งรายได้
- 3.1.10 ที่พักอาศัย
- 3.2 ตัวแปรตาม คือ แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งมี 2 ด้าน ได้แก่
 - 3.2.1 ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 6 หมวด ดังนี้
 - 3.2.1.1 การดูแลตนเอง
 - 3.2.1.2 โภชนาการ
 - 3.2.1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย
 - 3.2.1.4 การขับถ่าย
 - 3.2.1.5 การออกกำลังกาย
 - 3.2.1.6 การพักผ่อนและการนอนหลับ
 - 3.2.2 ด้านสังคมและจิตวิทยา ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้
 - 3.2.2.1 การปรับตัว
 - 3.2.2.2 สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม
 - 3.2.2.3 อคติโนทัศน์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารัตนบุรี ปี พ.ศ. 2534

2. แบบแผนชีวิต หมายถึง พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติเป็นประจำในการดำรงชีวิต ในที่นี้จำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ

2.1 ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 6 หมวด คือ การดูแลตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ

2.2 ด้านสังคมและจิตวิทยา ประกอบด้วย 3 หมวด คือ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อึดมโนทัศน์

3. การดูแลตนเอง หมายถึง ระดับความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงรักษา ความมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ตลอดจนการให้ความสนใจ ความตั้งใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง และความสามารถในการเรียนรู้และการแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองด้วย

4. การปรับตัว หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุที่ลดความไม่สบายใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความขัดแย้งในใจ และความคับข้องใจ โดยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

5. สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและสังคม ได้แก่ ความใกล้ชิด สนับสนุน หรือความห่างเหิน ความรักใคร่ สามัคคีกลมเกลียว หรือการทะเลาะวิวาท

6. อึดมโนทัศน์ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเอง ได้แก่ ลักษณะรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ การแต่งกาย ความเชื่อมั่นในตนเอง

7. แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก หมายถึง สถานที่ทำการตรวจรักษาโรคของบุคคลทั่วไปในโรงพยาบาลรามาธิบดี

8. อายุ หมายถึง ช่วงชีวิตตามพัฒนาการของบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ

8.1 60-64 ปี

8.2 65-70 ปี

8.3 71 ปีขึ้นไป

9. ศาสนา หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุในการยึดถือเพื่อดำเนินชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 2 ศาสนา คือ

- 9.1 ศาสนาพุทธ
- 9.2 ศาสนาอื่น ๆ ได้แก่ คริสต์ อิสลาม
- 10. การศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาในระดับสูงสุดของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับคือ
 - 10.1 ไม่ได้เข้าศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา
 - 10.2 ระดับประถมศึกษา หรือเทียบเท่า
 - 10.3 ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
 - 10.4 ระดับอุดมศึกษา หรือเทียบเท่า
- 11. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น
 - 11.1 โสด
 - 11.2 คู่
 - 11.3 หม้าย
- 12. สภาพการเป็นอยู่ หมายถึง การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น
 - 12.1 อยู่คนเดียว
 - 12.2 อยู่กับญาติ
 - 12.3 อยู่กับคู่ครอง
 - 12.4 อยู่กับคนอื่น ๆ
- 13. อาชีพ หมายถึง การทำงานเพื่อให้มีรายได้ประจำเพื่อเลี้ยงตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น
 - 13.1 ไม่มีอาชีพ
 - 13.2 รับจ้าง
 - 13.3 ก้าขาย
 - 13.4 เกษตรกร
 - 13.5 ข้าราชการบำนาญ

14. รายได้ หมายถึง เงินที่ได้รับจากการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น
 - 14.1 ไม่มีรายได้
 - 14.2 ต่ำกว่า 2,000 บาท
 - 14.3 2,000 - 5,000 บาท
 - 14.4 สูงกว่า 5,000 บาท
15. แหล่งรายได้ หมายถึง หน่วยงานหรือบุคคลที่ให้เงินแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น
 - 15.1 อาชีพอิสระ
 - 15.2 รัฐบาล (บำนาญ)
 - 15.3 ญาติ
 - 15.4 อื่น ๆ (ระบุ)
16. ที่พักอาศัย หมายถึง สถานที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ
 - 16.1 กรุงเทพมหานคร
 - 16.2 ต่างจังหวัด

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ความหมาย ทฤษฎี และความเปลี่ยนแปลงทั่วไปของผู้สูงอายุ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต ได้แก่ ความหมาย ประเภทของแบบแผนชีวิต ทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตวิทยา และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการตั้งสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การกำหนดว่าผู้สูงอายุ ควรจะเริ่มตั้งแต่อายุเท่าไคนั้นยังไม่เป็นที่แน่นอน บ้างก็ว่าผู้สูงอายุ ควรมีอายุตามปฏิทิน คือมีอายุตั้งแต่ 60-65 ปีขึ้นไป แต่ในสรีรวิทยานั้น ได้กล่าวว่า เซลล์ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง แต่อย่างไรก็ดี การกำหนดอายุตามปฏิทินนั้นเป็นเรื่องที่สะดวก และกระทำกันมาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ กำหนดให้ผู้ที่มีอายุปฏิทิน 60 ปี ต้องเกษียณราชการ เพราะถือว่าเป็นผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการพักผ่อนหลังจากที่ได้ตรากตรำทำงานหนักมาเป็นเวลานาน แต่วัยสูงอายุนั้นก็ยึดถืออายุปฏิทินเพียงอย่างเดียวก็คงจะไม่ได้ เนื่องจากภาวะของความสูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน การระบุงูแลรักษาสุขภาพแตกต่างกัน ตลอดจนสภาวะทางอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปด้วย นอกจากนี้ พันธุกรรมและเพศก็เป็นตัวกำหนดภาวะความสูงอายุนี้อีกด้วย

ความหมายของผู้สูงอายุนั้น มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย แต่พอที่จะสรุปได้ดังนี้

ชุมนุมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2506 ได้มีบัญญัติคำว่า ผู้สูงอายุ โดย พล.ต.อ.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะดังนี้ (สุพัตรา สุภาพ. 2526 : 50)

1. เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพที่กำลังลดลง เชื่องช้า
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรค ควรได้รับการความช่วยเหลือ

กรมประชาสงเคราะห์ (2526 : 11) ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นสุกอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2523 : 2) ได้แยกระดับการมีอายุเป็น 2 ระดับ คือ อายุระหว่าง 60-75 ปี เรียกว่า วัยเริ่มมีอายุ (Young old) และระยะที่ 2 อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีอายุเต็มที่ (old หรือ really old)

พอง เกิดแก้ว (2525 : 124) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยลักษณะดังนี้ คือ

1. เมื่อใดกำลังกายและสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลง ก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ
2. ซากหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทำงานเลี้ยงชีพได้น้อยกว่าเดิม ในลักษณะที่ร่างกายไม่อำนวยให้ทำ แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ
3. จะมีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น เป็นต้นว่า มีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและมีการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ซากการติดต่อกับสังคมส่วนรวม เห็นคุณค่าของตัวเองลดลง ต้องการให้ผู้อื่นสนใจ และเป็นที่ยอมรับในสังคม

แอนเดอร์สัน (Anderson. 1971 : 20) ได้กล่าวว่า ความชราเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพหรือบทบาทใหม่ในสังคม

ไบร์เรนและเรนเนอร์ (Birren and Renner. 1977 : 45) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุนั้นว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้ว ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ แบ่งออกได้ 3 รูปแบบ คือ

1. ความสูงอายุนานร่างกาย (Biological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัย (lifespan) ของแต่ละบุคคล

2. ความสูงอายทางจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้ การแก้ปัญหา เจตคติ ตลอดจนบุคลิกภาพ สิ่งเหล่านี้มีการพัฒนามากขึ้น

3. ความสูงอายทางสังคม (Sociological aging) หมายถึง บทบาทสถานภาพในครอบครัวและการงาน รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

จะเห็นว่า มีผู้พยายามให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย เพื่อความสะดวกในการศึกษาการบริหารงานและการจัดสวัสดิการต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์ให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันตามสังคม และเวลาที่อ้างถึงในสังคมดั้งเดิมนั้น การกำหนดผู้สูงอายุใช้บทบาทที่บุคคลทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ บทบาทต่าง ๆ นั้นมักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ และมีความรับผิดชอบสูง ส่วนในสังคมสมัยใหม่มักจะใช้อายุตามปฎิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจำนวนปีนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น ส่วนประเทศไทยนั้นกำหนดผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (เขมิกา ยามะรัก. 2527 : 12)

คุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ

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

คุณลักษณะของผู้สูงอายุทั้ง 7 ประการดังกล่าว ปรากฏว่า เซอร์วิลสตัน เซอร์ซิล เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะครบถ้วนบริบูรณ์ (ประสพ รัตนากร. 2529 : 18)

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การป้องกันโรคและการรักษาคืบหน้ากว่าเดิม จึงเป็นการยากที่จะกำหนดได้ว่า ลักษณะเช่นใดจะเรียกว่า ผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยนั้นได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุ โดยชุมนุมผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเรื่องช้า และเป็นผู้ที่มีโรค สมควรได้รับการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดโดยเฉพาะสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งทางสรีระ จิตใจและสังคม โดยทั่วไปจะแบ่งออกดังนี้

ทฤษฎีผู้สูงอายุด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของความชราดังนี้

1. ทฤษฎีการพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การชราเกิดขึ้นตามพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุ และลักษณะนั้นแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก ฝ้าบนผิวหนัง

2. ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า สารที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อกระดูกเพิ่มมากขึ้นและมีการจับตัวกันมากขึ้น ทำให้ Collagen fiber หดสั้นเข้าเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทำให้ปรากฏรอยย่นมากขึ้น และตั้งอยู่ตรงบริเวณกระดูก ข้อต่อ จะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน

3. ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

4. ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้นยีนจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อม และหมดอายุลง

5. ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภายในร่างกายมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ประกอบด้วยสิ่งแวคูล้อมมีเรดิคัลอิสระอยู่มากมาย ตลอดเวลาเรดิคัลเหล่านี้จะทำให้ยีนเกิดความผิดปกติ และทำให้คอลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเกิดขึ้นมากจนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

ทฤษฎีผู้สูงอายุด้านจิตสังคม เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงจิตสังคมของผู้สูงอายุ คือ

1. ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มคนวัยอื่น ๆ ด้วย เพื่อเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ

2. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตสังคมได้จากการมีกิจกรรม และการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างกระฉับกระเฉง และมีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ก็ต่อเมื่อได้กระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยกระทำมาแต่เก่าก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากก็กระทำต่อไป คนใดพอใจชีวิต ชีวิตที่อยู่อย่างสงบ สันโดษก็อาจแยกตนเองออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้าง ๆ ว่าจะต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายหลายอย่างในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ รายได้ที่ลดลง เป็นต้น

4. ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การพัฒนาการทางด้านจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุว่า เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้หมดหวัง สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า มีความมั่นคง ก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจ ในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสุข สงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้ามคนที่ไม่ยอมรับก็มีความรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตที่ยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอย สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุลดน้อยลงด้วย

5. ทฤษฎีของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (55-75 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัย และการมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการ 3 ประการ คือ

5.1 ความสามารถในการแยกความแตกต่างของคนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน เมื่อเกษียณอายุบางคนจะมีความรู้สึกได้ว่าไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงาน ไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำ หลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้ที่ชอบปลูกต้นไม้ หรือเล่นกอล์ฟ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

5.2 ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับร่างกายที่แข็งแรงเมื่อยังทำงานอยู่ ทักษะทางด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะเกิดความสนุก แต่ด้านนี้ถึงความถดถอยของร่างกายก็จะทำให้ความสุขและความพอใจในวัยสูงอายุลดน้อยลง

5.3 การยอมรับว่าร่างกายของคนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาติทำให้คนยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดถือสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อ่อนกว่าก็จะพยายามยืดชีวิตไว้ให้นานที่สุด และไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ หวาดกลัวความตาย

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุทุกคนมิได้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมเหมือนกันไปหมด ทั้งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้ ความสามารถ สภาพาสุขภาพ ประเพณีวัฒนธรรม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล

1.3 ความเปลี่ยนแปลงทั่วไปของผู้สูงอายุ

ความชราเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมตามธรรมชาติที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ และความชราเป็นสภาวะการมีอายุสูงขึ้น ซึ่งอาจจะมี ความอ่อนแอของร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย ส่วนแอนเดอร์สัน (Anderson. 1971 : 20) นั้นกล่าวว่า ความชราเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพหรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนั้นความชรายังเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปเรื่อย ๆ ของความ

สามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมของร่างกาย และเน้นว่าการสูญเสียของเนื้อเยื่อต่าง ๆ มีไม่เท่ากัน การรักษาสุขภาพเพื่อให้สมบูรณ์อย่างมีประสิทธิภาพนั้นนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุทุก ๆ คน เมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ และค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ตั้งแต่เกิดจนถึงอายุขัย และการเปลี่ยนแปลงนี้แตกต่างกันไปในระยะเวลาเร็วหรือช้าในแต่ละบุคคลซึ่งไม่เหมือนกัน ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

1.3.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จะปรากฏดังนี้

1.3.1.1.1 ผิวหนัง ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังแห้ง เทียว่นและตกกระเป็นแห่ง ๆ จากการเสื่อมของต่อมไขมัน และจำนวนเนื้อเยื่อ (Collagen) ลดลง ชั้นต่าง ๆ ของผิวหนังจะบางลงทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย ไขมันใต้ผิวหนังจะลดจำนวนลง ต่อมน้ำนมจะลดการทำงานลง เหลือเพียงน้อยลง มีผลทำให้การระบายความร้อนของร่างกายในผู้สูงอายุลดลง เล็บมีความเจริญเติบโตลดลง 50% และบางแตกเปราะง่าย

1.3.1.1.2 กล้ามเนื้อขี้นคลาย (Striated Muscle) ลดจำนวนลง และมีเซลล์ไขมันเข้าไปแทรกในเซลล์กล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และการประสานงานประสาทประสิทธิภาพ

1.3.1.1.3 กระดูก มักจะเปราะบางจากการสูญเสียของแคลเซียมลดลง การดูดซึมแคลเซียม หรือภาวะสูญเสียแคลเซียม (Demineralization) ของกระดูก ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งหลั่งออกมาน้อย เป็นผลทำให้กระดูกบางลง (Osteoporosis) มีโอกาสแตกหักได้ง่าย

1.3.1.1.4 เส้นเลือด โดยทั่วไปผนังเส้นเลือดจะแข็งตัวและหนาขึ้น ทำให้รูเส้นเลือดแคบลง (Arterio sclerosis) ทำให้การไหลเวียนไม่ดี มักจะเกิดเส้นเลือดค้ำป่องพร้อมด้วย

1.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ กระดูกข้ออักเสบ รูมาตอยด์ อารthritis เก๊าต์ กระดูกผุ กระดูกเชิงกรานหัก เป็นต้น

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้มีผู้ศึกษาไว้ เช่น

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2531 : 3) ได้กล่าวถึงสรีรวิทยาของผู้สูงอายุไว้ว่า เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ กล่าวคือ อวัยวะบางอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงน้อย แต่อวัยวะบางอย่างมีการเปลี่ยนแปลงมาก ระยะที่อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้สูงสุดนั้นอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปีไปแล้ว หน้าที่ต่าง ๆ เริ่มลดน้อยลงด้วยอัตราที่ค่อนข้างช้า

1.3.2.1 อวัยวะรับรส-กลิ่น มีความสามารถในการรับรส-กลิ่นน้อยลง

1.3.2.2 ตา มีความเปลี่ยนแปลงในการรับค่าต่อความมืดและสว่าง น้อยลง สายตาจะยาว เลนส์ที่แก่มา ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นค้อนกระจก

1.3.2.3 หู ความสามารถได้ยินเสียงลดลง ผู้ชายจะเสียการได้ยินมากกว่าผู้หญิง บางครั้งจะมีเสียงอื้อในหู

1.3.2.4 สมอล เซลล์สมองตายไปและลดจำนวนเซลล์สมองลง ทำให้ขนาดสมองเล็กลง ห่วงสารเคมีหลังจากปลายประสาทลดลงจำนวนรับความรู้สึกลดลง โยประสาทนำส่งลดลงความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทและสมอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีความจำเสื่อม หลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน

1.3.2.5 หัวใจ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจจะมีเนื้อพังคืดและมีไขมันสะสมมากขึ้นทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.3.2.6 หลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง

1.3.2.7 ลิ้นหัวใจแข็ง ตีบ ปกติไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติดทำให้ลิ้นหัวใจทำงานน้อยลง

1.3.2.8 ความดันโลหิต การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตีบทำให้เลือดไหลผ่านลำบาก จะทำให้เกิดภาวะแรงดันเลือดสูงขึ้น

ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมจะอักเสบและมีการไออยู่เสมอ มีเสมหะมาก กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนสมรรถภาพลง ทำให้ทรงอกขยายตัวได้น้อย มีผลทำให้ถุงลมโป่งพองได้ง่าย เป็นไข้หวัดเล็กน้อย ก็จะมีอาการปอดบวม ปอดอักเสบร่วมด้วย

ระบบทางเดินอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี เป็นผลทำให้มีอาการขาดอาหารได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเสื่อมลงของเยื่อทางเดินอาหาร และการหลั่งน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลง ตับจะมีขนาดและน้ำหนักลดลง เพราะมีการเก็บไกลโคเจนและวิตามินลดลง ระบบการทำงานของเอนไซม์ลดลง มีผลทำให้ตับมีสมรรถภาพในการทำลายพิษต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกายได้น้อยลง

ระบบทางเดินปัสสาวะ นับตั้งแต่ไตลงมาอาจจะมีนิ่วในไต ไตอักเสบ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ผู้ชายบางรายต่อมลูกหมากในกระเพาะปัสสาวะจะมีขนาดโตขึ้น ทำให้มีการขัดขวางทางเดินปัสสาวะทำให้ปัสสาวะลำบาก สำหรับผู้หญิงอาจจะมีอาการคันอวัยวะเพศ เพราะฮอร์โมนลดลงทำให้ผิวหนังแห้ง

ระบบต่อมไร้ท่อ มีการหลั่งฮอร์โมน จะมีการลดลงของฮอร์โมนต่าง ๆ มีผลทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุ เปราะ อ่อนเพลีย ซึมเศร้า ซีดจืดช้ำ พบว่าอาการเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น อาจจะทำให้ขัดขวางทางเดินของการไหลน้ำปัสสาวะ ส่วนในเพศหญิงเมื่อเยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกฝ่อเหี่ยวลง นอกจากนั้นมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ จะฝ่อเหี่ยวได้ เมื่อเยื่อของช่องทางอวัยวะสืบพันธุ์จะค่อย ๆ หนาขึ้น แห้ง และมีความยืดหยุ่นน้อยลง และฉีกขาดได้ง่ายขึ้น เลือดที่มามีในบริเวณนี้ก็ลดน้อยลงกว่าเดิม

การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุ อาจจะทำให้เกิดความผิดปกติได้บ่อย คือ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การปวดถ่ายปัสสาวะทันที และบ่อยครั้ง การคั่งค้างของปัสสาวะ และต่อมลูกหมากโต

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการปลดจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีทางดำเนินชีวิตหลังจากเคยทำมาในช่วงเวลา 20-30 ปี การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ลง วงสังคมแคบ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทซึ่งอาจกระทบ

กระเทือนทางเศรษฐกิจทำให้ความมั่นใจในตนเองในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง ยิ่งถ้าเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตร ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทก็จะทำให้เกิดการกระทบกระเทือนใจเพิ่มมากขึ้น และถ้าสุขภาพทางกายขาดผู้ใกล้ชิดดูแลจะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ห่อเหี่ยวเพิ่มเป็นทวีคูณ ความรู้สึกสูญเสียบทบาทในวัยสูงอายุมักจะเกิดขึ้นในหมู่พวกทำงานมากกว่าพวกทำงานฝีมือ และเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ชายมากกว่ากลุ่มผู้หญิง เพราะผู้หญิงนั้นได้ผ่านการสูญเสียบทบาทและการปรับตัวมาก่อนผู้ชาย คือ ในช่วงหมดประจำเดือนราวอายุ 45-50 ปี ความสามารถทางสติปัญญาโดยทั่ว ๆ ไปลดลง ซึ่งเป็นเพราะโรคภัยบางอย่างหรือความเสื่อมของเนื้อเยื่อในสมอง ส่วนด้านการปรับตัวทางด้านจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคลย่อมจะแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษาและฐานะของเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัวการรับสภาพเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ

ความเครียดของผู้สูงอายุ ความเครียดของผู้สูงอายุมีเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่น ๆ แต่ต่างกันตรงพลังในการปรับตัวต่อภาวะเครียดไม่เท่ากัน สาเหตุของความเครียดไม่เท่ากัน สาเหตุของความเครียดในผู้สูงอายุอาจเกิดจาก

1. ความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 2. ความรู้สึกว่าความสามารถลดลง
 3. การมีโรคประจำตัว
 4. การออกจากงาน เป็นความรู้สึกว่างเปล่าหรือภาระทางเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง
- สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีทุกข์ ซึ่งแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า แต่ก็อาจป้องกัน

ได้โดยการเตรียมงานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ การตรวจสอบสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ มีงานอดิเรกทำ ตลอดจนทั้งผู้ที่อยู่ใกล้ชิดต้องให้กำลังใจ ให้อิสระเสรีแก่ผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อความเครียดได้ (พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์. 2523 : 40)

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจแล้วยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ทั่วไปในสังคมนั้น ๆ ที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มคนสูงอายุในสภาพต่าง ๆ สังคมที่เน้นความสำคัญและความสำเร็จของคนกลุ่มหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มคน

สูงอายุก็นรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์และเป็นภาระแก่สังคม แต่สังคมที่ยกย่องคนสูงอายุน่ามีคุณค่า มีประสพการณ์ มีความเฉลียวฉลาด ไร้ประโยชน์แก่สังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ เป็นต้น กลุ่มคนสูงอายุก็นผ่านเข้าไปสู่บทบาทนั้น ๆ ได้โดยไม่รู้สึกล่งยาก และกระทบกระเทือนสูญเสีย บทบาทอย่างรวคเร็วนัก อาชีพบางประเภทที่ค้องอาศัยการสะสมของประสพการณ์และความยาวนาน ที่อยู่ในอาชีพเพื่อการเชื่อถือ ยอมรับของสังคม คนสูงอายุก็นจะได้เปรียบและประสพผลสำเร็จได้คึกกว่า เช่น อาชีพผู้นำทางการเมือง ผู้บริหารประเทศ หรือที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนาและผู้นำทางธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นต้น แต่ด้าอาชีพที่ค้องกำล้งกายหรือน้ำตาารูปร่าง เช่น อาชีพนักแสดงนักร้อง หรือกรรมการ การอยู่ในอาชีพก็นจะเป็นช่วงสั้น และวัยหนุ่มสาวเท่านั้นที่จะได้เปรียบ อย่างไรก็ตามการมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงฐานทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากหุคงานประจำของคนสูงอายุโดยทั่ว ๆ ไป คือการลดบทบาทและเกียวข้องทางสังคม และกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมน้อยลง กิจกรรมต่าง ๆ ซ้าลงไปตามจังหวะของชีวิตตัวเอง วงสังคมนักบลงและการเกียวข้องกับคนอื่นก็นจะมีเฉพาะกิจกรรมที่ตัวเองเป็นศูนย์กลาง

จากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุ จึงกล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กันกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ดังนั้นความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์จึงขึ้นอยู่กับสมรรถภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายของแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อม ประสพการณ์ สภาพเศรษฐกิจและความผูกพันภายในครอบครัว

ความต้องการของผู้สูงอายุ

คนเรายังอยู่บนานลักษณะเฉพาะตัว ความเป็นปัจเจกของคนจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะแปลกประหลาด หรือนิสัยชอบอะไรไม่เหมือนใคร ซึ่งมีลักษณะดังกล่าวนี้จะพบในคนสูงอายุแต่ละคนแตกต่างกันไป อันทำให้การจับบริการใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุไม่อาจทำได้เหมาะสมกับลักษณะที่กำหนดเป็นแบบฉบับตายตัว (Stereotype) ของคนสูงอายุแต่ละคนได้ การศึกษาความต้องการของคนสูงอายุจึงเป็นเรื่องทำได้ยาก เพราะค้องคำนึงถึงความแตกต่างในลักษณะสังคม และทั้งลักษณะเฉพาะของคนสูงอายุแต่ละคนดังกล่าวแล้วด้วย

สุภัทรา สุภาพ (2526 : 35) ได้กล่าวว่า ความต้องการของผู้สูงอายุไว้ 2 ประการ คือ

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลานหรือญาติอาจจะให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่สภาพ แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงทางสังคมที่ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำนาญบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ
2. ความต้องการในด้านที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่พักพิง เช่น อาจจะมีบ้านของตนเองหรือลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

แต่อย่างไรก็ตาม มีแนวทางที่เราใช้ในการศึกษาความต้องการของคนสูงอายุ โดยจำแนกความต้องการของคนสูงอายุออกเป็น 2 ประเภทคือ ความต้องการพื้นฐานกับความต้องการขั้นสูง

ความต้องการพื้นฐาน เป็นความต้องการสากลที่คนสูงอายุในโลกต้องแสวงหาให้ได้มาเท่ากับเป็นเส้นเลือดใหญ่หล่อเลี้ยงชีวิตของคนสูงอายุ ไม่ว่าจะอยู่ในสังคม วัฒนธรรมใด ๆ ก็ตาม จากการสำรวจความต้องการพื้นฐานในวัฒนธรรมต่าง ๆ กัน พอประมวลได้ว่าคนสูงอายุในโลกต่างมีความต้องการตรงกันที่จะ

1. มีชีวิตอยู่ยาวนานเท่าที่จะเป็นไปได้ หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสรรพสิ่งรอบตัวนั้นไม่มีความหมาย หรือว่าความตายจะเป็นหนทางปลดปล่อยภาวะของชีวิตได้ดีกว่าการมีชีวิตอยู่
2. รักษาพลังและศักยภาพทางร่างกาย และทางสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวอย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้
3. การป้องกันและธำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นของคนในวัยวัยต้น เช่น ความรู้ ความชำนาญ ทรัพย์สินสมบัติ สิทธิความเป็นเจ้าของ เกียรติคุณและอำนาจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้คนสูงอายุจะหวงแหนไว้เป็นสิทธิและสมบัติเฉพาะของผู้อาวุโสเท่านั้น

ความต้องการขั้นสูง เป็นความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุก็ได้ เป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมที่เขาอาศัยอยู่ และจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย เป็นลักษณะที่

เข้ากับวิถีชีวิตของคนสูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาของแบบแผนวัฒนธรรมและบรรทัดฐานของสังคมตัวอย่าง เช่น ในสังคมตะวันตก ความต้องการขั้นสูงของผู้สูงอายุ คือการมีงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย มีบริการทางสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักอาศัย มีการศึกษาผู้ใหญ่ ฯลฯ เช่น สังคมสหรัฐอเมริกา เป็นต้น ในขณะที่สังคมตะวันออก เช่น สังคมไทย ความต้องการเหล่านี้ อาจจะไม่ใช่ว่าสำคัญเท่ากับการได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว ดังนั้นความต้องการชนิดนี้จึงเท่ากับเป็นผลของวัฒนธรรมที่มีการปรับปรุงให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนแต่ละกลุ่มตามลักษณะวัฒนธรรมของเขา

การที่คนสูงอายุได้รับการสนองความต้องการขั้นสูง เช่น ได้มีโอกาสและสิทธิที่จะศึกษา และค้นพบคุณค่าของชีวิตในวัยชรา ได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมายจะทำให้เกิดความพอใจในชีวิตวัยชรา เมื่อความตายมาถึงก็จะเป็นความตายที่น่ายินดีและเหมาะสมกับรูปแบบชีวิตของเขา

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าการเข้าสู่วัยชราที่มีคุณค่านั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากสังคมและตัวบุคคลร่วมกัน เพราะบุคคลจะไม่สามารถบรรลุถึงวัยชราที่มีความสุขและมีความหมายได้โดยลำพังตนเอง เมื่อวัยชรามาถึงผู้ใดก็หมายความว่าต้องมีการปรับตัวเข้าหากันระหว่างผู้นั้นกับสังคมของเขาแทนที่จะแยกตัวออกจากกัน แต่ในสังคมปัจจุบันนี้คนวัยหนุ่มสาวสามารถจะจัดการกับปัญหาและภารกิจของตนเองได้โดยไม่ต้องอาศัยผู้สูงอายุ จึงทำให้ช่องว่างระหว่างวัยมีแนวโน้มจะกว้างออกทุกทีโดยเฉพาะระหว่างคนที่สูงอายุมาก ๆ กับสังคมรอบตัวของเรา ยิ่งกว่านั้นสิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือสภาวะสังคม เช่น ปัจจุบันนี้ยังไม่มีอะไรที่จะประกันว่าคุณค่าและความหวังที่สังคมให้แก่คนสูงอายุจะไม่ลดน้อยถอยลงหรือสูญหายไปในอนาคต เพราะความเกื้อหนุนซึ่งกันและกันระหว่างคนสูงอายุ กับคนหนุ่มสาวของทุกสังคมเวลานี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพที่เปราะบาง ผิดแผกอย่างยิ่ง ความต้องการซึ่งกันและกันของทั้งสองฝ่ายโดยเฉพาะจากด้านคนหนุ่มสาวนั้นมีความจำเป็นลดลงเรื่อย ๆ จนแทบจะไม่มีมีความจำเป็นอีกต่อไป ภาวะการเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานในสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปในอนาคตนั้น อาจทำให้ความต้องการทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ซึ่งเป็นสิทธิพิเศษของคนสูงอายุถูกลบล้างลงเสียได้ อันจะเป็นภาวะคุกคามต่อความรู้สึกของคนสูงอายุอย่างยิ่ง เพราะในแง่ของสังคมปริทัศน์ยังไม่พบว่ามียุคอื่นใดสำหรับคนสูงอายุที่จะมาแทนที่ลูกหลานได้ ไม่ว่าจะเป็นโดย

หน้าที่ทางสังคมบังคับหรือโดยแรงจูงใจใด ๆ ก็ตาม เราก็ยังมีความหวังว่าลูกหลานยังมีความเต็มใจในการรับภาระการเลี้ยงดูญาติผู้ใหญ่ของตนในยามไร้ที่พึ่ง ยิ่งกว่านั้นยังเป็นที่เชื่อกันว่า ผู้เยาว์กับผู้สูงอายุต่างได้รับประโยชน์จากกันและกันในสังคมนี้ สิ่งที่ทำให้สังคมมนุษย์แตกต่างจากสังคมสัตว์ เพราะยังไม่เคยปรากฏว่าสังคมของสิ่งมีชีวิตใดที่ให้การดูแล แต่สมาชิกวัยชราของตนเหมือนสังคมมนุษย์ในพวกสัตว์นั้นมีแต่ปล่อยให้บรรพบุรุษของมันสิ้นร่นเพื่อความอยู่รอดโดยลำพัง แต่อย่างไรก็ตาม ก็เป็นเรื่องที่พึงระวัง และพึงหาทางป้องกันเพราะประวัติศาสตร์ก็เคยบันทึกถึงความโหดร้ายทารุณที่มนุษย์กระทำกับบรรพบุรุษของตนในกลุ่มบางสังคมมาแล้วในอดีต และการกระทำดังกล่าวยิ่งเห็นมโหฬารกว่าสัตว์อื่น ๆ หลายเท่า เมื่อเปรียบเทียบกันในเรื่องของความลึกซึ้งแนบเนียนในวิธีการของการกระทำนั้น ๆ (พันธุพิทย งามสุต. 2533 : 8-9)

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต

2.1 ความหมายของแบบแผนชีวิต (Lifestyle or Style of life)

ในปัจจุบันทางการแพทย์และระบาดวิทยามีความเห็นพ้องกันว่า นอกจากปัจจัยทางพันธุกรรม การติดเชื้อ มีผลต่อสุขภาพแล้วแบบแผนชีวิตของบุคคลยังมีความสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน (Badura. 1984 : 341) ซึ่ง เวบสเตอร์ ให้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน คือสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่น ซึ่งได้แก่ ครอบครัว ชุมชน แพทย์ และสถานบริการทางสุขภาพ มี 3% นอกจากนี้ยังมีพันธุกรรม หรือสิ่งที่ร่างกายมีอยู่ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ มี 16% และส่วนที่สำคัญที่สุดคือ แบบแผนชีวิตหรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้โดยลำพังเพื่อสุขภาพอนามัย มีถึง 53%

แบบแผนชีวิต เป็นการปฏิบัติหรือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งการปฏิบัตินี้สามารถก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการศึกษาการเรียนรู้และการเลือกปฏิบัติจนเป็นนิสัย หากบุคคลมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความมีสุขภาพดี เพราะสุขภาพของบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านแบบแผนชีวิตมากกว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์ (ครุณี พุดทะวัต. 2533 : 1)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตไว้แตกต่างกัน เช่น

โอบาลเลย์ (O' Brien and O' Malley. 1982 : 39-40) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง นิสัยที่ประพฤติกการดำรงชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ

✱ ชูลท์ (Shultz. 1984 : 271) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง นิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งนิสัยนี้มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

✱ คูลบอก, เอิร์นส์ และมองโกเมอร์ (Kulbok, Earls and Montgomery. 1988 : 25) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง การที่บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งบุคคลนั้นได้เลือกแล้วโดยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้นั้น ในด้านดีหรือไม่ดีก็ได้

วิลเลย์ และคามาโช (Wiley and Camacho. 1980 : 1) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในดุลยพินิจ ซึ่งเป็นส่วนที่ประพฤติกเป็นปกติของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

✱ ซิงเกอร์ (Singer. 1982 : 303) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง แนวทางในการดำเนินชีวิตที่บุคคลใช้เป็นตัวนำกิจกรรมประจำวัน

✱ จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า แบบแผนชีวิต หมายถึง แบบแผนนิสัยหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ประพฤติกเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งแบบแผนชีวิต หมายถึง ลักษณะทางจิตและสังคมที่คนในชุมชนนั้นประพฤติกปฏิบัติ

2.2 ประเภทของแบบแผนชีวิต

2.2.1 ด้านร่างกาย

วอล์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender. 1987 : 77) ได้อ้างถึงดันน์ (Dunn) และทราวิส (Travis) ว่า ดันน์เป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึงแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพและการมีอายุยืน ต่อมาอีกสองทศวรรษทราวิสได้อธิบายถึงมิติของสุขภาพคือการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อนตนเอง โภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงของอวัยวะต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น สามารถทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานประสานกันได้ดีขึ้น และสามารถลดความตึงเครียดทางจิตใจได้อีกด้วย

5. อุดจาระ ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพการขับถ่ายอย่าให้ท้องผูก ซึ่งสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประเภทของอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น และควรดื่มน้ำมาก ๆ นอกจากนี้แล้วการฝึกหัดการขับถ่ายเป็นประจำทุกวันจะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการทำงานของลำไส้ใหญ่ได้ดีขึ้น

เมกไกลน และคิกค์ (McGlone and Kick. 1978 : 482-485) กล่าวว่า พฤติกรรมเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ คือ การดูแลเรื่องภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ และการรักษาสุขภาพจิต

จากการศึกษาค้างกล่าวมาแล้วจะเห็นว่า การส่งเสริมดำรงรักษาสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ดี ควรดูแลในด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ ด้านสังคมและจิตวิทยา ได้แก่ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อัตมโนทัศน์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. การดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ (deliberate action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, D. E. 1985) ในภาวะปกติแล้วผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจาก

ทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและปัญญาเสื่อมถอยลง ตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพ (Health state) และความต้องการ การดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้สูงอายุได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้น หมายถึง การที่บุคคลซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่อยู่ใน ความรับผิดชอบ (dependent member) (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 7-8)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) เป็น กิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล ตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งโอเร็ม (Orem. 1985; ในสมจิต หนูเจริญกุล ในลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533 : 132-136) แบ่งการดูแล ตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 อย่างคือ

- 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็น การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพ ของบุคคล ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย และจิตใจไปในทางเสื่อมถอยลง ทำให้มีโอกาส เกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย จึงมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น ได้แก่ การ คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม การคงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล การ ขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ การคงไว้ซึ่งความสามารถ ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ตลอดจนยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม การคงไว้ซึ่งความสมดุล ระหว่างการอยู่คนเดียว กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น รู้จักคิดต่อขอความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคม ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตราย ต่อชีวิต และสวัสดิภาพ เรียนรู้การดำรงชีวิตตามข้อจำกัดทางร่างกายได้ตามอัธยาศัย รวมทั้งป้องกันไม่ให้ความเสื่อมถอย

หรือความผิดปกติทางร่างกายที่รุนแรงขึ้น สนับสนุนให้กำลังใจบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว คงไว้ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับ และสามารถเผชิญกับการสูญเสียต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อการพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา เป็นต้น

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้น (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรค หรือเจ็บป่วย

ครุณี ชูณะวัต (2533 : 1) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นของมนุษย์โดยทั่วไป ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เพราะการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน

ดังนั้นการดูแลตนเองจึงมุ่งเน้นการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นพฤติกรรม การดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมแบบแผนชีวิต (life style behavior) ที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การพักผ่อน การจัดการความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) ซึ่งเมอร์เรย์และเซนตเนอร์ (Murray and Zentner, 1985 : 18) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องปฏิบัติและลงมือกระทำเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นคำที่ใช้แทนกันได้

การดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ เป็นการสนองความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลตนเองทั้งหมดต้องเพิ่มขึ้น เนื่องจากขบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพิจารณาระบบการดูแลตนเอง และการที่ผู้สูงอายุจะสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ดีหรือไม่ขึ้นกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ข. โภชนาการ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อม ในการที่จะป้องกันไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมเร็วเกินไป (กุลยา ตันคิลาชีวะ. 2523 : 9) ความชราหรือความแก่ไม่ได้เกิดจากการที่มีอายุเพิ่มขึ้น แต่ขึ้นอยู่กับบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง ตั้งแต่ในวัยเด็กถึงหนุ่มสาว หรืออีกนัยหนึ่งคือ การบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจจะโดยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือไม่ถูกส่วนก็ทำให้ดูแก่เกินวัย บางคนอายุเพียง 40 ปีก็อาจดูแก่กว่าคนอายุ 50-60 ปี ทั้งนี้เพราะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

วิธีการลดความแก่มีหลายวิธีประกอบกัน แต่ที่สำคัญคือ เรื่องอาหาร ขณะนี้มีการค้นคว้ากันมากในเรื่องอาหารและสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการแพทย์เจริญมากขึ้น คนอายุยืน การศึกษาภาวะโภชนาการและความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญเพิ่มขึ้น ดังนั้นโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงและพยายามที่จะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าเพิ่มเสริมร่างกายให้แข็งแรง อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

1. พลังงาน ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งเกิดจากสาเหตุใหญ่ ๆ คือ การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากการสลายตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น

ผู้ชายอายุ 30-60 ปี น้ำหนักตัว 65 กิโลกรัม ทำงานเบา ๆ ความต้องการพลังงานต่อวันประมาณ 2,500 กิโลแคลอรี เมื่ออายุมากขึ้นคือในช่วง 60-69 ปี ความต้องการพลังงานลดลงประมาณ 10% หรือ 250-300 กิโลแคลอรี เพราะฉะนั้นเหลือเพียงประมาณ 2,200 กิโลแคลอรี เมื่ออายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ความต้องการพลังงานลดลง 20% คือประมาณ 500-600 กิโลแคลอรี

ผู้หญิงก็เช่นเดียวกัน แต่ความต้องการพลังงานของผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชาย ผู้หญิงอายุ 30-60 ปี มีความต้องการพลังงานประมาณ 1,900 กิโลแคลอรี และลดลงเหลือ 1,700 และ 1,500 กิโลแคลอรี เมื่ออายุ 60-69 ปี และมากกว่า 70 ปี ตามลำดับ ส่วนมาตรฐานของประเทศแคนาดาที่แนะนำไว้คือ 1,500 กิโลแคลอรี ในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 65 ปี และ 2,000 กิโลแคลอรีในผู้ชาย

จากข้อมูลเหล่านี้จะเห็นว่า ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณพลังงานน้อยลง ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ไขมัน คาร์โบไฮเดรต ดังนั้นจึงควรลดอาหารเหล่านี้ และ

ต้องมีการออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามการลดอาหารก็ต้องคำนึงถึงคุณค่าอาหารด้วย หลักการคือ พยายามลดเฉพาะไขมันและคาร์โบไฮเดรต แต่ให้คงปริมาณและคุณภาพของโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุไว้

2. โปรตีน โปรตีนผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียเนื่องจากการสลายของกล้ามเนื้อโครงร่าง (SKELTAL MUSCLE) ร่วมกับลดความต้องการโปรตีน เพื่อนำไปเสริมสร้างเนื้อเยื่อเพื่อความเจริญเติบโต ด้วยเหตุนี้จึงทำให้คิดว่าผู้สูงอายุจะมีความต้องการโปรตีนต่ำลง แต่เนื่องจากโปรตีนที่มีอยู่นั้นมีกรดอะมิโนไม่เพียงพอกับความต้องการ อีกทั้งความเครียดของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุจะเป็นผลทำให้ความสมดุลของไนโตรเจนเป็นไปในทางลบ ผู้สูงอายุจึงยังคงมีความต้องการโปรตีนในปริมาณที่สูงจากอาหาร พบว่าผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนวันละ 10 ของอาหารทั้งหมด

ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัมต่อวัน โปรตีนที่รับประทานเป็นโปรตีนคุณภาพสมบูรณ์ และเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ประมาณ 200 กรัม (2 ช้อน) ต่อวัน ถั่วเมล็ดต่าง ๆ นมวันละ 1 แก้ว จะให้โปรตีนและแคลเซียมสูง รวมทั้งไข่ วันละประมาณ 1/2 - 1 ฟอง ซึ่งมีผู้สูงอายุบางรายกลัวโคเลสเตอรอลในไข่ จนถึงกับไม่ยอมรับประทานไข่ ไข่เป็นอาหารที่มีประโยชน์ อุดมด้วยโปรตีน เกลือแร่ และวิตามินหลายชนิด โปรตีนในไข่ย่อยง่าย มีคุณภาพสมบูรณ์ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคหัวใจ หลอดเลือด หรือโรคไต จึงควรรับประทานไข่ในปริมาณดังกล่าว ภาวะที่ร่างกายมีความต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นคือภาวะเครียด มีไข้ มีแผลไหม้พอง ถ้าได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จะทำให้มีการเผาผลาญโปรตีนของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ออกมาใช้ ร่างกายจะทรุดโทรม ภูมิคุ้มกันทานโรคลดต่ำลง มีอาการเจ็บป่วยบ่อย ๆ ทำให้เบื่ออาหาร ทำให้ขาดสารอื่น ๆ ร่วมด้วย

ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับสารอาหารโปรตีนให้เพียงพอ ภาวะที่ร่างกายมีความต้องการโปรตีนลดลงคือ ในกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นโรคไตล้มเหลว จึงต้องมีการจำกัดปริมาณโปรตีนที่บริโภค

3. ไขมัน ไขมันเป็นอาหารที่ควรระมัดระวังอย่างมาก โดยเฉพาะคนอ้วนควรเป็นเพียงอาหารเสริมเท่านั้น เพราะไขมันให้พลังงานสูง ผู้สูงอายุควรรับประทานไขมันจากสัตว์ให้น้อยที่สุด แต่ควรรับประทานไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวประมาณร้อยละ 50 ซึ่งมีมากในน้ำมันพืชชนิดต่าง ๆ

เช่น น้ำมันถั่ว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว และถ้าผู้สูงอายุสามารถรับประทานได้ถึงวันละ 3 ช้อนโต๊ะ จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด นอกจากนั้น การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะช่วยลดภาวะการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ หลังอาหาร หรือ ท้องเสียได้

ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับไขมันไม่เกิน 20-30% ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน

4. คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรลดการบริโภคสารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตลง โดยเฉพาะน้ำตาลต่าง ๆ เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงานและการบริโภคควรอยู่ในรูปของแป้งมากกว่า เพราะนอกจากได้คาร์โบไฮเดรตแล้วยังมีวิตามินและแร่ธาตุด้วย

ปัญหาเกี่ยวกับที่ร่างกายไม่สามารถย่อยน้ำตาลจากนมคือ แลคโตสได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดเสียดท้อง หรือท้องเดินหลังดื่มนม อาหารนมมีประโยชน์มากเพราะเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี มีแคลเซียมสูง การแก้ปัญหาอาจรับประทานเนยแข็งแทนการดื่มนมได้ หรือดื่มนมครั้งละปริมาณน้อย ๆ และดื่มหักหลังอาหารซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวดเสียดท้องได้

5. สารเกลือแร่ ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมให้เพียงพอเพื่อให้มีความสมดุลของแคลเซียมในกระแสโลหิต ป้องกันโรคกระดูกพรุน เนื่องจากผู้สูงอายุก็มีแคลเซียมหลุดจากกระดูกได้ง่าย ร่วมกับการหลังกระดูกเกิดในกระเพาะอาหารน้อยลง ขับและขับออกทางไตน้อยลง เป็นผลให้มีการดูดซึมแคลเซียมในทางเดินอาหารน้อยลง ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมทุกวันเพื่อชดเชยส่วนที่ถูกทำลาย หรือถูกใช้ไป อาหารแคลเซียมควรได้รับวันละประมาณ 800 มิลลิกรัมต่อวัน โดยได้จากนม ผักใบเขียว เนื้อสัตว์ต่าง ๆ หรือผลไม้ เช่น มะละกอ และควรรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมสูง ๆ เช่น น้ำส้มคั้นกล้วย เป็นต้น

6. วิตามิน วิตามินที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุคือ วิตามินบี เพราะมีส่วนช่วยการทำงานของหัวใจ และระบบประสาท ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร อวัยวะการย่อยทำงานดีขึ้นควรได้รับประมาณวันละ 10.9 มิลลิกรัม นอกจากนั้นวิตามินบี 2 ควรได้ประมาณวันละ 1.3 มิลลิกรัม ในอาซีนประมาณ 15 มิลลิกรัม และวิตามินซี ประมาณ 70 มิลลิกรัม

7. น้ำ น้ำเป็นสิ่งจำเป็นมาก ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยประมาณวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1 มิลลิลิตร/กิโลแคลอรี หรือ 30 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ

1,500 มิลลิลิตร เพื่อช่วยการทำงานของไต ผิวหนังระบบการย่อยอาหารและช่วยให้สารอาหารต่าง ๆ กระจายไปยังเซลล์ทั่วร่างกายได้

8. โยอาหาร แม้ว่าโยอาหารจะไม่ใช้สารอาหาร แต่ร่างกายคนเราก็มีความต้องการโยอาหารช่วยในการขับถ่าย ทำให้ท้องไม่ผูก ทั้งนี้ต้องไม่รับประทานมากเกินไป เพราะจะมีผลต่อการดูดซึมแร่ธาตุต่าง ๆ อาหารที่มีโยอาหารสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และธัญพืช (ไม่ได้ขัดสี)

ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยกว่าเดิม ดังนั้นอาหารที่รับประทานควรมีแคลอรีต่ำตอนที่อยู่ในวัยกลางคนคือ ควรลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันให้น้อยกว่าเดิม รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ เช่น เนื้อสัตว์ นม ผักใบเขียวและผลไม้ ผู้สูงอายุควรรับประทานมื้อละจำนวนน้อยแต่ให้บ่อยครั้งขึ้น คือวันละประมาณ 5-6 มื้อ เพื่อช่วยให้อาหารย่อยได้สะดวก และมีการดูดซึมได้ดี (วิจิตร บุญยะโทตระ. 2533 : 87-92)

ค. การรักษาความสะอาดของร่างกาย

การดูแลผิวหนัง ผิวหนังของผู้สูงอายุจะบาง ไวต่อการกดทับและบาดเจ็บต่าง ๆ ไขมันใต้ผิวหนังน้อย หลอดเลือดฝอยตามผิวหนังจะหนา แดงง่าย ค่อมเหงื่อเหี่ยวผลิตเหงื่อได้น้อย ทำให้ผิวหนังแห้งกระด้าง การอาบน้ำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตใต้ผิวหนัง การอาบน้ำบ่อย ๆ จะไม่ช่วยให้สภาพของผิวหนังดีขึ้นนัก สำหรับวันที่อากาศแห้งและเย็นการอาบน้ำจะทำให้ผิวหนังแห้ง อาจทำให้เกิดตุ่มคันได้ ดังนั้นจึงควรอาบน้ำวันละครั้ง ในวันที่อากาศร้อน และอาจลดเป็น 2 วันต่อครั้ง ได้ในระยะเวลาที่มีอากาศหนาว

มือ เท้า และเล็บต้องได้รับการดูแลให้สะอาด เล็บคัดสั้นเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด เท้าก็ต้องดูแลเป็นพิเศษเพื่อป้องกันอันตรายและการบาดเจ็บต่าง ๆ ช่วยให้เกิดแผลได้เท้าเป็นอวัยวะแรกที่จะแสดงให้เห็นความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิตในเลือดฝอยส่วนปลาย นอกจากนั้นอาจมีปัญหาด้านการติดเชื้อต่าง ๆ เช่น เชื้อรา ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ซึ่งเป็นผลจากโรคเบาหวาน นิ้วเท้าของผู้สูงอายุมักจะหนาและผิดรูปร่าง

เป็นผลจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ได้รับอาหารเปลี่ยนแปลงไป และการขาดเลือดที่นิ้วเท้า การดูแลเท้า เล็บเท้าโดยการนวดนิ้ว ฝ่าเท้าและสันเท้า จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ดีขึ้น แช่เท้าด้วยน้ำอุ่นจัดประมาณ 10 หรือ 15 นาที จะช่วยให้เล็บอ่อนนุ่ม และช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากนั้นตัดเล็บให้สั้นเรียบ เลือกลีกรองเท้าที่พอเหมาะแก่เท้าและสวมสบาย

ผม ไม่ควรสระผมบ่อย เพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้งและเปลี่ยนสี ควรจะสระสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นอย่างมาก

เหงือกและฟัน เป็นอวัยวะที่สำคัญและจำเป็นในการดำรงชีวิตนับตั้งแต่เยาว์วัยจนกระทั่งถึงวันสุดท้ายของชีวิต ฟันมีหน้าที่สำคัญคือใช้บดเคี้ยวอาหาร ซึ่งอาหารเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการเจริญเติบโตของร่างกาย นับเป็นอวัยวะที่แข็งแรงที่สุดในร่างกาย จะทำหน้าที่กัด ฉีก บดเคี้ยวอาหาร แต่ทั้งนี้อาหารจะละเอียดแค่ไหนฟันจะต้องอยู่ในสภาพที่แข็งแรงไม่เป็นโรค

ตา ผู้สูงอายุมีสายตาไม่ดี ส่วนใหญ่ต้องใช้แว่นสายตาช่วย แสงสว่างภายในบ้านควรมีให้มากพอเหมาะกับสายตา ไม่จ้าหรือสลัวจนเกินไป

การดูแลสุขภาพปากและฟัน ผู้สูงอายุมักจะมีการเสื่อมสภาพของโครงสร้างฟัน เป็นผลให้เหงือกและโยต่าง ๆ ที่ยึดรากรันไว้ถูกทำลาย ฟันร่วงหลุดง่าย และเมื่อใส่ฟันปลอมการใส่ฟันที่ไม่เหมาะสม การถอดเข้าถอดออกบ่อย ๆ หรือการไม่ใส่ฟันปลอม จะทำให้เกิดบาดแผลที่เหงือก นำไปสู่การติดเชื้ออื่น ๆ เมื่อหลังจากรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดของปากและฟันด้วยการล้างเหงือกและฟัน หรือใช้แปรงนุ่ม ๆ แปรงขึ้นลงที่ขอบเหงือกมาตามไรฟันนานประมาณ 35 นาที ทุกครั้ง ใช้น้ำอุ่นหรือน้ำเกลือจะช่วยรักษาเหงือก และความสะอาดในช่องปาก ในบางครั้งการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันอาจไม่สามารถขจัดเศษอาหารได้หมด จึงควรใช้ไม้จิ้มฟันช่วยเช็ดเศษอาหารออก ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมควรถอดออกล้างทุกครั้งหลังอาหาร และแช่ด้วยน้ำสะอาดไว้ในเวลา กลางคืน และควรคิมน้ำมาก ๆ

เสื้อผ้า ควรมีขนาดที่สวมใส่ง่ายและสบาย ควรเป็นผ้านิ่ม ซักทำความสะอาดง่าย ไม่มีรอยย่นหรือตะเข็บมากเกินไป เสื้อผ้าควรเหมาะสมกับลักษณะของอากาศ

อวัยวะสืบพันธุ์ ในผู้หญิงมักมีการขับสารบางอย่างออกจากช่องคลอดมากขึ้น ในระยะหลังหมดประจำเดือน ภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง จำเป็นต้องทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่ แล้วซับให้แห้ง

ง. การขับถ่าย ปัญหาการขับถ่ายที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุมากคือ อาการท้องผูกอย่างรุนแรง อุจจาระแข็งถ่ายไม่ออก จำเป็นต้องสวนและใช้ยาถ่ายเข้าช่วย บางรายอาจจะมีสุขนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนไปเป็นถ่ายวันเว้นวัน หรือวันเว้น 2 วัน ฉะนั้นการฝึกการขับถ่าย อุจจาระจะให้ เป็นปกติทุกวัน และสะดวกจึงจำเป็นมาก ซึ่งทำได้โดยให้อาหารที่มีกากพอสมควร และฝึกถ่ายในตอนเช้าภายหลังคิมน้ำประมาณ 1 แก้ว เป็นเวลา 30 นาที ก็จะช่วยให้รู้สึกอยากถ่าย และถ่ายคล่องขึ้น

ปัญหาการถ่ายปัสสาวะจะมีมากขึ้น ทั้งนี้เพราะกระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุจะเล็กลง การจุเก็บน้ำปัสสาวะจึงลดลงคือประมาณ 250 ซีซี. เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลงถึงร้อยละ 50 อีกประการหนึ่งคือ รูปร่าง หรือโครงสร้างของกระเพาะปัสสาวะและอวัยวะใกล้เคียงเปลี่ยนไปทำให้ปัสสาวะไม่สะดวก ตลอดจนกล้ามเนื้อที่ยึดเปิด-ปิด บริเวณช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดตัว ทำให้มีปัสสาวะไหลซึมออกได้ง่าย

จ. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นกุญแจสำคัญที่จะป้องกันความเสื่อมในวัยสูงอายุ โดยจะช่วยรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจและระบบการไหลเวียน ส่งเสริมความสามารถในการทำงานทั้งก่อนและภายหลังการเป็นโรค รวมทั้งมีสุขภาพจิตดี การออกกำลังกายจะช่วยลดระดับของไขมันในเลือด และความเครียดได้ด้วย ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายให้มากเท่าที่จะทำได้ และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่สะดวกและปลอดภัยคือการแกว่งแขน การเดิน การนั่งยกขา การนอนหงายยกขา การเดิน การเดินสลับ การก้าวเดิน การก้าวขา เหล่านี้เป็นต้น

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2527 : 177) กล่าวว่า ข้อเสนอแนะในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการสัมมนาทางด้านความแข็งแรงในผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศไทยอเมริกา ไว้ดังนี้

1. การออกกำลังกายไม่ควรจำกัดความสามารถของร่างกายในทางที่ผิด
2. ควรยืดกล้ามเนื้อเป็นประจำก่อนออกกำลังกาย (อุ่นเครื่อง) และภายหลังการ

ออกกำลังกาย

3. โปรแกรมฝึกการออกกำลังกาย ควรอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ นักกายภาพ หรือนักพลศึกษา

4. ผู้ที่เป็นนักกีฬาเก่า ควรออกกำลังกายตามศักยภาพและข้อจำกัดของตน

5. ผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงควรมีส่วนในการออกกำลังกายได้มากเช่นเดียวกับผู้ชาย

อวย เกตุสิงห์ (2526 : 59-60) กล่าวว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีหลักสำคัญคือ

1. ไม่ใช่แรงมากนัก เริ่มแต่น้อย ๆ ก่อน ทำแล้วรู้สึกกระฉับกระเฉง แสดงว่าพอดี หากทำแล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงแสดงว่าน้อยไป และถ้าหากปวดเมื่อยมากแสดงว่าหักโหมไป

2. ควรทำอย่างช้า ๆ ไม่ควรแข่งขัน และควรหยุดการออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเป็นไข้ มีความดันโลหิตสูง และรู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ

การบริหารที่จำเป็นคือ การออกกำลังกายหัวใจ เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อทรงอกให้ขยาย และแข็งแรงขึ้น ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้เต็มที่และออกกำลังกายเบาๆโดยสม่ำเสมอทุกวัน เช่น การเดินเล่นเหยียดแขน การออกกำลังกายตอนบ่ายหรือเย็น เนื่องจากในช่วงเช้าการเผาผลาญอาหารสูงในขณะที่ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับประทานอาหารอาจทำให้เป็นลมหรือได้รับอุบัติเหตุได้

วิจิตร บุญยะโทตระ (2533 : 99-104) อธิบายถึงอายุขัยของคนอาจแบ่งออกได้เป็น

4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วัยเด็กนาน 15 ปี (อายุแรกเกิด - 15 ปี) เป็นวัยเล่นและวัยเรียน

ระยะที่ 2 (วัยเปลี่ยนแปลงเป็นผู้ใหญ่) นาน 10 ปี (อายุ 16-25 ปี) เป็นวัยศึกษา

เพื่อเตรียมตัวประกอบอาชีพ

ระยะที่ 3 (วัยผู้ใหญ่) นาน 35 ปี (อายุ 26-60 ปี) เป็นวัยทำงาน

ระยะที่ 4 (วัยชรา) นาน 10 ปี (อายุ 61-70 ปี) เป็นวัยพักผ่อน

การยืกระยะที่ 4 ออกไปอีกในปัจจุบันสามารถทำได้ และคงทำได้มากขึ้นอีกในอนาคต

ความพยายามที่แท้จริงในการยืดยุ่นอายุคนคือ การยืกระยะที่ 4 นั่นคือทำให้คนสูงอายุไม่เป็นคนชรา ที่ไร้สมรรถภาพ หรือจะเรียกว่า "แก่อย่างสง่า" ก็ได้

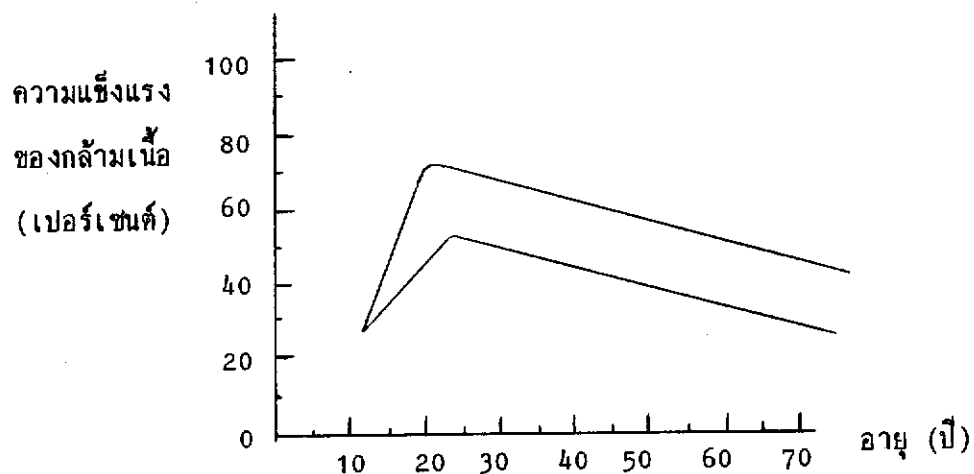
เป็นการยากที่จะพิสูจน์ได้แน่ชัดว่า การออกกำลังกายทำให้คนมีอายุยืนขึ้นได้ แต่มีหลักฐานแน่นอนว่า ผู้ที่ออกกำลังกายโดยถูกต้องเป็นประจำ แม้จะสูงอายุแล้วก็ยังมีความกระฉับกระเฉง มีสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ มีโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนน้อย สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้อีกต่อไปอีกแทนที่จะเป็นภาระแก่สังคม

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสมรรถภาพตามวัย การเจริญและการเสื่อมโทรมของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ในเด็กการเจริญมีมากกว่า ร่างกายจึงมีการขยายขนาดทั้งด้านความสูงและด้านน้ำหนักตัวจนกระทั่งเมื่อโตเต็มที่ การขยายทางด้านความสูงจะหยุด ด้านน้ำหนักตัวจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ช้า ๆ ส่วนใหญ่ไปในทางบวก คือเพิ่มขึ้น การเจริญที่มีอยู่ในช่วงนี้ของชีวิตคือ การซ่อมแซมส่วนที่เสื่อมโทรมไปในผู้สูงอายุอัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าการเจริญ จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ ได้โดยทั่วไป และเกิดเป็นโรคที่พบเสมอ อาทิเช่น หลอดเลือดตีบแข็ง ข้อติดขัด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงตามวัยของคนแต่ละคนในแต่ละระยะมีการแตกต่างกันอยู่บ้าง จะเห็นได้ว่า คนบางคนดูแก่กว่าอายุจริง หรือบางคนดูอ่อนกว่าอายุจริง สิ่งที่เป็นตัวกำหนดการเจริญและเสื่อมที่สำคัญคือ ลักษณะจำเพาะในเซลล์ของแต่ละคน ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ แต่สิ่งแวดล้อมก็สามารถเปลี่ยนแปลงอัตราการเจริญและเสื่อมได้มาก การเล่นกีฬา การพักผ่อน ความเคร่งเครียด เป็นต้น

โดยทั่วไปหลังอายุ 30 ปีไปแล้ว ร่างกายจะค่อย ๆ เสื่อมโทรมลงและสมรรถภาพจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เห็นชัดคือ ผิวหนังและโครงร่าง

ระบบการเคลื่อนไหว สมรรถภาพของระบบการเคลื่อนไหวลดลง กล้ามเนื้อจะฝ่อลง มีเนื้อเยื่ออื่นแทรกกระหว่างเส้นใยกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อยึดติดไม่เหมือนเดิม ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ข้อต่อต่าง ๆ จะมีการเสื่อมสภาพ ทำให้ความเคลื่อนไหวลดการคล่องตัว ขณะเดียวกันการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อประสาทจะเสื่อมลง ทำให้การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวลดลง

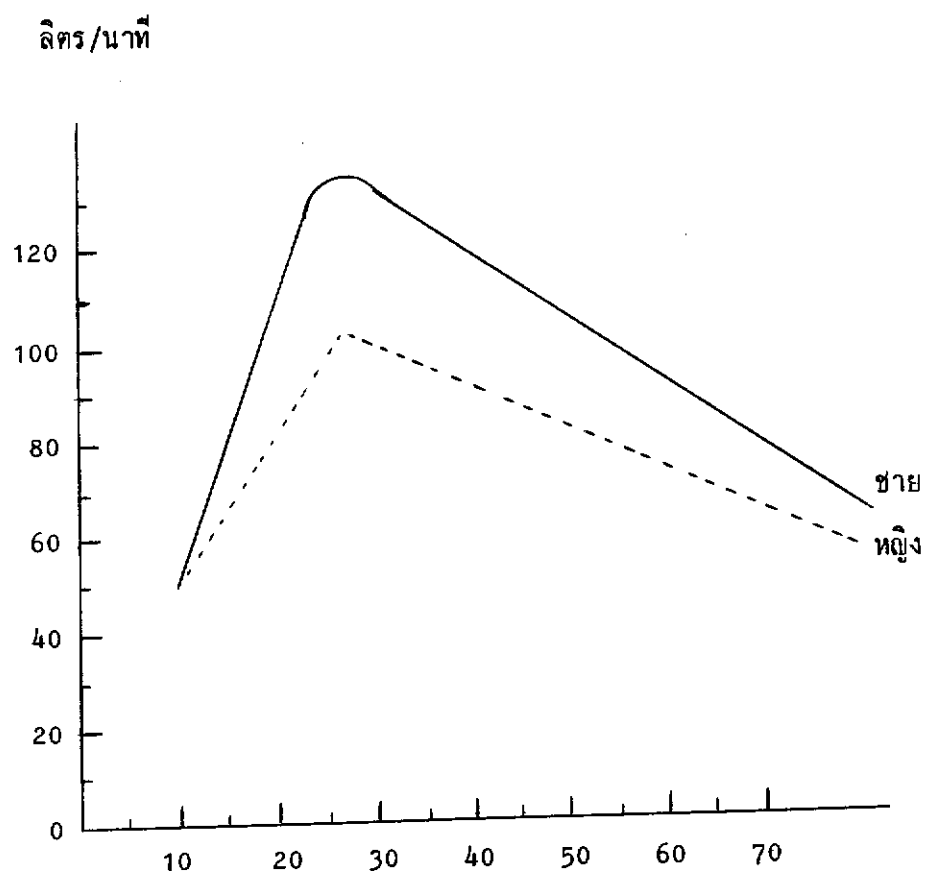


ภาพประกอบ 1 การเสื่อมของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตามวัย

แหล่งที่มา : วิจิตร บุณยะโทตระ. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2533 :

101

ระบบการหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะอวัยวะในการหายใจเข้าออก (ทรวงอก) ลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่นและความสามารถของถุงลมในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง ปอดจะรับออกซิเจนได้น้อยลง

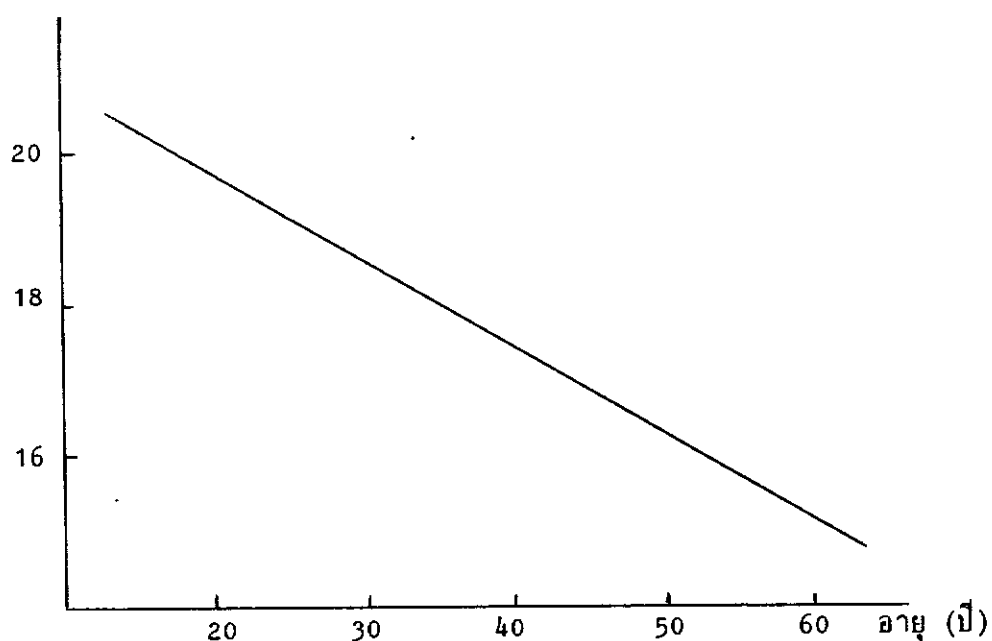


ภาพประกอบ 2 การเสื่อมของสมรรถภาพการหายใจสูงสุด (ปริมาณอากาศที่สามารถหายใจเข้าออกได้เต็มที่ภายใน 1 นาที) ตามวัย

แหล่งที่มา : วิจิตร บุญยะโทตระ. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2533 : 1

ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม เพราะเกิดเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น การสูบฉีดเลือดของหัวใจจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ปริมาณเลือดที่ถูกสูบฉีดออกไปได้สูงสุดลดลง หลอดเลือดมีการแข็งตัวทำให้แรงดันเลือดสูงขึ้น แต่เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณลง

ลิตร/นาที



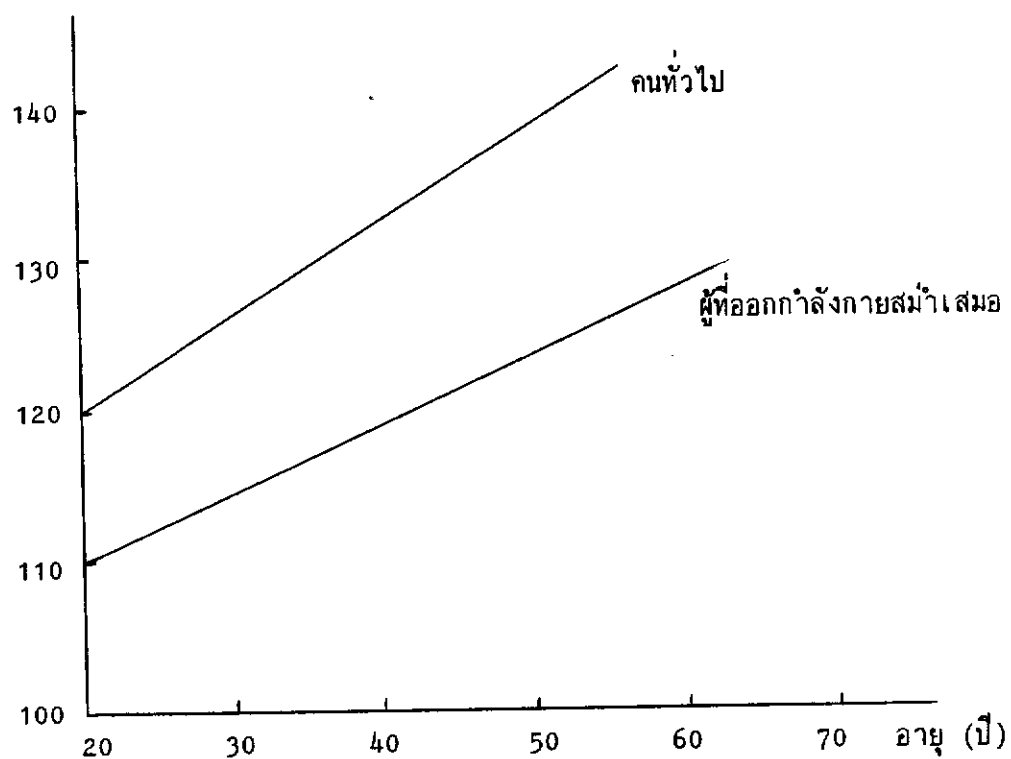
ภาพประกอบ 3 อัตราสูงสุดก่อนหน้าที่ของหัวใจชายสูงอายุวัยต่าง ๆ

แหล่งที่มา : วิจิตร บุญยะโทตระ. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2533 :

103

ค่าเฉลี่ยแรงดันเลือดซิสโตลิก (แรงดันในหลอดเลือดหัวใจบีบตัว) ในคนทั่วไปจะมีค่าประมาณ 90 อายุ (ปี) แต่ค่าที่ค่าเฉลี่ยไม่ได้หมายถึงค่าปกติ ในผู้ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่าคนทั่วไป ในระดับอายุเดียวกันและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยข้างต้นนี้

ค่าความดัน ซีสโตลิก



ภาพประกอบ 4 แสดงค่าเฉลี่ยความดันเลือดซีสโตลิกในคนทั่ว ๆ ไป เทียบกับผู้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

แหล่งที่มา : วิจิตร บุญยะโทตระ. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2533 :

จ. การพักผ่อนและการนอนหลับ

การนอนหลับที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้ความคิด การตัดสินใจแก้ปัญหา ความจำ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติการกิจในหน้าที่ให้คุ้มค่าสูง โดยเพิ่มสุขภาพอนามัยของร่างกายและจิตใจได้สมบูรณ์ การพักผ่อนนอนหลับ เป็นสิ่งจำเป็นมากในวัยนี้ การพักผ่อนคือการนั่งพักผ่อนพักเฉย ๆ โดยไม่ได้หลับ ระหว่างมื้ออาหารช่วงใดก็ได้จะช่วยให้ร่างกายมีความสดชื่น พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือ เช่นเดียวกับการนอนหลับ ถ้าหลับได้เพียงพอจะตื่นขึ้นมาด้วยอารมณ์สดชื่น แจ่มใส เบิกบาน กระปรี้กระเปร่าด้วย

ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทางร่างกายลดลง ต้องการอาหารน้อยลง แต่ต้องการการพักผ่อนมากขึ้น ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรพักผ่อนเต็มที่ในที่ ๆ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงรบกวน ถ้าในรายที่นอนหลับยากก่อนนอนอาจดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ประคบเท้า รุ่งก่อนนอน งดน้ำชาหรือกาแฟ การนวดหลังหรือฟังเพลงจะช่วยให้อารมณ์สดชื่นและหลับได้สนิท กิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ไม่ควรซับซ้อน เร่งร้อน ซึ่งจะมีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิต โดยเฉพาะหัวใจ งานประจำต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการและทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเล่น เขียนหนังสือ อ่านหนังสือ สนทนา (วงเวียนศิริรักษ์ และคณะ. 2532 : 18)

2.2.2 ด้านสังคมและจิตวิทยา

ก. การปรับตัว

สุภาณี กาญจนจारी (2534 : 344-346) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ ปกติร่างกายและจิตใจของมนุษย์มีส่วนสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ตามที่ท่านพุทธทาสภิกขุ ได้กล่าวว่า "จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว" แต่มนุษย์มักไม่ค่อยสนใจทางด้านจิตใจ สนใจแต่ทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ ทุกข์ทางใจ แก้ไขยาก ถ้าเกิดขึ้นเหมือนต้นไม้ที่ไม่ได้รดน้ำ พรุนดิน

กี่ย่อมโรยราเหี่ยวแห้ง และอับเฉาตายไป ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวหลายอย่างจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม เช่น ปลดเกษียณ การสูญเสียชีวิตคู่ และรายได้ลดลง สูญเสียอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ้างว้างและท้อแท้ ผู้สูงอายุจึงต้องเตรียมตัวและเตรียมใจจะต้องเผชิญกับความสูญเสียและความเสื่อมถอยของร่างกายดังนี้

1. ยอมรับว่าความสามารถลดลง และมีขอบเขตจำกัด
2. การปรับตัวต่อการปลดเกษียณ
3. การปรับตัวเพื่อที่จะยอมรับแบบแผนการดำเนินชีวิต
4. ยอมรับการสูญเสียและความตายกับความเสื่อมถอยของร่างกาย

ความเสื่อมทางร่างกายตามธรรมชาติของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ถ้าได้เตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะช่วยให้เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ มีจิตใจเศร้าหมอง รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว เกิดจาก

1. ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าทำอะไรช้า ตัดสินใจช้า เพราะสังขารเสื่อม
2. ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตใหม่
3. การสูญเสียชีวิตคู่ ญาติมิตร เพื่อนสนิท ทำให้เกิดความว้าเหว่
4. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณหรือต้องหยุดทำงานที่เคยทำประจำ ทำให้เกิดความรู้สึกตัวเองไม่มีสมรรถภาพ ทำให้ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

5. รายได้ลดลง

จากที่ได้กล่าวมาจะเห็นว่า สุขภาพจิตหรือปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจากที่เคยทำมาก่อนผู้สูงอายุ จะต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายถ้าได้เตรียมตัวก่อนจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ปรับตัวได้ดี ดังนั้นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำควบคู่กันไประหว่างปัญหาสุขภาพทางจิตและทางกาย เนื่องจากมีผลกระทบซึ่งกันและกัน

ข. สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม

การได้รับความเคารพนับถือ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้สูงอายุ การถูกละเลยไม่ได้รับการเคารพนับถือ เป็นการสูญเสียอันยิ่งใหญ่ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลจะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลา ซึ่งแสดงออกได้โดยใช้คำพูด น้ำเสียง ท่าที กริยามารยาท การแสดงออกเป็นการบอกถึงระดับของจิตใจ และวัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติ มีผู้กล่าวว่า จะกระตุ้นวัฒนธรรมของคนในชาติ ให้รู้การทํานุบำรุงเด็ก และผู้สูงอายุของชาตินั้น อย่าคิดว่าผู้สูงอายุ คือบุคคลที่หมดความสำคัญ หมดสภาพจากสังคม จึงไม่ต้องให้ความเคารพนับถือ การกระทำเช่นนี้ เป็นการบั่นทอนพลังใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จะต้องระลึกอยู่เสมอว่า "ผู้สูงอายุคือผู้สร้างให้วันนี้" แก่คนรุ่นหลัง มาหลายยุคหลายสมัยแล้ว

สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีความผูกพันกัน เพราะฉะนั้นจึงมีส่วนในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

สมพร อินทร์แก้ว (2532 : 27-30) อธิบายว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมามาก และมีความรู้ความสามารถในทางใดทางหนึ่งเป็นอย่างดี และวัยนี้ยังมีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ได้อีกมาก ลูกหลานและสังคมควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุในแง่นี้ ซึ่งผู้สูงอายุโดยทั่วไปก็มีความยินดีและเต็มใจให้คำปรึกษาและข้อคิดเห็นต่าง ๆ นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุยังเป็นบุคคลที่ได้อุทิศตนเพื่อครอบครัวและสังคมมาก่อน ฉะนั้นครอบครัวและสังคมจึงควรช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร ซึ่งจะได้รับประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเวลาเดียวกัน

เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัวและสังคมพึงประพฤติปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและความสำคัญ มีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำปรึกษาแนะนำต่าง ๆ

2. ควรระมัดระวังคำพูดหรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เช่น กล่าวคำทักทายก่อนเมื่อรับประทานอาหารก็ตักข้าวและเชิญให้รับประทานก่อน

3. ชักชวนพูดคุยและรับฟังถึงส่วนดีหรือเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของตน
4. ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจต่าง ๆ ตามความเหมาะสม เช่น ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่าง ๆ เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่าง ๆ และดูแลเอาใจใส่
5. เอาใจใส่เรื่องอาหารและการออกกำลังกายให้ได้รับอย่างเพียงพอและเหมาะสมเป็นประจำ
6. ที่พักอาศัย ผู้สูงอายุต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลานก็ควรอยู่บ้านเดียวกันเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น
7. ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติอย่างใกล้ชิด และเพื่อนร่วมวัยเดียวกันบ้าง
8. ให้ความเคารพยกย่องและนับถืออย่างสม่ำเสมอ เช่น ประเพณีรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์
9. ให้อภัยความหลงลืมและความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำและแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย
10. รัฐควรจัดบริการทางสังคมต่าง ๆ เช่น บริการทางการแพทย์ บริการสถานสงเคราะห์คนชรา และอื่น ๆ

ค. อัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นผลรวมของความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ อัตมโนทัศน์สร้างขึ้นมาจากการที่บุคคลรับรู้ถึงปฏิกิริยาของบุคคลอื่นต่อตนเอง และจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม (Driever. 1976 : 170)

อัตมโนทัศน์ เป็นนามธรรมเกี่ยวกับตนเอง เป็นการรวมทั้งหมดของการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งรวมถึงลักษณะท่าทาง บุคลิกภาพและการประเมินคุณค่าของลักษณะ

เหล่านั้น เป็นการรวมเจตคติ การตัดสินใจ และค่านิยม ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความสามารถ และคุณภาพ อัตมโนทัศน์เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองซึ่งส่งผลให้รับรู้เกี่ยวกับสถานะและสภาพของตน (Mattheis. 1982 : 80)

จากความหมายต่าง ๆ พอจะสรุปความหมายของอัตมโนทัศน์ได้ว่า หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ ค่านิยม การประเมินตนเองในด้านพฤติกรรมความสามารถ และเจตคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะในด้านการเห็นและการยอมรับคุณค่าในตนเอง พบว่าเพิ่มขึ้นตามอายุ แม้ว่าจะมีปัญหาบ้างในช่วงวัยหนุ่มสาวแต่ก็ผ่านไปด้วยดี ถ้ามีการประยุกต์อย่างเหมาะสมจนกระทั่งในวัยผู้ใหญ่อัตมโนทัศน์ค่อนข้างจะคงที่ แต่เมื่อถึงวัยสูงอายุก็อาจจะเกิดปัญหาขึ้นได้ เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเสื่อมสภาพ ภาวะหมดประจำเดือน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การสูญเสียคู่สมรส การเกษียณอายุ (Stuart and Sundeen. 1983 : 247)

ผู้สูงอายุนั้นจากที่ได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากความเสื่อมสภาพของร่างกายโดยเฉพาะด้านภาพลักษณ์ (Body image) ซึ่งจะมองเห็นความเสื่อมได้อย่างชัดเจน ความสวยงาม ความน่าสนใจลดลง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความพึงพอใจในสภาพร่างกายของตนลดลง และจากการที่ต้องเกษียณอายุ ออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลงกิจกรรมและบทบาทเดิมก็จะสูญเสียไป จะส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในตนเอง การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การสูญเสียคู่สมรส หรือถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยก็จะส่งผลให้มโนทัศน์ทางบวกลดลงได้ (Spier. 1984 : 275) แต่ถ้าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดีซึ่งอาจเกิดจากสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงในคนผู้สูงอายุ ไม่ยอมรับ ไม่พอใจ เกิดความเบื่อกัน ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็เผชิญกับความเครียดมากจะทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ยากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่ยอมรับตนเอง

การรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นกุญแจสำคัญ ในการทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะอัตตาคเป็นวิถีทางในการค้นหาตัวเองและผู้อื่น อัตตาคเป็นทุกสิ่งทุกอย่างของคน ทั้งความคิดเกี่ยวกับตนเองและความคิดที่ว่าตนเองจะเป็นอย่างไร และจะทำอะไรในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจตนเองมากขึ้น และยังส่งผลไปถึงการเข้าใจคนอื่นด้วย การเข้าใจตนเองและผู้อื่นจะทำให้มองตนเองได้ถูกต้องและยอมรับตนเองได้มากยิ่งขึ้น

ง. การวางแผนเพื่อการมีอายุยืน

คนเราได้ผ่านช่วงต่าง ๆ ของชีวิตมามากมาย ท้ายสุดก็มาถึงบั้นปลายของชีวิตอันเป็นช่วงเวลาแห่งการพักผ่อน หลังจากที่ต้องดิ้นรนและต่อสู้กับชีวิตมาอย่างโชกโชน การหาทางออกให้กับชีวิตในวัยนี้จึงอยู่ที่การรู้จักค้นหาวิถีการที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เบล็คคัลลาร์ด ได้เขียนไว้ในหนังสือชื่อ "จัดตัวท่านเอง" ว่า ในปีหนึ่ง ๆ มีคนไข้ประมาณ 255,000 คน เข้ารับการตรวจรักษาสุขภาพ ณ.เมย์โอคลินิก เมือง รอเชสเตอร์ รัฐมินนิโซต้า สหรัฐอเมริกา จากประสบการณ์ของคณะแพทย์ในคลินิกที่มีชื่อของโลกแห่งนั้น ซึ่งได้มาจากคนไข้มากกว่า 3.5 ล้านคน พอสรุปข้อเสนอแนะในการวางแผนเพื่อการมีอายุยืนได้เป็น 9 ขั้น (ปทุม พาสุนธ์. 2530 : 1) ดังนี้

ขั้นที่ 1 จงตระหนักว่าชีวิตจะยืนนานหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวเองเป็นส่วนใหญ่ ถ้าท่านอยากมีอายุยืนก็ต้องเอาใจใส่ดูแลรักษาสุขภาพแต่เนิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 40-50 ปี หากไม่ยอมอายุยืนก็จะปล่อยให้ชีวิตดำเนินไปตามยถากรรม การป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ยังมีบทบาทสำคัญเสมอในการดำรงชีพของทุกคน คำพูดที่ว่า "กันดีกว่าแก้" จึงยังใช้ได้ในทุกยุคทุกสมัย

ขั้นที่ 2 ให้แพทย์ตรวจร่างกายเป็นระยะ ๆ การให้แพทย์ตรวจร่างกายโดยละเอียดครั้งแรกถือได้ว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดเพื่อสุขภาพในอนาคต หากพบอะไรที่ผิดปกติก็จะมีโอกาสแก้ไขได้ทันการ มีหลายท่านกล่าวว่าหากพบอะไรผิดปกติแล้วก็จะไม่มีความสุข ไหน ๆ ก็เกิดมาแล้ว ควรรักษาสุขภาพเพื่อให้ชีวิตยืนยาวเท่าที่ปัจจัยต่าง ๆ จะอำนวย และมีเวลามากขึ้นสำหรับทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ตระกูลวงศ์ ชุมชน ประเทศชาติ และโลก การตรวจร่างกายครั้งต่อไปควรทำเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพราะได้มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเมื่อเร็ว ๆ นี้ พบว่าการตรวจร่างกายโดยละเอียดปีละ 1-2 ครั้ง ทุกปีให้ผลไม่คุ้มค่าใช้จ่าย สู้การตรวจร่างกายโดยละเอียดเพียงครั้งแรกและตรวจตามความจำเป็นในคราวต่อ ๆ ไปไม่ได้

ขั้นที่ 3 อย่าเห็นว่าอาการเล็กน้อยไม่สำคัญ ใหญ่ย่อมมาจากเล็ก มุทิกปนเลือดในสตรีก่อนเนื่อในเต้านมหรือในที่ที่ไม่ควรจะมี การเหนื่อยง่ายผิดปกติ การแน่นหน้าอกเวลาออกแรง การไอมีเลือดปนเสมหะ การมีน้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มเร็วผิดปกติ เป็นต้น อาจเป็นอาการนำของโรคภัยได้ ไม่มีใครจะสังเกตเรื่องร่างกายได้ดีกว่าตัวเอง อันที่จริงการปรึกษาแพทย์แต่เนิ่นจะช่วยทำให้หายกลัวโรคที่ยังไม่มี และทำให้บำบัดโรค ที่มีอยู่ได้ทันการ

ขั้นที่ 4 จงรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์พอดี น้ำหนักตัวสัมพันธ์กับความสูง ความหนาและขนาดของโครงสร้างของร่างกายในทางปฏิบัติ เมื่อทราบอายุ เพศ และความสูง แพทย์ก็สามารถคำนวณหาน้ำหนักพอดีให้ได้สูตรหนึ่งที่ย่างและใช้ได้สำหรับคนไทย ซึ่งมีอายุ 25 ปีขึ้นไป คือ

น้ำหนักตัวพอดีสำหรับชายร่างสันหัก (ก.ก.) ความสูง (ซม.) - 105

น้ำหนักตัวพอดีสำหรับหญิงร่างสันหัก (ก.ก.) ความสูง (ซม.) - 103

ถ้าโครงร่างเล็กให้ลดลงได้อีกร้อยละ 10 ถ้าโครงร่างใหญ่ให้เพิ่มได้อีกร้อยละ 10 ภาวะอ้วนที่ทำให้คนมีอายุไม่ยืน ส่วนใหญ่เกิดจากการกินอาหารมากเกินไปที่ร่างกายจะใช้ได้หมดในวันหนึ่ง ๆ ส่วนน้อยเกิดจากอิทธิพลทางกรรมพันธุ์และโรคต่อมไร้ท่อบางโรค ทุกคนควรกินอาหาร เค็ม-มัน-หวาน (รวมทั้งผลไม้หวานด้วย) แต่พอควรและกินผักใบเขียวเหลืองที่สะอาด ถั่วที่ไม่เป็นราและเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันติดเพียงพอช่วยให้มีน้ำหนักตัวพอดีได้ ศาสตราจารย์นายแพทย์พอล คี. ไชวิท ปรมาจารย์ทางหทัยวิทยา ของโลกแนะไว้มาแล้ว "เมื่อเราเจริญวัยจนเกินไปมากขึ้นและกินให้น้อยลง"

ขั้นที่ 5 ผู้สูบบุหรี่ทุกคนเสียทั้งทรัพย์สินและสุขภาพ สุขภาพดี มิใช่สินค้าที่เศรษฐีจะทุ่มเงินซื้อหามาได้ง่าย ๆ แม้มีเงินนับล้านก็ยังมีอาจมีสุขภาพดีได้ ถ้าใช้เงินผิดทางไม่ควรทวงว่ารัฐจะมีรายได้ไม่พอจากการผลิตบุหรี่ขาย แต่ควรจะทวงตัวเองมากกว่า เพราะคนคือทรัพยากรที่มีค่าที่สุดของรัฐ ถึงกระนั้นก็ดีคนอมโรคกลับเป็นภาระของสังคมและมีค่าน้อยกว่าที่ควร ผู้สูบบุหรี่ทุกคนเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง การมีถุงลมในปอดพอง การเป็นโรคหัวใจขาดเลือด การเป็นโรคหลอดเลือดตีบ เป็นต้น และนอกจากจะทำให้ตนเองลำบากแล้วยังทำให้อากาศรอบตัวเสีย จนผู้ใกล้ชิดเสี่ยงสุขภาพไปอีกด้วย

ขั้นที่ 6 อย่าดื่มสุรา เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ทุกรูปแบบ ทำให้สุขภาพของผู้ดื่มเสียได้ การดื่มเบียร์เพียงสองแก้วทำให้เซลล์ของสมองใหญ่ตายเป็นพัน ๆ ตัว ฉะนั้นถ้าดื่มแอลกอฮอล์มากและนานพอเปลือกสมองใหญ่จะฝ่อและบางลงแน่นอน แอลกอฮอล์ทำให้หัวใจ ปอด ตับ ทางเดินอาหาร เป็นต้น ผิดปกติได้ด้วย น้าอัสจรรยาที่พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้เมื่อกว่า 2,500 ปีก่อนโน้นว่า การเกิดสุราและของมีเมา มีโทษ 6 ชนิด คือ

1. ทรัพย์สินหมดไป
2. ก่อการทะเลาะวิวาท
3. เป็นบ่อเกิดแห่งโรค
4. เสียเกียรติ เสียชื่อเสียง
5. ทำให้ไม่รู้อาย
6. ทอนกำลังปัญญา

ชั้นที่ 7 ออกกำลังอย่างสม่ำเสมอ นายแพทย์คอนัลด์ อีวิกสัน แห่งเมย์โอคลินิก แนะนำว่า "จงออกกำลังจนกระทั่งหอบเหนื่อย" การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ดูปจกรยาน เป็นต้น ใช้ได้ทั้งนั้น ออกกำลังนานครั้งละ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งก็พอแล้ว จอน เอ็น เลเบิร์ค และผู้ร่วมงานแห่งมูลนิธิอายิโนะของอเมริกาแนะนำไว้เมื่อ พ.ศ. 2517 ว่า "การเดินปั่นวิ่ง หรือวิ่งวิ่งวิ่ง (Roving)" เป็นการออกกำลังที่เป็นธรรมชาติมาก ระยะทางที่เราเดินปั่นวิ่งได้สำคัญกว่าความเร็ว ถ้านักกีฬาที่ดีจะเห็นว่าคนเราเกิดมาแล้วเดินมากกว่าวิ่ง จะวิ่งไล่หรือหนีตามความจำเป็นเพียงชั่วคราว ชั่วยามเท่านั้น หทัยแพทย์เจมส์ ริฟท์ แห่งโรงเรียนแพทยมหาวิทาลัยแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา พบว่าในการออกกำลังความคงเส้นคงวาวอย่างสม่ำเสมอสำคัญกว่าความหนักเบาและเห็นว่าเดินดีกว่าวิ่ง อย่างน้อยที่สุดเดินก็ทำได้ง่ายกว่าวิ่ง และผู้เดินมีโอกาสเจ็บตัวน้อยกว่าผู้วิ่งอย่างมากมาย ศาสตราจารย์นายแพทย์เสก อักษรานุเคราะห์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าการวิ่งทำให้เกิดผลเสียถึง 30 กว่าอย่าง ที่สหรัฐอเมริกาพบว่า สำหรับระยะทาง 1.6 กม. ผู้เดินใช้พลังงาน ชั่วโมงละ 530 แคลอรี แต่ผู้วิ่งเหยาะๆ ใช้พลังงานเพียงชั่วโมงละ 480 แคลอรีเท่านั้น นายแพทย์ แร็ลล์ แพทย์เพิ่มมาร์เจอร์ แห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ได้ศึกษาศิษย์เก่า มหาวิทยาลัยฮาร์เวิร์ด จำนวน 17,200 คน และพบว่าผู้เดินฉับไวสัปดาห์ละ 14.4 กม.ขึ้นไปมีโอกาสตายเนื่องจากโรคหัวใจน้อยกว่าผู้เดิน น้อยกว่าสัปดาห์ละ 4.8 กม. ถึงร้อยละ 21 จึงกล่าวได้ว่า ผู้เดินควรเดินวันละประมาณ 2 กม. เป็นอย่างน้อย ในสหรัฐอเมริกาเมื่อ พ.ศ. 2526 มีนักวิ่งจำนวนสูงสุดเพียง 13 ล้านคน แต่มีนักเดินออกกำลังในปัจจุบันถึงประมาณ 73 ล้านคน เพิ่มจากยอด 25 ล้านคน ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2530 ถึงเกือบ 3 เท่าตัว อนึ่งการที่เราออกกำลังมากเกินไปจะทำให้หัวใจ

และอวัยวะบางอย่างกระทบกระเทือนได้ หัวใจถ้าทำงานมากเกินไปจะโตขึ้น มีผนังหนาขึ้น ถ้าหนาเกินไปการทำงานของหัวใจกลับไม่ดีและเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ มันก็พาหรือกริยาที่ฝึกหนักมากจำนวนไม่น้อยต้องเสียชีวิตลงโดยพลัน เมื่อผ่าศพตรวจดูพบว่าผนังหัวใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งห้องล่างด้านซ้ายหนาเกินไปแทบทุกราย การเดินที่ดีที่สุด คนทุกเพศทุกวัยที่ไม่เป็นนอยล์วันเดินได้ทั้งนั้น ใหม่ ๆ ควรเดินช้าในระยะทางใกล้ ๆ ก่อน เมื่อเคยชินแล้วจึงค่อยเพิ่มความเร็ว และระยะทาง จงนึกไว้เสมอว่าระยะทางสำคัญกว่าความเร็ว

ขั้นที่ 8 จงมองอะไร ๆ ในแง่ดี ผู้รู้กล่าวไว้ว่า "ในดีมีเสีย ในเสียมีดี" ทุกสิ่งทุกชีวิตในโลกไท่ จักรวาลใดก็เป็นอย่างนี้ทั้งสิ้น แต่ถ้าคิดนึกถึงทุกสิ่งทุกชีวิต ในแง่ดีจะมีความสุข ความสุขนำมาซึ่งสุขภาพ จิตใจจะผ่องใสชุ่มชื้น กายก็ไม่เคร่งเครียด และจะยิ้มได้แม้เมื่อมีภัยมา การมองอะไรในแง่ดีช่วยผูกมิตรและสร้างสรรค์ ผู้มีมิตรก็ย่อมสุขใจ เพราะมิตรดีบางทีก็ยิ่งกว่าญาติด้วยซ้ำไป

ขั้นที่ 9 จงพักผ่อนหย่อนใจบ้าง การทำงานทุกชนิดถ้ามากเกินไปจะทำให้ทั้งกายและใจของผู้ทำงานนั้นเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า เคร่งเครียด ทุกคนควรวางแผนหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจเป็นระยะ ๆ เพื่อวางมือจากงานประจำชั่วคราว และทำอะไรก็ได้ที่ทำให้เรามีความสบายโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ทุกคนมีเวลาในวันหนึ่ง ๆ เท่ากัน ผู้ที่ใช้เวลาอย่างชาญฉลาดเท่านั้น จะพบแต่ความสุขและความสำเร็จ

จ. ปัจจัยที่ทำให้อายุยืน

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจบุคคลผู้มีอายุยืนที่สุดของแต่ละจังหวัด โดยจำแนกเป็นผู้ที่มีอายุยืน ซึ่งมีสุขภาพดีและช่วยตัวเองได้กลุ่มหนึ่ง และผู้มีอายุยืนที่สุขภาพไม่ดีและช่วยตัวเองไม่ได้อีกกลุ่มหนึ่ง ผลการสำรวจพบว่า ผู้มีอายุยืนมีอยู่ใน 16 จังหวัด จำนวน 35 คน เป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุยืน มีสุขภาพดีและช่วยตัวเองไม่ได้ 16 คน (ชาย 7 คน หญิง 9 คน) ในการสำรวจครั้งนี้ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้อายุยืน สภาพของร่างกาย จิตใจของผู้มีอายุยืน และความ

ต้องการสุขภาพอนามัยของผู้มีอายุยืน ในการออกสำรวจภาคสนามได้ไปเยี่ยมถึงบ้านผู้มีอายุยืนทุกคน ได้ตรวจสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต ตลอดจนสัมภาษณ์ผู้มีอายุยืนและญาติผู้ใกล้ชิด ได้ผลโดยสรุปว่า ผู้มีอายุยืน 100 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน มีปัจจัยเฉพาะตัวที่ทำให้อายุยืน ดังนี้

ผู้สูงอายุเกิน 100 ปีขึ้นไปกว่า 16 คน มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท ในต่างจังหวัด แบบแผนการดำเนินชีวิตปกติประจำวันนั้นเกือบทุกคน (11 คน) ยึดมั่นในศาสนา เป็นผู้ที่มีสุขภาพ จิตใจและอารมณ์ดี มีการออกกำลังกายโดยการเดินเป็นประจำ ยามเจ็บป่วยยังคงใช้ยาสมุนไพร บำบัดรักษา และยังได้รับการเสริมทางใจด้วยการเอาใจใส่ดูแลของลูกหลานเป็นอย่างดี นอกจากนี้ นั้นผู้สูงอายุทั้งกล่าวยังเป็นผู้ที่มีเมตตา ร่าเริง และมีการพบปะสมาคมกับผู้อื่นเป็นนิจ ปัจจัยประกอบ ต่าง ๆ ดังกล่าวมานี้จึงเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงควมมีอายุยืนของบุคคลได้อย่างดียิ่ง

2.3 การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

2.3.1 การวิจัยในต่างประเทศ

จากการศึกษางานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีดังนี้

ทิสซู ที (Tissue T. 1972 : 94) ได้ศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำในสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,402 คน เปรียบเทียบการวัดสถานะทางสุขภาพ จากจำนวนวันที่เจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี และผู้สูงอายุกลุ่ม 75 ปีขึ้นไป ตอบว่าสุขภาพดี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ ผู้สูงอายุ ชายตอบว่า สามารถทำงานและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

แอชลีย์ (Atehley. 1976 : 110 - 111) กล่าวว่า ผู้ที่ต้องออกจากงาน เพราะเกษียณอายุ ต้องปรับตัวต่อสิ่งเกี่ยวข้องกับการเกษียณอายุ 2 ประการ คือการสูญเสีย

และการสูญเสียรายได้ นอกจากนี้ ในบางครั้งคนชราที่เกษียณอายุอาจต้องปรับตัวต่อสุขภาพที่ทรุดโทรมลงคือ การสูญเสียคู่ชีวิต ปัญหาที่พบในการปรับตัวในช่วงการออกจากงานของคนชรา คือ ปัญหาการเงิน 40% ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ 28% ไม่มีงานทำ 22% คู่สมรสตาย 10%

เจลโซ และรีฟเวอร์ส (Jalso and Rivers. 1965 : 263-268) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นและการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของกลุ่มประชาชน 340 คน ในรัฐนิวยอร์ก ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันในอายุ ระดับการศึกษา เพศ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีทั้งให้ผู้ตอบได้ตอบเอง และให้ผู้เชี่ยวชาญสัมภาษณ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างสูง (0.63) ระหว่างคะแนนของความคิดเห็นกับคะแนนการปฏิบัติทางด้านโภชนาการซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็นทำให้เกิดการปฏิบัติทางด้านโภชนา และด้านการศึกษาระดับสูงขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและการปฏิบัติที่มีเหตุผลขึ้นด้วย

ซิสเตอร์ แมรี จิน เฮน และ ชู พี ซี เฮน (Sister Mery Jieanne Hain and Shu Pi C. Chen. 1976 : 16) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปในเมืองแอร์ (Erie) รัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา โดยการสร้างแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากด้านต่าง ๆ 3 ด้าน คือ 1) เงื่อนไขทางสุขภาพ 2) การทำงานของร่างกาย 3) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุชายที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุหญิงที่อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุอยู่จำนวนทั้งสิ้น 128 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 24.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดรู้สึกว่าคุณภาพในปัจจุบันไม่ดี ร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุชี้ว่ามีการทำงานของร่างกายไม่ดี และร้อยละ 11.7 ของผู้สูงอายุไม่เคยไปพบแพทย์เลย

2.3.2 การวิจัยในประเทศไทย

เสาวภา วิชิทวาท (2527 : 62-76) ทำการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการบริการด้านสุขภาพอนามัย ด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 คน โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สถานภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้จากบุตร เฉลี่ยเดือนละมากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป และมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง เคยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน
2. การประเมินสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับหับเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ระบบข้อและกล้ามเนื้อ และปัญหาเกี่ยวกับตา
3. ผลการเปรียบเทียบความต้องการการบริการด้านร่างกาย จากครอบครัวของผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีความต้องการระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ในเรื่องผู้สูงอายุเพศชายมีความต้องการรับประทานประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม และยาวิตามินบำรุงร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีความต้องการมากในการออกไปเลือกซื้ออาหารด้วยตนเอง
4. ผลการเปรียบเทียบความต้องการการบริการด้านจิตใจ และอารมณ์ จากครอบครัวของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีความต้องการการบริการด้านจิตใจและอารมณ์จากครอบครัวในด้านอื่น ๆ ในระดับปานกลางและไม่แตกต่างกับที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05
5. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการบริการด้านเศรษฐกิจและสังคม จากครอบครัวของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีความต้องการการบริการด้านเศรษฐกิจและสังคม จากครอบครัวในด้านอื่น ๆ ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกับที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2528 : 180-181) ได้สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในปัจจุบันด้านสถานภาพสมรส สภาวะสุขภาพ การได้รับความเคารพนับถือ การทำประโยชน์แก่สังคมและการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดำรงชีวิต

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุทั้งประเทศพบว่าร้อยละ 54 ยังคงอยู่กับคู่สมรสและร้อยละ 42 เป็นหม้าย เฉพาะในกรุงเทพมหานครนั้น สัดส่วนของผู้ที่อยู่กับคู่สมรสและเป็นหม้ายพอ ๆ กัน ประมาณกลุ่มละร้อยละ 40 เท่านั้นที่ยังอยู่กับคู่สมรส ที่เหลือเป็นหม้ายเป็นส่วนใหญ่ มีกลุ่มเป็นโสด หย่าร้างแยกประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

สภาวะสุขภาพ ประมาณร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุเพศหญิง ตอบว่ามีสุขภาพดี เมื่อพิจารณาเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบว่า ร้อยละ 74 ในเพศชาย และร้อยละ 65 ในเพศหญิง ตอบว่ามีสุขภาพดี (ไม่เจ็บป่วย) เมื่อพิจารณาแยกตามอายุพบว่า ร้อยละของผู้ที่ตอบว่ามีสุขภาพดีจะลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุ เช่น ร้อยละ 80 ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี มาเป็นร้อยละ 63 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (เพศชาย) ส่วนในเพศหญิงถ้าร้อยละในแต่ละช่วงอายุไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้นในช่วงอายุ 70-74 ปี ในต่างจังหวัดพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ประมาณร้อยละ 50-60 และลดลงตามอายุเช่นเดียวกัน

การพึ่งพาอาศัย ในผู้สูงอายุทั่วไปพบว่าร้อยละ 58 พึ่งพาอาศัยอยู่ ร้อยละ 40 พึ่งพาตนเองได้ เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า ร้อยละ 48 ในเพศชายพึ่งญาติ และร้อยละ 49 พึ่งตนเอง แต่ในเพศหญิงนั้น ร้อยละ 66 พึ่งญาติ และร้อยละ 32 พึ่งตนเอง อัตราการพึ่งตนเองนี้จะลดลงตามอายุเรื่อย ๆ เฉพาะในกรุงเทพมหานครพบว่าในเพศชายผู้สูงอายุร้อยละ 51 พึ่งญาติ และร้อยละ 48 พึ่งตนเอง ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 70 พึ่งญาติ และร้อยละ 30 พึ่งตนเอง และอัตราการพึ่งตนเองนี้จะลดลงตามอายุเช่นเดียวกัน

การได้รับความเคารพนับถือ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 93 กล่าวว่า ได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลแวดล้อมในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกันมากนัก (ร้อยละ 94 ในเพศชาย และร้อยละ 91 ในเพศหญิง) เมื่อพิจารณาเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุ กล่าวว่า ได้รับความเคารพนับถือดี (ทั้งในเพศชายและเพศหญิง) ในขณะที่ต่างจังหวัดมีเพียงร้อยละ 89 ในเพศหญิง และร้อยละ 93 ในเพศชาย และอัตราการได้รับความเคารพนับถือใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มอายุ

การได้ทำประโยชน์ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 85 ในเพศชาย และร้อยละ 76 ในเพศหญิง ได้ทำประโยชน์แก่สังคม และถ้าสัดส่วนนี้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับ

ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงอายุ เมื่อพิจารณาเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 73 ได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม และในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงเล็กน้อย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยตั้งสมมติฐานดังต่อไปนี้

3. สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการ เป็นอยู่ต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมารับบริการตรวจรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี เฉพาะในวันทำการปกติ จะมีประชากรเฉลี่ยเดือนละ 425 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุเพศชาย 189 คน และผู้สูงอายุเพศหญิง 236 คน เป็นผู้ที่มีรับรู้สื่อความเข้าใจกันได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 206 คน เป็นผู้สูงอายุเพศชาย 92 คน และผู้สูงอายุเพศหญิง 114 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1976 : 581) ให้ความคลาดเคลื่อนได้ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มารับการตรวจรักษาโรค แบบสัมภาษณ์มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Lifestyle Assessment Questionnaires) ในส่วน Wellness Inventory Section ของเฮตเลอร์ (Hettler. 1982 : 226-231) กับแบบสอบถามแบบแผนชีวิตในผู้สูงอายุของ เขียวลักษณ์ มหาสัทธิวัฒน์ และแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่ทำให้อายุยืนของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดยให้เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางกายและการดูแลสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ

2.1 ค้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการดูแลตนเอง การปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนอนหลับ จำนวน 37 ข้อ

2.2 ด้านสังคมและจิตวิทยา ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัว สิ่งแวดล้อม และอัตมโนทัศน์ จำนวน 19 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ
2. สร้างแบบสัมภาษณ์ที่มีความหมายเชิงนิมิตและนิเสธให้ได้ เนื้อหาครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมจริยธรรมเพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน ตรวจสอบเพื่อคุณลักษณะความถูกต้อง ตลอดจนความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือเทียบเท่า .50 ถือว่าใช้ได้
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้ว จำนวน 71 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองแล้วมาตรวจให้คะแนนและหาค่าจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อ โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มคะแนนสูงและกลุ่มคะแนนต่ำ โดยใช้เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด (Edward, 1957 : 152) และทดสอบนัยสำคัญของค่าที่ (t-test) ของค่าตามแต่ละข้อ ข้อใดมีค่าที่เท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไป ถือว่ามีอำนาจจำแนกสูงพอที่จะนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้ ผลปรากฏว่า แบบสัมภาษณ์มีค่าที่ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป ถึง 63 ข้อ ใช้ไม่ได้ 8 ข้อ แต่ผู้วิจัยคัดเลือกไว้ใช้จริงโดยให้ครบทุกด้าน ๓ ละเท่า ๆ กัน คือด้านละ 6 - 7 ข้อ รวม 56 ข้อ โดยมีค่า t อยู่ระหว่าง 1.89 - 9.47
6. นำแบบสัมภาษณ์ จำนวน 56 ข้อ จากข้อ 5 ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970 : 161) ปรากฏว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9111 แสดงว่า แบบสัมภาษณ์มีความเชื่อมั่นสูงพอที่จะนำไปศึกษาต่อไปได้

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสัมภาษณ์ในตอนที่ 1 ไม่มีการให้คะแนน เนื่องจากเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตามตัวแปรที่ต้องการจะศึกษาเท่านั้น ส่วนตอนที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ความหมายเชิงนิมิต	ความหมายเชิงนิเสธ
เป็นประจำ ให้คะแนน	2	0
บางครั้ง ให้คะแนน	1	1
ไม่เคย ให้คะแนน	0	2

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบก่อนเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ และวิธีสัมภาษณ์

การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน ที่มารับบริการในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลาประมาณ 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 8 สิงหาคม 2534 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2534 โดยได้แจกแบบสัมภาษณ์ และคัดเลือกแบบสัมภาษณ์ฉบับที่สมบูรณ์ได้ 206 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้จากผู้สูงอายุเพศหญิง 114 คน และผู้สูงอายุเพศชาย 92 คน

วิธีการจัดการกับข้อมูล

เมื่อได้แบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แจกแจงแบบสัมภาษณ์ออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
3. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวนคำร้อยละ
4. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิต จำนวนค่าคะแนนเฉลี่ย (X) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1983 : 186-186) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 - 0.66	แบบแผนชีวิตอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง
0.67 - 1.33	แบบแผนชีวิตอยู่ในระดับพอใช้
1.34 - 2.00	แบบแผนชีวิตอยู่ในระดับที่ดี
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติ (t-test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1, 3 และ ข้อ 10	
6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ถ้าแตกต่างกัน จะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 8 และข้อ 9	

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยคะแนน

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Ferguson. 1981 : 68) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ S.D. แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ใช้สูตรของโรวินเนลลี และ แฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) (สมบูรณ์ ชิตพงศ์. 2528 : 178)

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

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์
	ΣR	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ โดยวิธีการแจกแจงที (t-distribution) เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด โดยใช้สูตร (Edwards. 1958 : 152)

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์
	$\bar{X}_H, \bar{X}_L$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ
	S_H^2, S_L^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ
	n_H, n_L	แทน	จำนวนคนที่เลือกในกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค จากสูตร (Cronbach. 1970 : 161)

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

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์
	K	แทน	จำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์
	ΣS_i^2	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

3. สถิติวิเคราะห์สมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 3 และ 10 โดยใช้สูตร (Ferguson. 1981 : 182)

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

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

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t -distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

s_1^2, s_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 โดยใช้สูตร (Lindquist. 1953 : 63)

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

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่จะใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS_A	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Within) ภายในกลุ่ม

3.3 เมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2527 : 268)

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

เมื่อ q แทน q - statistic ที่ได้จากการวาง

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากับ และ

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

k = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษากันควัว

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน t-distribution
df	แทน	ขั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน F-distribution
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารัตน์ โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ เสนอเป็นตาราง และแปลความหมายตามเกณฑ์ของเบสท์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารัตน์ ตามตัวแปรต่อไปนี้

- 2.1 เพศ
- 2.2 อายุ
- 2.3 ศาสนา
- 2.4 การศึกษา
- 2.5 สถานภาพสมรส
- 2.6 สภาพการเป็นอยู่
- 2.7 อาชีพ
- 2.8 รายได้
- 2.9 แหล่งรายได้
- 2.10 ที่พักอาศัย

ผลการศึกษาค้นคว้า

1. วิเคราะห์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ เสนอเป็นตาราง และแปลความหมายตามเกณฑ์ของเบส์ท์ ดังปรากฏตามตาราง 2 และตาราง 3 ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรด้านเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ที่พักอาศัย

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			
1.1 ชาย		92	44.7
1.2 หญิง		114	55.3
	รวม	206	100.0
2. อายุ			
2.1 60 - 64 ปี		74	35.9

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2.2 65 - 71 ปี	77	37.4
2.3 71 ปีขึ้นไป	55	26.7
รวม	206	100.0
3. ศาสนา		
3.1 พุทธ	191	92.7
3.2 อื่น ๆ	15	7.3
รวม	206	100.0
4. การศึกษา		
4.1 ไม่ได้เข้าศึกษาในโรงเรียน	28	13.6
4.2 ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	81	39.3
4.3 ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	55	26.7
4.4 ระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า	42	20.4
รวม	206	100.0

ตาราง 2 (ต่อ)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5.	สถานภาพสมรส		
5.1	โสด	13	6.3
5.2	คู่	132	64.1
5.3	หม้าย	61	29.6
	รวม	206	100.0
6.	สภาพการเป็นอยู่		
6.1	อยู่คนเดียว	16	7.8
6.2	อยู่กับญาติ	61	29.6
6.3	อยู่กับคู่ครอง	103	50.0
6.4	อื่น ๆ	26	12.6
	รวม	206	100.0
7.	อาชีพ		
7.1	ไม่มีอาชีพ	67	32.5
7.2	รับจ้าง	19	9.2

ตาราง 2 (ต่อ)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
7.3	ค้าขาย	43	20.9
7.4	เกษตรกร	24	11.7
7.5	ข้าราชการบ้านาญ	53	25.7
	รวม	206	100.0
8.	รายได้		
8.1	ไม่มีรายได้	14	6.8
8.2	ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	55	26.7
8.3	2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน	58	28.2
8.4	5,000 บาทขึ้นไป	79	38.3
	รวม	206	100.0
9.	แหล่งรายได้		
9.1	อาชีพอิสระ	72	35.0
9.2	รัฐบาล (บ้านาญ)	56	27.2

ตาราง 2 (ต่อ)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
9.3	ได้รับจากญาติ	50	2.3
9.4	อื่น ๆ ไปรกระบุ	28	13.6
	รวม	206	100.0
10.	ที่พักอาศัย		
10.1	กรุงเทพมหานคร	120	58.3
10.2	ต่างจังหวัด	85	41.7
	รวม	206	100.0

จากตาราง 2 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ

55.3 ส่วนเพศชาย มี 92 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7

อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 - 70 ปี มีจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ

37.4 รองลงมาอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 และ 71 ปีขึ้นไป มีจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ตามลำดับ

ศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คือ จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7 และศาสนาอื่น ๆ มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3

การศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า มีจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 20.4 และไม่ได้เข้าศึกษาในโรงเรียน มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ตามลำดับ

สภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว คือ มีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมา คือ อยู่กับคู่ครอง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 50 นอกนั้นเป็นหม้าย และอยู่กับญาติ มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6

สถานภาพการเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่กับคู่ครอง มีจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่กับญาติ มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 และอื่น ๆ มีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 อยู่คนเดียว มีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ตามลำดับ

อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ มีจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมา คือ ชำราชการบ้านาญ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 ค้าขาย มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 เกษตรกร มีจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 และรับจ้าง มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 9.2 ตามลำดับ

รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะมีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมา มีรายได้ 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนไม่มีรายได้ มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8

แหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพอิสระ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมา รายได้จากรัฐบาล (เงินบ้านาญ) มีจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 27.2 ได้รับจากญาติ มีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3 และรายได้จากที่อื่น ๆ มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6

ที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คือ มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 พักอาศัยในต่างจังหวัด มีจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7

ตาราง 3 วิเคราะห์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

แบบแผนชีวิต	ชาย (N = 92)			หญิง (N = 114)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>						
1. การดูแลสุขภาพตนเอง	1.47	0.40	ดี	1.52	0.46	ดี
2. โภชนาการ	1.05	0.37	พอใช้	1.16	0.41	พอใช้
3. การรักษาความสะอาดของร่างกาย	1.60	0.41	ดี	1.62	0.39	ดี
4. การขับถ่าย	1.48	0.38	ดี	1.45	0.35	ดี
5. การออกกำลังกาย	1.43	0.41	ดี	1.35	0.36	ดี
6. การพักผ่อนและหลับนอน	1.35	0.37	ดี	1.36	0.40	ดี
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	1.39	0.30	ดี	1.40	0.29	ดี
<u>ด้านสังคมและจิตวิทยา</u>						
1. การปรับตัว	1.49	0.36	ดี	1.41	0.37	ดี
2. สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	1.36	0.33	ดี	1.28	0.33	พอใช้
3. อึดทนโหด	1.45	0.44	ดี	1.41	0.39	ดี

ตาราง 3 (ต่อ)

แบบแผนชีวิต	ชาย (N = 92)			หญิง (N = 114)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยาโดยเฉลี่ย	1.43	0.31	ดี	1.36	0.30	ดี
แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ	1.40	0.27	ดี	1.39	0.27	ดี

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้สูงอายุชายและหญิง ส่วนใหญ่มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับที่ยกเว้นด้านโภชนาการและด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับพอใช้

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย ตามลำดับ ดังปรากฏตามตาราง 4 ถึงตาราง 20 ดังนี้

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ชายกับหญิง

แบบแผนชีวิต	ชาย (N=92)		หญิง (N=114)		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
<u>ด้านร่างกาย</u>					
1. การดูแลสุขภาพตนเอง	1.47	0.40	1.52	0.46	0.78
2. โภชนาการ	1.05	0.37	1.16	0.41	1.92
3. การรักษาความสะอาดของร่างกาย	1.60	0.41	1.62	0.39	0.37
4. การขับถ่าย	1.48	0.38	1.45	0.35	0.43
5. การออกกำลังกาย	1.43	0.41	1.35	0.36	1.67
6. การพักผ่อนและการนอนหลับ	1.35	0.37	1.36	0.40	0.19
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	1.39	0.30	1.40	0.29	0.36
<u>ด้านสังคมและจิตวิทยา</u>					
1. การปรับตัว	1.49	0.36	1.41	0.37	1.51
2. สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	1.36	0.33	1.28	0.33	1.93
3. อึดทนโน้ทน	1.45	0.44	1.41	0.39	0.76

ตาราง 4 (ต่อ)

แบบแผนชีวิต	ชาย (N=92)		หญิง (N=114)		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยาโดยเฉลี่ย	1.43	0.31	1.36	0.30	1.68
รวมทั้งหมดเฉลี่ย	1.40	0.27	1.39	0.27	0.38

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1. ที่ว่า ชายและหญิงสูงอายุ มีแบบแผนชีวิตต่างกัน

ตาราง 5 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2	1.79	.90	4.92**
	ภายในกลุ่ม	203	36.96	.18	
	รวม	205	38.75		
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	.06	.03	.20
	ภายในกลุ่ม	203	32.26	.16	
	รวม	205	32.32		
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	1.60	.80	5.24**
	ภายในกลุ่ม	203	31.09	.15	
	รวม	203	32.69		

ตาราง 5 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การขัดถ่าย	ระหว่างกลุ่ม	2	1.15	.58	4.60*
	ภายในกลุ่ม	203	25.47	.13	
	รวม	205	26.63		
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	.33	.16	1.19
	ภายในกลุ่ม	203	29.95	.15	
	รวม	205	30.28		
การพักผ่อนและนอนหลับ	ระหว่างกลุ่ม	2	.45	.23	1.51
	ภายในกลุ่ม	203	30.60	.15	
	รวม	205	31.05		

ตาราง 5 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	2	.60	.30	3.65*
	ภายในกลุ่ม	203	16.63	.08	
	รวม	205	17.23		
การปรับตัว	ระหว่างกลุ่ม	2	.62	.31	2.36
	ภายในกลุ่ม	203	26.63	.13	
	รวม	205	27.25		
สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	.40	.20	1.81
	ภายในกลุ่ม	203	22.26	.11	
	รวม	205	22.65		

ตาราง 5 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อัคมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	2	1.56	.78	4.73**
	ภายในกลุ่ม	203	33.47	.16	
	รวม	205	35.03		
แบบแผนชีวิตค่าน้ำสงคมและจิตวิทยา โดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	2	.69	.35	3.83*
	ภายในกลุ่ม	203	18.28	.09	
	รวม	205	18.97		
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	2	.62	.31	4.41*
	ภายในกลุ่ม	203	14.32	.07	
	รวม	205	14.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย อคติในทัศนคติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการขับถ่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันเป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน เป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	$\bar{x}$	65 - 70 ปี	71 ปีขึ้นไป	60 - 64 ปี
			1.41	1.47	1.62
การดูแลสุขภาพตนเอง	65 - 70 ปี	1.41	-	0.06	0.21*
	71 ปีขึ้นไป	1.47		-	0.15*
	60 - 64 ปี	1.62			-
การรักษาความสะอาด ของร่างกาย	71 ปีขึ้นไป	1.53	-	0.02	0.20*
	65 - 70 ปี	1.55		-	0.18*
	60 - 64 ปี	1.73			-
การขับถ่าย	71 ปีขึ้นไป	1.35	-	0.13*	0.19*
	65 - 70 ปี	1.48		-	0.06
	60 - 64 ปี	1.54			-

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	อายุ	65 - 70 ปี 71 ปีขึ้นไป 60 - 64 ปี			
		$\bar{x}$	1.35	1.36	1.48
แบบแผนชีวิต	65 - 70 ปี	1.35	-	0.01	0.13
ด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	71 ปีขึ้นไป	1.36		-	0.12*
	60 - 64 ปี	1.48			-
		71 ปีขึ้นไป 65 - 70 ปี 60 - 64 ปี			
		$\bar{x}$	1.35	1.37	1.54
อัตราโนทัศน์	71 ปีขึ้นไป	1.35	-	0.02	0.19*
	65 - 70 ปี	1.37		-	0.17*
	60 - 64 ปี	1.54			-
		65 - 70 ปี 71 ปีขึ้นไป 60 - 64 ปี			
		$\bar{x}$	1.33	1.37	1.47
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและ	65 - 70 ปี	1.33	-	0.04	0.14*
และจิตวิทยาโดยเฉลี่ย	71 ปีขึ้นไป	1.37		-	0.10
	60 - 64 ปี	1.47			-

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	อายุ	$\bar{X}$	65 - 70 ปี	71 ปีขึ้นไป	60 - 64 ปี
			1.35	1.36	1.47
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	65 - 70 ปี	1.35	-	0.01	0.12*
	71 ปีขึ้นไป	1.36		-	0.11*
	60 - 64 ปี	1.47			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ อคติทัศนคติ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 - 70 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย อคติทัศนคติ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาแตกต่างกัน

แบบแผนชีวิต	พุทธ		อื่น ๆ		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
<u>ด้านร่างกาย</u>					
1. การดูแลสุขภาพตนเอง	1.53	.39	1.07	.70	2.58*
2. โภชนาการ	1.13	.38	.90	.53	2.13*
3. การรักษาความสะอาดของร่างกาย	1.63	.37	1.32	.58	2.01
4. การขับถ่าย	1.48	.34	1.23	.52	1.82
5. การออกกำลังกาย	1.40	.38	1.33	.33	2.67**
6. การพักผ่อนและการนอนหลับ	1.38	.38	1.08	.52	2.18*
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	1.42	.26	1.12	.44	2.61*
<u>ด้านสังคมและจิตวิทยา</u>					
1. การปรับตัว	1.48	.35	1.07	.37	4.37***
2. สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	1.32	.32	1.21	.44	1.28
3. อคติโนทัศน์	1.45	.39	1.09	.54	3.35***
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยาโดยเฉลี่ย	1.41	.29	1.13	.36	3.61***
รวมทั้งหมดเฉลี่ย	1.42	.25	1.12	.39	2.88*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีแบบแผนชีวิตโดยรวมและแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย สูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ มีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา สูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ มีแบบแผนชีวิตด้านการปรับตัว อคติทัศนคติ สูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย สูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การพักผ่อน และการนอนหลับ สูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับครอบครัวและสังคม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	3.84	1.28	7.40***
	ภายในกลุ่ม	202	34.91	.17	
	รวม	205	38.75		
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	3	.97	.32	2.08
	ภายในกลุ่ม	202	31.36	.16	
	รวม	205	32.33		
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	2.71	.90	6.08***
	ภายในกลุ่ม	202	29.99	.15	
	รวม	205	32.70		

ตาราง 8 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การขัดน้ำ	ระหว่างกลุ่ม	3	.43	.14	1.10
	ภายในกลุ่ม	202	26.20	.13	
	รวม	205	26.63		
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.96	.65	4.65**
	ภายในกลุ่ม	202	28.32	.14	
	รวม	205	30.28		
การพักผ่อนและนอนหลับ	ระหว่างกลุ่ม	3	5.56	1.85	14.69***
	ภายในกลุ่ม	202	25.49	.13	
	รวม	205	31.05		

ตาราง 8 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.96	.65	8.64***
	ภายในกลุ่ม	202	15.27	.08	
	รวม	205	17.23		
การปรับตัว	ระหว่างกลุ่ม	3	1.91	.64	5.07**
	ภายในกลุ่ม	202	25.34	.13	
	รวม	205	27.25		
สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	ระหว่างกลุ่ม	3	1.23	.41	3.86*
	ภายในกลุ่ม	202	21.43	.11	
	รวม	205	22.65		

ตาราง 8 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อัคมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	3	3.36	1.12	7.13***
	ภายในกลุ่ม	202	31.67	.16	
	รวม	205	35.03		
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา โดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.97	.66	7.81***
	ภายในกลุ่ม	202	16.99	.08	
	รวม	205	18.96		
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.87	.62	9.63***
	ภายในกลุ่ม	202	13.07	.06	
	รวม	205	14.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านการรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ อึดทนโน้ทนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย การปรับตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีแบบแผนชีวิตด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว และสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการ การ ขับถ่าย พบว่าไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มี ระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เป็นรายคู่

กิจกรรม	การศึกษา	ไม่ได้รับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา				
		การศึกษา	ไม่ได้รับ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		$\bar{X}$	1.22	1.45	1.61	1.64
การดูแลสุขภาพ ตนเอง	ไม่ได้รับ	1.22	-	0.23*	0.39*	0.42*
	ประถมศึกษา	1.45		-	0.16	0.19
	มัธยมศึกษา	1.61			-	0.03
	อุดมศึกษา	1.64				-
		ไม่ได้รับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา				
		การศึกษา	ไม่ได้รับ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
		$\bar{X}$	1.35	1.62	1.62	1.74
การรักษาความ สะอาดของ ร่างกาย	ไม่ได้รับ	1.35	-	0.27*	0.27*	0.39*
	ประถมศึกษา	1.62		-	0.00	0.12
	มัธยมศึกษา	1.62			-	0.12
	อุดมศึกษา	1.74				-

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	การศึกษา	ไม่ได้รับ ประถมศึกษา อุดมศึกษา มัธยมศึกษา				
		การศึกษา				
		$\bar{X}$	1.17	1.36	1.44	1.48
การออก กำลังกาย	ไม่ได้รับ	1.17	-	0.19*	0.27*	0.31*
	การศึกษา					
	ประถมศึกษา	1.36		-	0.08	0.12
	อุดมศึกษา	1.44			-	0.04
	มัธยมศึกษา	1.48				-
		ไม่ได้รับ ประถมศึกษา อุดมศึกษา มัธยมศึกษา				
		การศึกษา				
		$\bar{X}$	0.99	1.31	1.47	1.50
การพักผ่อนและ การนอนหลับ	ไม่ได้รับ	0.99	-	0.65*	0.48*	0.51*
	การศึกษา					
	ประถมศึกษา	1.31		-	0.16*	0.19*
	อุดมศึกษา	1.47			-	0.03
	มัธยมศึกษา	1.50				-

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	การศึกษา	ไม่ได้รับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา การศึกษา				
		$\bar{X}$	1.18	1.38	1.46	1.49
แบบแผนชีวิต	ไม่ได้รับ	1.18	-	0.20 [*]	0.28 [*]	0.31 [*]
ค่านร่างกาย โดยเฉลี่ย	การศึกษา					
	ประถมศึกษา	1.38		-	0.08	0.11
	มัธยมศึกษา	1.46			-	0.03
	อุดมศึกษา	1.49				-
		ไม่ได้รับ อุดมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา การศึกษา				
		$\bar{X}$	1.21	1.45	1.49	1.51
การปรับตัว	ไม่ได้รับ	1.21	-	0.24 [*]	0.28 [*]	0.30 [*]
	การศึกษา					
	อุดมศึกษา	1.45		-	0.04	0.06
	ประถมศึกษา	1.49			-	0.02
	มัธยมศึกษา	1.51				-

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	การศึกษา	ไม่ได้รับ ประถมศึกษา อุดมศึกษา มัธยมศึกษา การศึกษา				
		$\bar{X}$	1.12	1.34	1.35	1.36
สัมพันธภาพกับ ครอบครัวและ สังคม	ไม่ได้รับ การศึกษา	1.12	-	0.22 [*]	0.23 [*]	0.24 [*]
	ประถมศึกษา	1.34		-	0.01	0.02
	อุดมศึกษา	1.35			-	0.01
	มัธยมศึกษา	1.36				-
		ไม่ได้รับ มัธยมศึกษา ประถมศึกษา อุดมศึกษา การศึกษา				
		$\bar{X}$	1.11	1.44	1.49	1.50
อัตมโนทัศน์	ไม่ได้รับ การศึกษา	1.11	-	0.33 [*]	0.38 [*]	0.39 [*]
	มัธยมศึกษา	1.44		-	0.05	0.06
	ประถมศึกษา	1.49			-	0.01
	อุดมศึกษา	1.50				-

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	การศึกษา	ไม่ได้รับ การศึกษา				
		$\bar{X}$	1.14	1.43	1.43	1.43
แบบแผนชีวิต	ไม่ได้รับ	1.14	-	0.29*	0.29*	0.29*
ด้านสังคมและ	การศึกษา					
จิตวิทยา	อุดมศึกษา	1.43		-	0.00	0.00
โดยเฉลี่ย	ประถมศึกษา	1.43			-	0.00
	มัธยมศึกษา	1.43				-
		ไม่ได้รับ การศึกษา				
		$\bar{X}$	1.17	1.40	1.45	1.47
แบบแผนชีวิต	ไม่ได้รับ	1.17	-	0.23*	0.28*	0.30*
โดยเฉลี่ย	การศึกษา					
	ประถมศึกษา	1.40		-	0.05	0.07
	มัธยมศึกษา	1.45			-	0.02
	อุดมศึกษา	1.47				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อัตมโนทัศน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ยังมีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัวสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อัตมโนทัศน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ยังมีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อัตมโนทัศน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2	4.89	2.45	14.68***
	ภายในกลุ่ม	203	33.86	.17	
	รวม	205	38.75		
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.70	1.35	9.23***
	ภายในกลุ่ม	203	29.63	.15	
	รวม	205	32.33		
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	4.33	2.16	15.48***
	ภายในกลุ่ม	203	28.37	.14	
	รวม	205	32.70		

ตาราง 10 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การขับถ่าย	ระหว่างกลุ่ม	2	2.53	1.26	10.64***
	ภายในกลุ่ม	203	24.10	.12	
	รวม	205	26.63		
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	1.92	.96	6.88**
	ภายในกลุ่ม	203	28.36	.14	
	รวม	205	30.28		
การพักผ่อนและนอนหลับ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.28	1.39	9.97***
	ภายในกลุ่ม	203	28.28	.14	
	รวม	205	31.05		

ตาราง 10 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	2	3.07	1.53	21.98 ^{***}
	ภายในกลุ่ม	203	14.16	.07	
	รวม	205	17.23		
การปรับตัว	ระหว่างกลุ่ม	2	1.34	.67	5.24 ^{**}
	ภายในกลุ่ม	203	25.91	.13	
	รวม	205	27.25		
สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	.96	.48	4.50 [*]
	ภายในกลุ่ม	203	21.69	.11	
	รวม	205	22.65		

ตาราง 10 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อัคมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	2	2.35	1.17	7.29***
	ภายในกลุ่ม	203	32.68	.16	
	รวม	205	35.03		
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา โดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	2	1.36	.68	7.82***
	ภายในกลุ่ม	203	17.61	.09	
	รวม	205	18.97		
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	2	2.38	1.19	19.20***
	ภายในกลุ่ม	203	12.56	.06	
	รวม	205	14.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนและการนอนหลับ อึดมโนทัศน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย การปรับตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส				
		โสค	คู่	หม้าย	
		$\bar{X}$	.91	1.53	1.57
การดูแลสุขภาพตนเอง	โสค	.91	-	0.62 *	0.66 *
	คู่	1.53		-	0.04
	หม้าย	1.57			-

ตาราง 11 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	โสด				คู่		หม้าย	
		$\bar{X}$	.68	1.13	1.18				
โภชนาการ	โสด	.68	-	0.45 [*]	0.50 [*]				
	คู่	1.13		-	0.05				
	หม้าย	1.18			-				
		$\bar{X}$	1.05	1.63	1.65				
การรักษาความสะอาด ของร่างกาย	โสด	1.05	-	0.58 [*]	0.60 [*]				
	หม้าย	1.63		-	0.02				
	คู่	1.65			-				
		$\bar{X}$	1.04	1.49	1.50				
การขัดถ่าย	โสด	1.04	-	0.45 [*]	0.46 [*]				
	คู่	1.49		-	0.01				
	หม้าย	1.50			-				

ตาราง 11 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	โสด				หม้าย	คู่
		$\bar{X}$	1.01	1.41	1.41		
การออกกำลังกาย	โสด	1.01	-	0.40*	0.40*		
	หม้าย	1.41		-	0.00		
	คู่	1.41			-		
		โสด				หม้าย	คู่
		$\bar{X}$	.91	1.37	1.41		
การพักผ่อนและนอนหลับ	โสด	.91	-	0.46*	0.50*		
	หม้าย	1.37		-	0.04		
	คู่	1.41			-		
		โสด		คู่	หม้าย		
		$\bar{X}$	.93	1.42	1.44		
แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย โดยเฉลี่ย	โสด	.93	-	0.49*	0.51*		
	คู่	1.42		-	0.02		
	หม้าย	1.44			-		

ตาราง 11 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานภาพสมรส				
		โสด	คู่	หม้าย	
		$\bar{X}$	1.14	1.46	1.49
การรับตัว	โสด	1.14	-	0.32 [*]	0.35 [*]
	คู่	1.46	-	-	0.03
	หม้าย	1.49	-	-	-
			โสด	หม้าย	คู่
		$\bar{X}$	1.09	1.28	1.36
สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และสังคม	โสด	1.09	-	0.19 [*]	0.27 [*]
	หม้าย	1.28	-	-	0.08
	คู่	1.36	-	-	-
			โสด	หม้าย	คู่
		$\bar{X}$	1.03	1.41	1.47
ทัศนโนทัศน์	โสด	1.03	-	0.38 [*]	0.44 [*]
	หม้าย	1.41	-	-	0.06
	คู่	1.47	-	-	-

ตาราง 11 (ต่อ)

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	<table><tr><th>โสค</th><th>หม้าย</th><th>คู่</th></tr><tr><th>$\bar{X}$</th><td>1.09</td><td>1.39</td><td>1.42</td></tr></table>				โสค	หม้าย	คู่	$\bar{X}$	1.09	1.39	1.42
		โสค	หม้าย	คู่								
$\bar{X}$	1.09	1.39	1.42									
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและ จิตวิทยาโดยเฉลี่ย	โสค	1.09	-	0.30*	0.33*							
	หม้าย	1.39		-	0.03							
	คู่	1.42			-							
		<table><tr><th>โสค</th><th>คู่</th><th>หม้าย</th></tr><tr><th>$\bar{X}$</th><td>.98</td><td>1.42</td><td>1.42</td></tr></table>				โสค	คู่	หม้าย	$\bar{X}$	.98	1.42	1.42
โสค	คู่	หม้าย										
$\bar{X}$	.98	1.42	1.42									
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	โสค	.98	-	0.44*	0.44*							
	คู่	1.42		-	0.00							
	หม้าย	1.42			-							

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสคกับคู่และโสคกับหม้าย มีแบบแผนชีวิตทุกด้าน ได้แก่ แบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัว และสังคม อัตราน้อยกว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกัน

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	5.37	1.79	10.83***
	ภายในกลุ่ม	202	33.38	.17	
	รวม	205	38.75		
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.28	.76	5.12**
	ภายในกลุ่ม	202	30.04	.15	
	รวม	205	32.32		
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	5.87	1.96	14.73***
	ภายในกลุ่ม	202	26.83	.13	
	รวม	205	32.70		

ตาราง 12 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การขับถ่าย	ระหว่างกลุ่ม	3	4.53	1.51	13.82***
	ภายในกลุ่ม	202	22.09	.11	
	รวม	205	26.63		
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	2.50	.83	6.05***
	ภายในกลุ่ม	202	27.78	.14	
	รวม	205	30.28		
การพักผ่อนและนอนหลับ	ระหว่างกลุ่ม	3	3.81	1.27	9.42***
	ภายในกลุ่ม	202	27.24	.13	
	รวม	205	31.05		

ตาราง 12 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	3.74	1.25	18.68***
	ภายในกลุ่ม	202	13.49	.07	
	รวม	205	17.23		
การปรับตัว	ระหว่างกลุ่ม	3	2.02	.67	5.40**
	ภายในกลุ่ม	202	25.22	.12	
	รวม	205	27.24		
สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	ระหว่างกลุ่ม	3	1.30	.43	4.09**
	ภายในกลุ่ม	202	21.36	.11	
	รวม	205	22.65		

ตาราง 12 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อัคมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	3	5.27	1.76	11.93***
	ภายในกลุ่ม	202	29.76	.15	
	รวม	205	35.03		
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา โดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	2.44	.81	9.95***
	ภายในกลุ่ม	202	16.52	.08	
	รวม	205	18.66		
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	3.21	1.07	18.41***
	ภายในกลุ่ม	202	11.73	.06	
	รวม	205	14.94		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกัน แบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ อัตราโน้ตซ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ มีแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกันเป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกัน เป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการเป็นอยู่	อยู่คนเดียว อื่น ๆ ญาติ คู่ครอง				
		$\bar{x}$	.95	1.51	1.54	1.56
การดูแลสุขภาพตนเอง	อยู่คนเดียว	.95	-	0.56*	0.59	0.61*
	อื่น ๆ	1.51		-	0.03	0.05
	ญาติ	1.54			-	0.02
	คู่ครอง	1.56				-

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	สภาพการเป็นอยู่	อยู่คนเดียว อื่น ๆ ญาติ คู่ครอง				
		$\bar{X}$	.76	1.09	1.14	1.16
โภชนาการ	อยู่คนเดียว	.76	-	0.33*	0.38*	0.85*
	อื่น ๆ	1.09		-	0.05	0.52
	ญาติ	1.14			-	0.47
	คู่ครอง	1.16				-
		อยู่คนเดียว อื่น ๆ ญาติ คู่ครอง				
		$\bar{X}$	1.05	1.60	1.60	1.70
การรักษาความสะอาด ของร่างกาย	อยู่คนเดียว	1.05	-	0.55*	0.55*	0.65*
	อื่น ๆ	1.60		-	0.00	0.10
	ญาติ	1.60			-	0.10
	คู่ครอง	1.70				-

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	สภาพการเป็นอยู่	อยู่คนเดียว คู่ครอง ญาติ อื่น ๆ				
		$\bar{X}$	.96	1.49	1.53	1.54
การขัดแย้ง	อยู่คนเดียว	.96	-	0.53*	0.57*	0.58*
	อื่น ๆ	1.49		-	0.04	0.05
	ญาติ	1.53			-	0.01
	คู่ครอง	1.54				-
		$\bar{X}$	1.05	1.28	1.41	1.45
การออกกำลังกาย	อยู่คนเดียว	1.05	-	0.23*	0.36*	0.40*
	อื่น ๆ	1.28		-	0.13	0.17
	ญาติ	1.41			-	0.04
	คู่ครอง	1.45				-

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	สภาพการเป็นอยู่	อยู่คนเดียว อื่น ๆ ญาติ คู่ครอง				
		$\bar{x}$	.90	1.33	1.38	1.42
การพักผ่อนและ การนอนหลับ	อยู่คนเดียว	.90	-	0.43*	0.48*	0.52*
	อื่น ๆ	1.33		-	0.05	0.09
	ญาติ	1.38			-	0.04
	คู่ครอง	1.42				-
		อยู่คนเดียว อื่น ๆ ญาติ คู่ครอง				
		$\bar{x}$	.94	1.38	1.42	1.48
แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย โดยเฉลี่ย	อยู่คนเดียว	.94	-	0.44*	0.48*	0.54*
	อื่น ๆ	1.38		-	0.04	0.10
	ญาติ	1.42			-	0.06
	คู่ครอง	1.45				-

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	สภาพการเป็นอยู่	อยู่คนเดียว ญาติ คู่ครอง อื่น ๆ				
		$\bar{X}$	1.11	1.45	1.48	1.53
การปรับตัว	อยู่คนเดียว	1.11	-	0.34*	0.37*	0.42*
	ญาติ	1.45		-	0.03	0.08
	คู่ครอง	1.46			-	0.05
	อื่น ๆ	1.53				-
		อยู่คนเดียว ญาติ อื่น ๆ คู่ครอง				
		$\bar{X}$	1.09	1.27	1.32	1.37
สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และสังคม	อยู่คนเดียว	1.09	-	0.18*	0.23*	0.28*
	ญาติ	1.27		-	0.05	0.10
	อื่น ๆ	1.32			-	0.05
	คู่ครอง	1.37				-

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	สภาพการเป็นอยู่	อยู่คนเดียว ญาติ อื่น ๆ คู่ครอง				
		$\bar{X}$	.90	1.40	1.49	1.50
อัตมโนทัศน์	อยู่คนเดียว	.90	-	0.50*	0.59*	0.60*
	ญาติ	1.40		-	0.09	0.10
	อื่น ๆ	1.49			-	0.01
	คู่ครอง	1.50				-
		อยู่คนเดียว ญาติ อื่น ๆ คู่ครอง				
		$\bar{X}$	1.04	1.37	1.44	1.45
แบบแผนชีวิตด้านสังคม และจิตวิทยาโดยเฉลี่ย	อยู่คนเดียว	1.04	-	0.33*	0.40*	0.41*
	ญาติ	1.37		-	0.07	0.08
	อื่น ๆ	1.44			-	0.01
	คู่ครอง	1.45				-

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	สภาพการเป็นอยู่	อยู่คนเดียว อื่น ๆ ญาติ คู่ครอง				
		$\bar{X}$	.97	1.40	1.40	1.45
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	อยู่คนเดียว	.97	-	0.43 *	0.43 *	0.48 *
	อื่น ๆ	1.40		-	0.00	0.05
	ญาติ	1.40			-	0.05
	คู่ครอง	1.45				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง อยู่กับญาติ และอยู่กับบุคคลอื่น ๆ มีแบบแผนชีวิตทุกด้าน ได้แก่ แบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัวสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและสังคม อคติโนทัศน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	4	5.27	1.32	7.90***
	ภายในกลุ่ม	201	33.48	.17	
	รวม	205	38.75		
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	4	2.12	.53	3.53**
	ภายในกลุ่ม	201	30.21	.15	
	รวม	205	32.33		
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	4	2.41	.68	3.99**
	ภายในกลุ่ม	201	30.29	.15	
	รวม	205	32.70		

ตาราง 14 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การขัดถ่าย	ระหว่างกลุ่ม	4	.49	.12	.94
	ภายในกลุ่ม	201	26.14	.13	
	รวม	205	26.63		
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	4	1.72	.43	3.03*
	ภายในกลุ่ม	201	28.56	.14	
	รวม	205	30.28		
การพักผ่อนและนอนหลับ	ระหว่างกลุ่ม	4	2.16	.54	3.75**
	ภายในกลุ่ม	201	28.90	.14	
	รวม	205	31.06		

ตาราง 14 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	4	1.80	.45	5.87***
	ภายในกลุ่ม	201	15.43	.08	
	รวม	205	17.23		
การปรับตัว	ระหว่างกลุ่ม	4	1.47	.37	2.87*
	ภายในกลุ่ม	201	25.77	.13	
	รวม	205	27.24		
สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	ระหว่างกลุ่ม	4	3.05	.76	7.81***
	ภายในกลุ่ม	201	19.60	.10	
	รวม	205	22.65		

ตาราง 14 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อัคมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	4	2.45	.61	3.78**
	ภายในกลุ่ม	201	32.38	.16	
	รวม	205	35.03		
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา โดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	4	2.00	.50	5.94***
	ภายในกลุ่ม	201	16.96	.08	
	รวม	205	18.96		
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	4	1.67	.42	6.34***
	ภายในกลุ่ม	201	13.26	.07	
	รวม	205	14.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ อคติโนทัศน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย การปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนแบบแผนชีวิตด้านการขับถ่ายพบว่า ไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน เป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน

กิจกรรม	อาชีพ	รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ค้าขาย ชำรภาพการ บ้านอายุ					
		$\bar{X}$	1.15	1.26	1.52	1.56	1.66
การดูแลสุขภาพตนเอง	รับจ้าง	1.15	-	0.11	0.37*	0.41*	0.51*
	เกษตรกร	1.26		-	0.26*	0.30*	0.40*
	ไม่มีอาชีพ	1.52			-	0.04	0.14
	ค้าขาย	1.56				-	0.10
	ชำรภาพการ						
	บ้านอายุ	1.66					-

ตาราง 15 (ต่อ)

กิจกรรม	อาชีพ	เกษตรกร รับจ้าง ไม่มีอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ					
		บ้านบุญ					
		$\bar{X}$	.92	.92	1.15	1.16	1.18
โภชนาการ	เกษตรกร	.92	-	0.00	0.23*	0.24	0.26*
	รับจ้าง	.92		-	0.23*	0.24*	0.26*
	ไม่มีอาชีพ	1.15			-	0.01	0.03
	ค้าขาย	1.16				-	0.02
	ข้าราชการ						
	บ้านบุญ	1.18					-
		รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ					
		บ้านบุญ					
		$\bar{X}$	1.38	1.52	1.59	1.60	1.76
การรักษาความสะอาด ของร่างกาย	รับจ้าง	1.38	-	0.14	0.21	0.22	0.38
	เกษตรกร	1.52		-	0.07	0.08	0.24
	ไม่มีอาชีพ	1.59			-	0.01	0.17
	ค้าขาย	1.60				-	0.16
	ข้าราชการ						
	บ้านบุญ	1.76					-

ตาราง 15 (ต่อ)

กิจกรรม	อาชีพ	รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ บำนาญ					
		$\bar{X}$	1.20	1.22	1.32	1.36	1.50
การพักผ่อนและ	รับจ้าง	1.20	-	0.02	0.12	0.16	0.30*
การนอนหลับ	เกษตรกร	1.22		-	0.10	0.14	0.28*
	ไม่มีอาชีพ	1.32			-	0.04	0.18
	ค้าขาย	1.36				-	0.14
	ข้าราชการ						
	บำนาญ	1.50					-
		รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ บำนาญ					
		$\bar{X}$	1.19	1.27	1.40	1.42	1.50
แบบแผนชีวิต	รับจ้าง	1.19	-	0.08	0.21*	0.23*	0.31*
ด้านร่างกาย โดยเฉลี่ย	เกษตรกร	1.27		-	0.13	0.15	0.23*
	ไม่มีอาชีพ	1.40			-	0.02	0.10
	ค้าขาย	1.42				-	0.08
	ข้าราชการ						
	บำนาญ	1.50					-

ตาราง 15 (ต่อ)

กิจกรรม	อาชีพ	รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ค้าขาย ชำรภาพการ บ้านนาญ					
		$\bar{X}$	1.22	1.35	1.47	1.49	1.50
การปรับตัว	รับจ้าง	1.22	-	0.13	0.23*	0.27*	0.28*
	เกษตรกร	1.35		-	0.12	0.14	0.15
	ไม่มีอาชีพ	1.47			-	0.02	0.03
	ค้าขาย	1.49				-	0.01
	ชำรภาพการ						
	บ้านนาญ	1.50					-
		รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ชำรภาพการ ค้าขาย บ้านนาญ					
		$\bar{X}$	1.00	1.29	1.31	1.32	1.48
สัมพันธ์ภาพกับ	รับจ้าง	1.00	-	0.29*	0.31*	0.32*	0.48*
กับครอบครัวและสังคม	เกษตรกร	1.29		-	0.02	0.03	0.19
	ไม่มีอาชีพ	1.31			-	0.01	0.17
	ชำรภาพการ						
	บ้านนาญ	1.32				-	0.16*
	ค้าขาย	1.48					-

ตาราง 15 (ต่อ)

กิจกรรม	อาชีพ	รับจ้าง ไม่มีอาชีพ เกษตรกร ชำรภาพการ ค้าขาย					
		บ้านนาญ					
		$\bar{X}$	1.21	1.34	1.42	1.49	1.57
อัครมนทัศน์	รับจ้าง	1.21	-	0.13	0.21	0.28*	0.36*
	ไม่มีอาชีพ	1.34		-	0.08	0.15	0.23
	เกษตรกร	1.42			-	0.07	0.15
	ชำรภาพการ						
	บ้านนาญ	1.49				-	0.08
	ค้าขาย	1.57					-
		รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ชำรภาพการ ค้าขาย					
		บ้านนาญ					
		$\bar{X}$	1.14	1.35	1.37	1.43	1.51
แบบแผนชีวิต	รับจ้าง	1.14	-	0.21*	0.23	0.29*	0.37*
	เกษตรกร	1.35		-	0.02	0.08	0.16
	ไม่มีอาชีพ	1.37			-	0.06	0.14
	ชำรภาพการ						
	บ้านนาญ	1.43				-	0.08
	ค้าขาย	1.51					-

ตาราง 15 (ต่อ)

กิจกรรม	อาชีพ	รับจ้าง เกษตรกร ไม่มีอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ บ้านานู					
		$\bar{X}$	1.17	1.30	1.39	1.45	1.48
แบบแผนชีวิต โดยเฉลี่ย	รับจ้าง	1.17	-	0.13*	0.22*	0.28*	0.31*
	เกษตรกร	1.30		-	0.09	0.15*	0.18*
	ไม่มีอาชีพ	1.39			-	0.06	0.09
	ค้าขาย	1.45				-	0.03
	ข้าราชการ						
	บ้านานู	1.48					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านานู มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อัตมโนทัศน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านานูยังมีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเป็นเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายมีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อคติโนทัศน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายมีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายยังมีแบบแผนชีวิตด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม สูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพมีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม สูงกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพมีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเป็นเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	6.70	2.23	14.07***
	ภายในกลุ่ม	202	32.05	.16	
	รวม	205	38.75		
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	3	4.31	1.44	10.35***
	ภายในกลุ่ม	202	28.02	.14	
	รวม	205	32.33		
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	4.89	1.63	11.85***
	ภายในกลุ่ม	202	27.80	.14	
	รวม	205	32.69		

ตาราง 16 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การขัดด้วย	ระหว่างกลุ่ม	3	.82	.27	2.14
	ภายในกลุ่ม	202	25.81	.13	
	รวม	205	26.63		
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	3.31	1.10	8.26***
	ภายในกลุ่ม	202	26.97	.13	
	รวม	205	30.28		
การพักผ่อนและนอนหลับ	ระหว่างกลุ่ม	3	3.21	1.07	7.77***
	ภายในกลุ่ม	202	27.84	.14	
	รวม	205	31.05		

ตาราง 16 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	3.41	1.14	16.60***
	ภายในกลุ่ม	202	13.82	.07	
	รวม	205	17.23		
การปรับตัว	ระหว่างกลุ่ม	3	1.97	.66	5.23**
	ภายในกลุ่ม	202	25.28	.13	
	รวม	205	27.25		
สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	ระหว่างกลุ่ม	3	2.85	.95	9.69***
	ภายในกลุ่ม	202	19.80	.10	
	รวม	205	22.65		

ตาราง 16 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อัคมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	3	5.63	1.88	12.88***
	ภายในกลุ่ม	202	29.40	.15	
	รวม	205	35.03		
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา โดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	3.30	1.10	19.12***
	ภายในกลุ่ม	202	11.63	.06	
	รวม	205	14.93		
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	3.30	1.10	19.12***
	ภายในกลุ่ม	202	11.63	.06	
	รวม	205	14.93		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อัตมโนทัศน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีแบบแผนชีวิตด้านการปรับตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนแบบแผนชีวิตด้านการขับถ่าย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
			บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{x}$	1.24	1.43	1.50	1.69
การดูแลสุขภาพตนเอง	ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	1.24	-	0.19	0.26*	0.45*
	ไม่มีรายได้	1.43		-	0.07	0.26*
	2,000-5,000 บาทต่อเดือน	1.50			-	0.19*
	5,000 บาทขึ้นไป	1.69				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
		บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{x}$	.90	1.08	1.11	1.27
โภชนาการ ต่ำกว่า 2,000						
	บาทต่อเดือน	.90	-	0.18	0.21	0.37*
	ไม่มีรายได้	1.08	-	-	0.03	0.19
2,000-5,000						
	บาทต่อเดือน	1.11			-	0.16
5,000 บาท						
	ขึ้นไป	1.27				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
		บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป		
		$\bar{X}$	1.39	1.52	1.61	1.77
การรักษา	ต่ำกว่า 2,000					
ความ	บาทต่อเดือน	1.39	-	0.13	0.22*	0.38*
สะดวก	ไม่มีรายได้	1.52		-	0.09	0.25*
ของ	2,000-5,000					
ร่างกาย	บาทต่อเดือน	1.61			-	0.16
	5,000 บาท					
	ขึ้นไป	1.77				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน				5,000 บาทขึ้นไป
		ไม่มีรายได้	2,000-5,000 บาทต่อเดือน	ไม่มีรายได้	2,000-5,000 บาทต่อเดือน	
		1.21	1.24	1.41	1.51	
การออก	ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	1.21	-	0.03	0.20	0.30*
กำลังกาย	ไม่มีรายได้	1.24	-	0.17	0.27*	
	2,000-5,000 บาทต่อเดือน	1.41	-	0.10		
	5,000 บาทขึ้นไป	1.51	-			

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
		บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{x}$	1.11	1.20	1.42	1.45
การพักผ่อน	ต่ำกว่า 2,000					
และการ	บาทต่อเดือน	1.11	-	0.09	0.31*	0.34*
นอนหลับ	ไม่มีรายได้	1.20		-	0.22*	0.25*
	2,000-5,000					
	บาทต่อเดือน	1.42			-	0.03
	5,000 บาท					
	ขึ้นไป	1.45				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
			บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{x}$	1.22	1.28	1.41	1.53
แบบแผน	ต่ำกว่า 2,000					
ชีวิตค่าน	บาทต่อเดือน	1.22	-	0.06	0.19*	0.31*
ร่างกาย	ไม่มีรายได้	1.28		-	0.13*	0.25*
โดยเฉลี่ย	2,000-5,000					
	บาทต่อเดือน	1.41			-	0.12
	5,000 บาท					
	ขึ้นไป	1.53				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
		บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{x}$	1.27	1.32	1.48	1.54
การปรับตัว ต่ำกว่า 2,000						
	บาทต่อเดือน	1.27	-	0.05	0.21 [*]	0.27 [*]
	ไม่มีรายได้	1.32		-	0.16	0.22 [*]
2,000-5,000						
	บาทต่อเดือน	1.48			-	0.06
5,000 บาท						
	ขึ้นไป	1.54				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท			
		บาทต่อเดือน		บาทต่อเดือน	
		$\bar{X}$	1.13	1.26	1.39
					ขึ้นไป
สัมพันธภาพ	ต่ำกว่า 2,000				
กับ	บาทต่อเดือน	1.13	-	0.13	0.26*
ครอบครัว	ไม่มีรายได้	1.26		-	0.13
และสังคม	2,000-5,000				
	บาทต่อเดือน	1.39			-
	5,000 บาท				
	ขึ้นไป	1.40			-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
		บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{x}$	1.18	1.33	1.46	1.59

อัตราโน้ตส์ ต่ำกว่า 2,000						
	บาทต่อเดือน	1.18	-	0.15	0.28 *	0.41 *
	ไม่มีรายได้	1.33		-	0.13	0.26 *
2,000-5,000						
	บาทต่อเดือน	1.46			-	0.13
5,000 บาท						
	ขึ้นไป	1.59				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
			บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{X}$	1.21	1.29	1.44	1.50
แบบแผน	ต่ำกว่า 2,000					
ชีวิตด้าน	บาทต่อเดือน	1.21	-	0.08	0.23 *	0.29 *
สังคมและ	ไม่มีรายได้	1.29		-	0.15 *	0.21 *
จิตวิทยา	2,000-5,000					
โดยเฉลี่ย	บาทต่อเดือน	1.44			-	0.06
	5,000 บาท					
	ขึ้นไป	1.50				-

ตาราง 17 (ต่อ)

กิจกรรม	รายได้	ต่ำกว่า 2,000 ไม่มีรายได้ 2,000-5,000 5,000 บาท				
			บาทต่อเดือน	บาทต่อเดือน	ขึ้นไป	
		$\bar{X}$	1.21	1.28	1.42	1.52
แบบแผน	ต่ำกว่า 2,000					
ชีวิต	บาทต่อเดือน	1.21	-	0.07	0.21*	0.31*
โดยเฉลี่ย	ไม่มีรายได้	1.28		-	0.14*	0.24*
	2,000-5,000					
	บาทต่อเดือน	1.42			-	0.10
	5,000 บาท					
	ขึ้นไป	1.52				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัว อคติโน้ตัมน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อคติโน้ตัมน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ยังมีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท มีแบบแผนชีวิตโดยรวมแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา แบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อคติโน้ตัมน์ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้แตกต่างกัน

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การดูแลสุขภาพตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	1.55	.52	2.81*
	ภายในกลุ่ม	202	37.20	.18	
	รวม	205	38.75		
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	3	.52	.17	1.10
	ภายในกลุ่ม	202	31.81	.16	
	รวม	205	32.33		
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.50	.50	3.24*
	ภายในกลุ่ม	202	31.20	.15	
	รวม	205	32.70		

ตาราง 18 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การขัดถ่าย	ระหว่างกลุ่ม	3	.90	.03	.23
	ภายในกลุ่ม	202	26.54	.13	
	รวม	205	26.63		
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	3	1.21	.40	2.80*
	ภายในกลุ่ม	202	29.07	.14	
	รวม	205	30.28		
การพักผ่อนและนอนหลับ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.35	.45	3.06*
	ภายในกลุ่ม	202	29.71	.15	
	รวม	205	31.06		

ตาราง 18 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	.69	.23	2.80*
	ภายในกลุ่ม	202	16.54	.08	
	รวม	205	17.23		
การปรับตัว	ระหว่างกลุ่ม	3	.16	.05	.39
	ภายในกลุ่ม	202	27.09	.13	
	รวม	205	27.25		
สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	ระหว่างกลุ่ม	3	.16	.05	.48
	ภายในกลุ่ม	202	22.49	.11	
	รวม	205	22.65		

ตาราง 18 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อัคมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	3	1.09	.36	2.16
	ภายในกลุ่ม	202	33.94	.17	
	รวม	205	35.03		
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา โดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	.16	.05	.56
	ภายในกลุ่ม	202	18.81	.09	
	รวม	205	18.97		
แบบแผนชีวิตโดยเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	3	.37	.12	1.70
	ภายในกลุ่ม	202	14.57	.07	
	รวม	205	14.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตโดยรวมเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา ไม่แตกต่างกัน และมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการ การขับถ่าย การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อัครมนทัศน์ พบว่า ไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ ดังปรากฏความตาราง 19

ตาราง 19 เปรียบเทียบความแตกต่างแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ แตกต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อาชีพอิสระ รับจากญาติ อื่น ๆ รัฐบาล				
		$\bar{X}$	1.41	1.48	1.48	1.63
การดูแลสุขภาพตนเอง	อาชีพอิสระ	1.41	-	0.07	0.08	0.22*
	รับจากญาติ	1.48		-	0.01	0.15
	อื่น ๆ	1.49			-	0.14
	รัฐบาล	1.63				-
		อาชีพอิสระ รับจากญาติ อื่น ๆ รัฐบาล				
		$\bar{X}$	1.53	1.56	1.60	1.74
การรักษาความสะอาดของร่างกาย	อาชีพอิสระ	1.53	-	0.03	0.07	0.21*
	รับจากญาติ	1.56		-	0.04	0.18
	อื่น ๆ	1.60			-	0.14
	รัฐบาล	1.74				-

ตาราง 19 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ อาชีพอิสระ รับจากญาติ รัฐบาล				
		$\bar{X}$	1.26	1.33	1.43	1.47
การออกกำลังกาย	อื่น ๆ	1.26	-	0.07	0.17	0.21*
	อาชีพอิสระ	1.33		-	0.10	0.14
	รับจากญาติ	1.43			-	0.04
	รัฐบาล	1.47				-
		อื่น ๆ อาชีพอิสระ รับจากญาติ รัฐบาล				
		$\bar{X}$	1.23	1.32	1.34	1.47
การพักผ่อนและ	อื่น ๆ	1.23	-	0.09	0.11	0.24
การนอนหลับ	อาชีพอิสระ	1.32		-	0.02	0.15
	รับจากญาติ	1.34			-	0.13
	รัฐบาล	1.47				-

ตาราง 19 (ต่อ)

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อาชีพอิสระ อื่น ๆ รับจากญาติ รัฐบาล				
		$\bar{X}$	1.34	1.35	1.40	1.48
แบบแผนชีวิตด้านร่างกาย โดยเฉลี่ย	อาชีพอิสระ	1.34	-	0.01	0.06	0.14*
	อื่น ๆ	1.35		-	0.05	0.13
	รับจากญาติ	1.40			-	0.08
	รัฐบาล	1.48				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาลมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาความสะอาดของร่างกาย สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพอิสระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาลยังมีคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้จากแหล่งอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 20 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยแตกต่างกัน

แบบแผนชีวิต	กรุงเทพมหานคร		ต่างจังหวัด		t
	(N = 120)		(N = 86)		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
<u>ด้านร่างกาย</u>					
1. การดูแลสุขภาพตนเอง	1.60	.36	1.36	.49	3.77***
2. โภชนาการ	1.18	.40	1.02	.38	3.01**
3. การรักษาความสะอาดของร่างกาย	1.67	.34	1.52	.46	2.72**
4. การขับถ่าย	1.45	.35	1.48	.37	.48
5. การออกกำลังกาย	1.41	.39	1.35	.38	.96
6. การพักผ่อนและการนอนหลับ	1.36	.37	1.34	.41	.44
แบบแผนชีวิตด้านร่างกายโดยเฉลี่ย	1.44	.26	1.34	.32	2.46*
<u>ด้านสังคมและจิตวิทยา</u>					
1. การปรับตัว	1.45	.34	1.44	.40	.35
2. สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม	1.34	.30	1.28	.37	1.29
3. อึดทนโศกเศร้า	1.42	.38	1.43	.46	.10
แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยาโดยเฉลี่ย	1.40	.27	1.38	.35	.60
<u>รวมทั้งหมดเฉลี่ย</u>					
	1.43	.23	1.35	.32	1.94

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร กับผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในต่างจังหวัด มีแบบแผนชีวิตโดยรวม แบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครมีแบบแผนชีวิตด้านสังคมและจิตวิทยาสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในต่างจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาแบบแผนชีวิตแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครมีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในต่างจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครมีแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการ การรักษาความสะอาดของร่างกาย สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในต่างจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนแบบแผนชีวิตด้านการขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การปรับตัว สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม อึดมโนทัศน์ พบว่าไม่แตกต่างกัน

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมารับบริการ ตรวจรักษาในแผนตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี
2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรด้านเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 206 คน เป็นผู้สูงอายุเพศชาย 92 คน และผู้สูงอายุเพศหญิง 114 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มารับบริการตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม การประเมินแบบแผนชีวิต (Lifestyle Assessment Questionnaires) ในส่วน Wellness Inventory Section ของเชคเลอร์ กับแบบสอบถามแบบแผนชีวิตในผู้สูงอายุของ เยาวลักษณ์ มนาลิทธิวัฒน์ และแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่ทำให้อายุยืน ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดยครอบคลุม ทั้งการดูแลสุขภาพทางกาย และการดูแลสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสัมภาษณ์ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 37 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองกับผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.9111

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้แบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แจกแจงแบบสัมภาษณ์ออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
3. หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(s) แล้วแปรผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1, 3 และ ข้อ 10

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ซึ่งใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 8 และ ข้อ 9

สรุปผลการค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุที่มีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
6. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
7. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
8. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
9. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
10. ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน
11. ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งรายละเอียดการอภิปรายมีดังนี้

1. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุชายและหญิง โดยทั่วไปอยู่ในระดับที่ อาจจะเป็นผลมาจาก ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการพัฒนาทั้งสุขภาพและสารอาหารต่าง ๆ ให้มีคุณภาพดีขึ้น ในปัจจุบันทำให้อัตราการตายลดลง ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 81 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.3 ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ มีความรู้ พอที่จะเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการ ป้องกันโรคได้ดีกว่าเดิม จากข้อมูลดังกล่าว อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปอยู่ในระดับที่

2. เพศ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มารับบริการ มีแบบแผนชีวิตไม่ แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุชายและหญิงที่มารับบริการ มีแบบแผน ชีวิตแตกต่างกัน กล่าวคือ ตามนิยามศัพท์ของการวิจัย แบบแผนชีวิต เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็น ประจำในการดำรงชีวิต เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติ และมีการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติเหล่านั้น โดยปัจจัย ส่วนบุคคล สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้ อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงมีชีวิตยืนยาว ดังนั้นทุกคน จะชวนชวนที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตรอคอยได้ ดังนั้นยังไม่อาจสรุปได้ว่าเพศ เป็นปัจจัยที่กำหนดแบบแผนชีวิตเพราะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งผลการศึกษารังนี้มีส่วน สอดคล้องกับผลการวิจัยของเบญจวิทย์ สุเอียนทรเมธี (2527 : 51) ที่ศึกษาลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ผลการศึกษา พบว่า เพศและระยะเวลาของการรักษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการเยียวยาของผู้ป่วย ไม่พบความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากเหตุผลดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

3. อายุ จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน แสดงว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต ดังที่พยอม อิงคณวัฒน์ (2531 : 106) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะในแง่ของความอ่อนไหว ทางกายและความฉับไวของสมอง โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เริ่มเข้ามาคุกคามร่างกาย ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือผู้สูงอายุ 61 ปีขึ้นไป จะยังคงมีความเสื่อมมากขึ้น พฤติกรรมบางอย่างก็จะปฏิบัติไม่ได้ เช่น เติม และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง พบว่า บุคคลที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่การศึกษาของ มูห์ เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman, 1988 : 643) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต พบว่า อายุมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิต

4. ศาสนา จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน แสดงว่าศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จงรักษ์ สุภกิจเจริญ (2527 : 108) ที่ให้ท้าววิจัย เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทย ที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93 ซึ่งตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เมื่อถึงเทศกาลหรือวันสำคัญทางศาสนา บิณฑบาตจะนำบุตรหลานไปร่วมทำบุญ และฟังคำสอนจากพระภิกษุสงฆ์ตามวัดต่าง ๆ ด้วย และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะเข้าวัดเพื่อศึกษาธรรมะตามค่านิยมของสังคมไทยวัยนี้ การศึกษาหลักคำสอนของพระพุทธศาสนาในเรื่องต่าง ๆ เช่น พรหมวิหารธรรม จะช่วยให้จิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล และกลัวตายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในวัยนี้ ซึ่งช่วยให้การยอมรับตนเองมากขึ้น เพราะศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความศรัทธา หักเหน็ด แรงจูงใจ และบุคลิกบางประการของตน ฟิริสท์ คำนวณศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523 : 100)

จากเหตุผลดังกล่าว พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

5. การศึกษา จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน แสดงว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) และมีผู้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลทางตรงมากที่สุดต่อแบบแผนชีวิต (Muhlenkamp and Brerman. 1988 : 643) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา กันธะรักษา (2527 : 123) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงมีครรภ์ พบว่า การศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำและสอดคล้องกับการศึกษาของนิศยา ภาสุนันท์ (2527 : 88) ที่ศึกษาความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองกับความร่วมมือ โดยรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ยังเลิกล้มการค้นหาความรู้หรือการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ามีอาการยากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มีลักษณะใคร่รู้ในสิ่งต่าง ๆ มากพอและขาดความเข้าใจในประโยชน์ จุดมุ่งหมายหรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติอย่างแท้จริง และสอดคล้องกับการวิจัยของกรุงไกร เจนพานิชย์ (2521 : 59-60) ที่ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาต่ำของผู้ป่วยทำให้การติดต่อกับแพทย์มีน้อยเพราะพูดฟังหรืออ่านคำแนะนำไม่เข้าใจ บางรายไม่กล้าถามถึงการปฏิบัติตัว กลัวถูกหาว่าโง่ หรือด้วยความเกรงใจ

จากเหตุผลดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

6. สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุ

ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีแบบแผนชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก การที่ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงา หรือโดดเดี่ยว มีการกิจกรรมทำร่วมกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของธระ สุขวัฒน์ (2525 : 22) ที่กล่าวว่า ถ้าผู้สูงอายุที่สมรสตาย หรือแยกกันไป จะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจหดหู่เป็นทุกข์อย่างยิ่ง และสอดคล้องกับการวิจัยของ ฮอกส์เทล (Hogstel. 1981; อ้างถึงในเกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 80) พบว่า ร้อยละ 22.5 ของคู่สมรสที่มีชีวิตอยู่จะตายตามไปภายใน 6 เดือนแรก หลังจากคู่สมรสเสียชีวิตไป โอเร็ม (Orem. 1985 : 91-120) ได้เห็นว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของตน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการปลดปล่อยจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถทางหน้าที่ ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อนซึ่งเข้าใจกันดีมานาน การสูญเสียนี้เป็นเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ อ่อนล้าลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2527 : 67-68)

จากเหตุผลดังกล่าว พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

7. สภาพการเป็นอยู่ จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพการเป็นอยู่ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้สูงอายุ จะต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแลจากผู้อื่น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้ารับบริการของสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐบาลและเอกชน โดยให้เหตุผลว่ามีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม จิตใจเข้ากับครอบครัวไม่ได้ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู และที่หักอาสัย ซึ่งเกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 80) กล่าวว่า เนื่องจากสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การดำเนินชีวิต และสภาพการเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่ และสถานภาพหม้าย มีการร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรสจะมีลูก กู๋ปรีक्षा สามารถไปร่วมกิจกรรมกันได้ มีการปะทะสังสรรค์กันได้มาก มีความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจกัน ในสถานภาพหม้าย ซึ่งเกิดจากการสูญเสียคู่สมรส ทำให้คู่สมรสซึมเศร้า นอนไม่หลับ

จากเหตุผลดังกล่าว พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

8. อาชีพ จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน แสดงว่า อาชีพเป็นปัจจัยส่วนหนึ่ง ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จาโลวีก และเพาเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10-15) ที่ได้ศึกษาพบว่า อาชีพของการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิถีการเผชิญปัญหาเช่นกัน อาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพอนามัย (ฉวีวรรณ อารยาพันธุ์. 2524 : 44) ซึ่งจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของทิพย์ภา บุรี (2529 : 69) พบว่า อาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและเอกชน มีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสนห์ พบพาน (2528 : ข) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อม อำเภอนครหลวง ศึกษากรณีกิจการอุตสาหกรรมในเขตเกษตรกรรม พบว่า อาชีพรับราชการมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาอากาศเป็นพิษมากที่สุด และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอวยพร สุทธิสนธิ (2528 : ข) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี ผลพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้และการปฏิบัติเรื่องโรคมะเร็งแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 58) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ พบว่า กลุ่มที่มีอาชีพ

รับราชการ รัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน จะมีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่า อาชีพทนาย ทหาร รับจ้างรายวัน และอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

9. รายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน แสดงว่า สภาพเศรษฐกิจในวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะประชาชนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 มีรายได้ต่ำกว่าอัตราตัวเฉลี่ยของรายได้ประชาชนในประเทศ ซึ่งการศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้สูงขึ้น และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหามีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี (Jalowice and Powers. 1981 : 10-15) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พาลมอร์ และลูยการ์ท (Palmore and Luickart. 1972 : 76) และผลการวิจัยของวิลลิตส์ และไครเดอร์ (Willits and Crider. 1968 : 174) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษา และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ทั้งนี้เกี่ยวเนื่องกับการมีแหล่งประโยชน์ที่ดี สามารถแสวงหาอาหารและแหล่งบริการทางสุขภาพได้ดีกว่า และสอดคล้องกับผลการวิจัยของเสาวนีย์ กานต์เคซาร์รักษ์ (2523 : 66-72) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า ความแตกต่างของผู้สูงอายุ ที่มีรายได้มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการด้านความรับผิดชอบครอบครัว และรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ผู้ที่มีรายได้ของตนเองเกิดความมั่นใจ ในคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองเกิดความมั่นใจในคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองสามารถที่จะทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและสังคมได้อีก ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ของตนเองมักจะยอมรับความจริง จึงมักจะไม่มีความต้องการสิ่งใดนอกเหนือจากที่ได้รับ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

10. แหล่งรายได้ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้แตกต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 49-50) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่จำแนกตามความแตกต่างกันของอายุ สถานภาพสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุสามารถเบิกค่ายาและค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้ไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน ซึ่งสุพัตรา สุภาพ (2521 : 49) ได้กล่าวถึง ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจหรือความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลาน หรือญาติ อาจจะทำให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่สภาพ แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงทางสังคมที่ต้องการ เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การไต่ถามหนี้ บำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ

จากเหตุผลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

11. ที่พักอาศัย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน แสดงว่าที่พักอาศัยไม่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในเมืองไทย ทั้งนี้พบว่า สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้เกิดการแข่งขันทางด้านการทำมาหากิน บุคคลต้องมีบทบาท หน้าที่ทางสังคมมากขึ้น ซึ่งได้แก่บทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด การพักอาศัยของผู้สูงอายุคงจะมีสภาพคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุอาจต้องอยู่คนเดียว โดดเดี่ยว ขาดการดูแลจากลูกหลานเท่าที่ควร เพราะลูกหลานหรือบุคคลในครอบครัว ต้องออกไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ในเวลากลางวันและเมื่อกลับเข้าบ้านเขาต้องมีภาระรับผิดชอบในครอบครัว จึงไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ พ่อแม่ปู่ย่าตายาย ที่เป็นผู้สูงอายุในบ้าน ผู้สูงอายุเหล่านั้น ต้องช่วยเหลือตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย เช่น การดูแลตนเอง และทั้งด้านสังคมและจิตวิทยา เช่น การปรับตัวให้เข้ากับสภาพของครอบครัว และสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (เพ็ญแข ประจวบจำนึก. 2528 : 34)

จะเห็นว่า ตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นเหล่านี้จะเป็นรากฐานในการตัดสินใจของบุคคลที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของคน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของบุคคลได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษากลับมาใช้ดังต่อไปนี้

1. ควรมีการจัดคลินิกผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลให้แพร่หลายและในระดับอำเภอและจังหวัด ในการรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นทุก ๆ แห่งในประเทศ เพื่อบริการให้คำปรึกษา และตรวจร่างกาย ในการรักษาได้ทัน่วงที่ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะสุขภาพเสื่อมอีกด้วย
2. แนวทางให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมการให้บริการอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การให้กำลังใจเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของร่างกาย เช่น ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ และบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งการส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิตใจ ลดภาระของสังคม และก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมให้มากที่สุด
3. ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ทั่วถึง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบตัวแปรกลุ่มต่าง ๆ เท่านั้น จึงทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะที่เป็นข้อมูลพื้นฐานเท่านั้น ไม่สามารถนำไปแก้ไขข้อบกพร่องได้ทันที ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการมีแบบแผนชีวิตที่ถูกต้อง

2. ควรจะมีการศึกษา ติดตามผลเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุอีกครั้งในระยะเวลาต่อไป เพื่อคุณแนวโน้มว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อหาทางป้องกันและแก้ไขต่อไป

3. ควรมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรด้านเพศ การศึกษา อาชีพ และการดูแลเอาใจใส่ของญาติ เพื่อเป็นแบบฉบับแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในบั้นปลายต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลลา แสงสีทอง. สภาวะการเฝ้าของคนชราในครอบครัวไทย : กรณีศึกษากลุ่มคนชราในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526. อัครสำเนา.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. 2523. อัครสำเนา.
- ✓กรมประชาสัมพันธ์. "ให้ความรักพิทักษ์อนามัยผู้สูงอายุขึ้น," คู่มือปฏิบัติฉบับพิเศษ. 11 ; มกราคม 2526.
- การประชุมวิชาการของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่อง การดูแลตนเอง : ทฤษฎีการปฏิบัติและการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์. "บทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย," เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 4 ด้านเภสัชกรรมคลินิก. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัครสำเนา.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2528.
- ✓เขมิกา ยามะรัก. ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา กรณีศึกษาข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อัครสำเนา.
- ✓จำเรียง กุระมะสุวรรณ. "ผู้สูงอายุในสังคมไทย," ในการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 2 เรื่อง การพยาบาล ความก้าวหน้าในการศึกษาการวิจัยและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- จรงค์ ศุภกิจเจริญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเองสัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อักสำเนา.
- จารุวรรณ เหมะธรและพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ. "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 7 : 67-68 ; กรกฎาคม - กันยายน 2527.
- เจน ณะศิริ. ทำอย่างไรจึงจะมีชีวิตยืนยาวและเป็นสุข. กรุงเทพฯ : ศรีเอทีการพิมพ์, 2526.
- ฉันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อักสำเนา.
- ฉวีวรรณ อารยาพันธุ์. การศึกษาพฤติกรรมทัศนสุขภาพและภาวะสุขภาพในช่องปากของนักศึกษา ในวิทยาลัยครูภาคใต้. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์ ยุทธนา อักษรนันท์ และวิญญารัตน์ ตันศิริ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. 2527.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2527.
- ครุณี ชูณหะวัณ. "การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ," ใน การประชุมวิชาการของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่อง การดูแลตนเอง : ทฤษฎีการปฏิบัติและการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- คุลีต สุนทราญ. "โรคทางกายและโรคทางใจของผู้สูงอายุ," กูรูปริทัศน์. ฉบับพิเศษ, หน้า 61-63, 2525.
- ควงสมร พันธุเสน. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อักสำเนา.
- ทิพย์ภา บุรี. ความรู้และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดบริเวณวัดโลก สماعيل อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อักสำเนา.

- ธระ สุขวัจน์. "ความทุกข์ของผู้สูงอายุ," ให้ความรักพิทักษ์อนามัยผู้สูงวัยอายุยืน. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525.
- นภาพร ชัยวรรณ. รายงานวิจัย แนวโน้มและลักษณะของประชากร สังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2528.
- นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อักสำเนา.
- _____. สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดพันนี้พับ บลิสซิ่ง, 2529.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือโดยรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อักสำเนา.
- บรรลุ ศิริพานิช (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เกษมสุวรรณ, 2528.
- เบญจวิมล สุเอี่ยมทรเมธี. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและการถูกตีตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อักสำเนา.
- ✓ ชุม ทาสุนธ์. บันทึกหมายเหตุ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัทแซนคอสจำกัด, 2530.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา. หน่วยที่ 1 - 7 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- ✓ ประสพ รัตนกร. "วัยวัฒนา," ใน รายงานการประชุมวิชาการประจำปี 2525 เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2525.
- _____. "สุขใจในวัยงาม," คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2529.
- ประคิษฐ์ ตันสุรัตน์. "ชีวิตคนเรานั้นสั้นนัก," วารสารวอลโล่. ตุลาคม-พฤศจิกายน, 2533.
- ประไพศรี ศิริจักรวาล และประภาศรี ภูวเสถียร. "โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล. 39(4) : 296-302 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2533.
- ปาหนัน บุญ-หลง. "การเปลี่ยนแปลงทางชีวิตสังคมในผู้สูงอายุ," วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี. กรกฎาคม - ธันวาคม, 2533.

พยอม อิงคตานวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. โครงการตำราศิริราชพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

พิธีสิทธิ์ คำวนวลศิลป์ และคนอื่น ๆ. รายงานวิจัยเรื่อง ความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ และนายเจ๊ก อภิชาติบุตร. "การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาล. หน่วยที่ 10. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2529.

พรทิพย์ พุ่มไทรย์. การใช้เวลาของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลรามารักษ์. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. อักสำเนา.

✓ พันธุ์ทิพย์ รามสูต. "ความต้องการของผู้สูงอายุ," ข่าวบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 1(4) : กรกฎาคม - กันยายน 2533.

พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อักสำเนา.

พิธีสิทธิ์ คำวนวลศิลป์ และคนอื่น ๆ. รายงานวิจัยเรื่อง ความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.

เพ็ญแข ประจวบจันทน์. พื้นฐานทางสังคมวิทยาของการศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.

✓ ฟอง เกิดแก้ว. อนามัยส่วนบุคคลและอนามัยชุมชน. หน้า 124. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อักสำเนา.

- วณิศา ศิริรักษ์ และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, 2532.
- วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัครสำเนา.
- วิจิตร บุญยะโทตระ. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2533.
- วิเชียร คิลกสัมพันธ์. ชีวิตชรา. พิมพ์ครั้งที่ 6. งานพระราชทานเพลิงศพ มรว.หญิงจันทร์จรัส
คิลกสัมพันธ์, 4 มีนาคม 2532. 135 หน้า.
- สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก,"
ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 127-155. ลือชัย ศรีชวินยวง
ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- _____. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2533. อัครสำเนา.
- สมบุญ ชิตพงศ์. "การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย," เอกสารประกอบการสอนวิชาวิจัย 521
วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2528.
- สมพร อินทร์แก้ว. "สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ," ที่ระลึกในพระราชทานเพลิงศพ พันโทสุวรรณ
สมบุญสิน. หน้า 24-30. เชียงใหม่ : ธนบรรณาการพิมพ์, 2532.
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง. คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
องค์การทหารผ่านศึก, 2529.
- ✓ สุชาติ โสภประยูร. สุขวิทยา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2518.
- ✓ สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย. หน้า 49-50. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช,
2526.
- ✓ สุภาณี กาญจนจारी. "การดูแลผู้สูงอายุในสมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ," การพยาบาลอายุรศาสตร์.
เล่ม 2. กรุงเทพฯ : มิตรเจริญการพิมพ์, 2534.

สุรเกียรติ์ อาษานาภาพ และสมพร ศิรินาวัน. ทันโรค ทันโลก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
เมคิลล์ มีเดีย, 2533.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน สำนักราชมนตรี. ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย.
ม.ป.ท. 2525.

เส้นี พพพาน. ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อม อาเภอนครหลวง ศึกษา
กรณีกิจการอุตสาหกรรมในเขตเกษตรกรรม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อักสำเนา.

เสาวนีย์ กานต์เคซาร์กซ์. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ค.ม. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อักสำเนา.

เสาวภา วิชิทวาท. ความต้องการของผู้สูงอายุที่พำนักในครอบครัวแบบขยาย ในเขตพญาไท.
วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527. อักสำเนา.

✓อวย เกตุสิงห์. "กีฬาอนามัยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่งาน," การส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2526.

อวยพร สุทธิสนธิ. การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วย
ตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อักสำเนา.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติ
ตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อักสำเนา.

อานา ใจงาม. "พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล.
39(2) : 140-149, เมษายน - มิถุนายน 2533.

Anderson, H. Newton's Geriatric Nursing. Saint Louis : The C. V.
Prossby Company, 1971.

Atehley, Robert C. The sociology of Retirement. New York : Halsted
Press, 1976.

Badura, B. "Life-style and Health : Some Remarks on Different Viewpoints."
Social Science Medicine. 19(1984) : 341-347.

Best, John W. Research in Education. Fourth Edition. New Delhi :
V.K. Batrd at Pearl offset Press, 1983.

- Binstock, Robert H. and Linda K. George. Handbook of Aging and the Social Science. Academic Press, Inc., 1990.
- Birren, James E. and Jeyne V. Renner. Handbook of the Psychological of Aging. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Birren, James E. and Jeyne V. Renner. Handbook of the Psychological of Aging. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- \ Driever, MJ. "Theory of Self-Concept," In Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New York : Prentice-Hall, 1976.
- Eliopoulos, C. Gerontological Nursing. Philadelphia : The C. V. Mosby Co., 1987.
- _____. Health Assessment of the Adult. California : Addison-wesley Publishing Co., 1984.
- Ebersole, Priscilla and Patricia, Hess. Toward Healthy Aging : Human Needs and Nursing Response. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1982.
- Edward, Allen L. Statistical Analysis. New York : Rinehart Company Inc., 1957.
- Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5th ed. New York : McGraw-Hill, 1981.
- Fry, J. Self-Care : Its Place in the Total Health Care System. Mimeograph, 1983.
- Herschfeld, M. J. "Self Care Potential : Is it Presentation," Journal of Genontological. 1979.
- Hettler, B. "Wellness promotion and rich reduction on a university campus," p.207-238. in Faber, M. M. & Reinhardt A. M. (Ed.) Promoting Health Throuth Risk Reduction. New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1982.
- Hill, L. and N. Smith. Self-Care Nursing : Promotion of Health. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1985.
- Holland, W. W. and E. Breeze. "Good life-styles for Good Health," World Health Forum. 7 : 380-386; 1986.
- Jalowice A. and M. J. Power. "Stress and coping in hypertensive and Emergency room patients," Nursing Research. 30 : 10-15. 1981.

- Jalso, Shirley B. Murjane M. Burns and Jerry M. Rivers. "Nutrition Beliefs and Practices," Journal of the American Dietetic Association. 47 : 263-268; 1965.
- Kozier, B., G. Erb and P. M. Bufalino. Introduction to Nursing. California : Addison-Wesley Publishing Co., 1989.
- Kulbok, P. P., F. J. Earls and A. C. Montgomery. Life Style and Patterns of Health and Social Behavior in High-risk Adolescents ANS. 11 : 25; October, 1988.
- Levy, M. R., M. Dignan and J. H. Shirreffs. Life & Health. 4th ed. New York : Random House, Inc., 1984.
- Lindquist, Everet Franklin. Design and Analysis of Experiments in Psychology and Education. Boston : Houghton Mifflin, 1953.
- Maltheis, Roberta F. "Holistic Health Concept," Comprehensive Psychiatric Nursing. Edited by Judith Haber et al. 2nd ed. New York : McGraw-Hill, Inc., 1982.
- Mc Glone, F. B. and E. Kick. "Health Habits in Relation to Aging," Journal of American Geriatrics Society. 1978.
- Moon, A. "Pictures of Health," Nursing Times. 83 : 49-50; 7-13 January, 1987.
- Muhlenkamp, A. F. and N. A. Broerman. "Health beliefs, health Value and Positive health behaviors," Western Journal of Nursing Research. 10 : 637-646; 1988.
- Mumma, H. R., and E. M. Smith. The Geriatrics Assistant. New York : McGraw-Hill Book Co., 1981.
- Murray, R. B. and J. P. Zentner. Nursing Concept for Health Promotion. New York : Prentice Hall, Inc. 1985.
- O' Brien, E. and K. O' Malley. High Blood Pressure : What it Means for You, and How to Control It. Singapore : PC. Publishing Pte. Ltd., 1982.
- Orem, D. E. Nursing Concepts of Practice. 3 ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
- Orem D. and S. Taylor. "Orems" : General Theory of Nursing in P. Winstead-Fry (Ed). Case Studies in Nursing Theory. National League for Nursing, 1986. p. 37-71.
- Palmore, E. and C. Luikart. "Health and Social Factors Related to life Satisfaction," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 68-80; March, 1972.

- Shultz, C. M. S. "Lifestyle Assessment : A Tool for Practice," Nursing Clinics of North America. 19 : 271-281; June, 1984. ✓
- Singer, J. E. "The Need to Measure Life Style," International Review of Applied Psychology. 31 : 303-315; 1982. ✓
- Sister, Mary, Jeanne Hain and Shu-Pi Chen. "Health Needs of the Elderly," Nursing Research. 25 : 433-435; November - December 1976.
- Spier, Barbara Elliott. "The Nursing Process as Applied to the Life Changes of the Aged," The Aged Person and the Nursing Process. Edited by Yurich et al. 2nd ed. Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1984.
- Stuart, Gail Wiscare and Sandra J. Sundeen. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 2nd ed. Saint Louis : The C. V. Mosby Company, 1983.
- Tissue, T. "Another Look at Self-Rated Health Among the Elderly." Journal of Gerontology. 27 : 91-94; 1972.
- Turner, Jeffrey S. and Donald B. Helms. Lifespan Development. New York : CBS College Publishing, 1983.
- Vickery, D. M. and others. "Lifestyle and Organization Health Insurance Costs," Journal of Occupational Medicine. 28 : 1166; November, 1986.
- Walker, S. N. K. R. Seehrist and N. J. Pender. "The Health-promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristics," Nursing Research. 36 : 76-81; March - April, 1987.
- Webster, J. A. "The Wellness Model Feeling Good about You," AORN Journal. 41 : 717-178; April, 1985.
- Wiley, J. A. and T. C. Comacho. "Life-Style and Future Health : Eviolence from the Alameda County Study," Preventive Medicine. 9 : 1-21; January, 1980. ✓
- Willits, F. K. and D. M. Grider. "Health Rating and life Satisfaction in the later Middle years," Journal of Gerontology. 43 : 172-176; September 1988.
- Yamane, Taro. Statistics : and Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper, 1976.
- Yurick, A. G. and others. The Aged Person and the Nursing Process. N. Y. : Appleton-Century-Crofts, 1980.

ภาคผนวก

หมายเลขแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์สำหรับงานวิจัย

เรื่อง

แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลรามารัตน์

ผู้วิจัย

นางทิพวัลย์ ชาวสำอางค์

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

คณะกรรมการควบคุมปริญญาโท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ ประธาน

รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง กรรมการ

ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิต

แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () เมื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแล้ว

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ 60-64 ปี ☐ 65-70 ปี
☐ 70 ปีขึ้นไป
3. ศาสนา ☐ พุทธ
☐ ศาสนาอื่น ๆ (โปรดระบุ)
4. การศึกษา ☐ ระดับประถมศึกษา หรือเทียบเท่า
☐ ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
☐ ระดับอุดมศึกษา หรือเทียบเท่า
5. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่
☐ หย่าร้าง ☐ คู่สมรสถึงแก่กรรม
6. สภาพการเป็นอยู่ ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับญาติ
☐ อยู่กับคู่ครอง ☐ อยู่กับคนอื่น
7. อาชีพ ☐ ไม่มีอาชีพ ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกร
☐ ข้าราชการบำนาญ

8. รายได้
- () มีรายได้
 - () ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน
 - () 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน
 - () สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
 - () ไม่มีรายได้
9. แหล่งรายได้
- () อาชีพอิสระ
 - () รัฐบาล (บำนาญ)
 - () ญาติ
 - () อื่น ๆ (โปรดระบุ)
10. ที่พักอาศัย
- () กรุงเทพมหานคร
 - () ต่างจังหวัด

แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ผู้สูงอายุตอบคำถาม

กิจกรรม	เป็นประจำ 2	บางครั้ง 1	ไม่เคย 0
ก. ด้านร่างกาย			
<u>การดูแลสุขภาพตนเอง</u>			
1. ท่านไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี			
2. เมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ ท่านสามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้			
3. ท่านใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์			
4. ท่านสวมใส่เสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย			
5. เมื่อท่านไม่สบายจะซื้อยาชุดมารักษาด้วยตนเอง			
6. ท่านใช้เครื่องใช้ที่มีสารกระตุ้นร่างกาย เช่น กระทิงแดง ลิโพ ฯลฯ			
<u>โภชนาการ</u>			
1. ท่านวางแผนการรับประทานอาหารเพื่อให้ ได้รับปริมาณวิตามินและเกลือแร่อย่างเพียงพอ			
2. ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้้วนหรือผอมเกินไป			
3. เมื่อเลือกอาหารโปรตีนจากสัตว์ ท่านเลือก รับประทานเนื้อไม่ติดมัน เป็ด ไก่ และปลา			

กิจกรรม	เป็นประจำ 2	บางครั้ง 1	ไม่เคย 0
4. ท่านรับประทานผักและผลไม้			
5. ท่านดื่มกาแฟ			
6. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล			
7. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทหมักดอง			
<u>การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u>			
1. ท่านทำความสะอาดร่างกายวันละ 2 ครั้ง			
2. ท่านแปรงฟันและบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ			
3. ท่านตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นเพื่อป้องกัน			
เชื้อโรคติดเล็บ			
4. ท่านสระผมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง			
5. ท่านล้างมือหลังเข้าห้องน้ำหรือห้องส้วม			
6. ท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดวันละชุด			
<u>การขับถ่าย</u>			
1. ท่านมีอาการเจ็บและแสบที่ทวารหนักเมื่อ			
ถ่ายอุจจาระ			
2. ท่านถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์			
3. ท่านต้องใช้ยาระบาย ยาเหน็บ หรือสวน			
4. ท่านต้องถ่ายอุจจาระเมื่อท่านมีอาการปวด			
5. ท่านถ่ายอุจจาระโดยควบคุมไม่ได้			
6. เมื่อท่านรู้สึกปวดปัสสาวะท่านกลั้นปัสสาวะไม่ได้			

กิจกรรม	เป็นประจำ 2	บางครั้ง 1	ไม่เคย 0
<u>การออกกำลังกาย</u>			
1. ทำนออกกำลังกายอย่างน้อยประมาณ 15-20 นาที			
2. ทำนบริหารร่างกายก่อนออกกำลังกาย			
3. ทำนออกกำลังกายหลังรับประทานอาหาร			
4. ทำนเล่นกีฬาที่ทำนชอบโดยไม่คำนึงถึงอายุ			
5. หลังออกกำลังกายทำนจะบริหารร่างกายอย่างเบา ๆ หรือเดินอย่างน้อย 5 นาที ก่อนจึงจะนั่งพัก			
6. ทำนอาบน้ำทันทีหลังออกกำลังกาย			
<u>การพักผ่อนและการนอนหลับ</u>			
1. ทำนนอนหลับในเวลากลางคืนอย่างน้อย 5 ชั่วโมง			
2. ทำนนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวันประมาณ 1 ชั่วโมง			
3. เมื่อตื่นนอนทำนรู้สึกไม่สดชื่น แจ่มใส			
4. ทำนมีอาการง่วงหงาวหาวนอนหลังตื่นนอน			
5. ทำนสวคมนตรีหรือนั่งสมาธิก่อนนอน			
6. ทำนใช้เวลาว่างโดยการอ่านหนังสือ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร หนังสือธรรมะ ฯลฯ			

กิจกรรม	เป็นประจำ 2	บางครั้ง 1	ไม่เคย 0
ข. ด้านสังคมและจิตวิทยา			
<u>การปรับตัว</u>			
1. ท่านยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้			
2. ท่านต้องใช้ยานอนหลับ เหล้า หรืออื่น ๆ เพื่อ ระบายความทุกข์ หรือช่วยแก้ปัญหา			
3. ท่านทำงานโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพ			
4. ท่านมีความเห็นว่า การสูบบุหรี่หรือการ เจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดา			
5. ท่านรู้สึกว่าคนในสังคมยังยอมรับท่าน			
6. ท่านไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ โดยปราศจาก สิ่งที่ท่านรัก			
<u>สัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม</u>			
1. ท่านวิตกกังวลกับสภาพความเป็นอยู่ของท่าน ภายในครอบครัว			
2. ท่านใช้เวลาว่างในการประกอบกิจกรรมร่วมกัน ภายในครอบครัว เช่น ดูทีวี ฟังวิทยุ ฯลฯ			
3. สมาชิกในครอบครัวยังคงให้ความเคารพ ยกย่อง และให้ความสำคัญ ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับท่าน			
4. ท่านรู้จักพอใจกับสภาพในครอบครัว			

กิจกรรม	เป็นประจำ 2	บางครั้ง 1	ไม่เคย 0
5. ท่านรับประทานอาหารคนเดียว			
6. ในงานเลี้ยงและงานสังคม ท่านต้องระมัดระวังมากเพราะเกรงจะทำหรือพูดในสิ่งที่คนอื่นไม่ชอบ			
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมต่าง ๆ			
<u>อัตมโนทัศน์</u>			
1. ท่านรู้สึกรำคาญตัวเอง เมื่อท่านทำงานต่าง ๆ ได้น้อยลง			
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า			
3. ท่านคิดว่าท่านยังสามารถทำงานได้ดีตามอรรถภาพที่เหมาะสม			
4. ชีวิตวัยชราของท่านซ้ำซาก จำเจ น่าเบื่อ			
5. ท่านพอใจในการปฏิบัติศาสนกิจตามศรัทธาของท่าน			
6. ท่านมีความภูมิใจในการดำรงชีวิตที่ผ่านมา			

ภาคผนวก ข

คำอ่านอาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถาม

ตาราง 21 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์

ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก	ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก	ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
	(t)		(t)		(t)
<u>ส่วนที่ 2</u>					
<u>หมวดที่ 1</u>		<u>หมวดที่ 4</u>		<u>หมวดที่ 7</u>	
1	3.76	1	6.15	1	3.24
2	5.45	2	1.89	2	7.47
3	5.77	3	4.11	3	7.47
4	5.45	4	4.16	4	9.47
5	6.35	5	5.45	5	6.70
6	4.80	6	7.47	6	3.62
<u>หมวดที่ 2</u>		<u>หมวดที่ 5</u>		<u>หมวดที่ 8</u>	
1	6.04	1	2.80	1	3.35
2	2.84	2	6.23	2	6.40
3	2.60	3	3.62	3	8.64
4	5.13	4	2.73	4	4.28
5	3.58	5	2.80	5	7.45
6	3.33	6	3.08	6	3.07
7	3.31			7	4.54
<u>หมวดที่ 3</u>		<u>หมวดที่ 6</u>		<u>หมวดที่ 9</u>	
1	5.45	1	4.75	1	3.87
2	4.59	2	2.80	2	4.11
3	5.77	3	5.77	3	3.58
4	4.45	4	7.88	4	7.41
5	6.35	5	1.89	5	6.00
6	4.45	6	4.45	6	5.77

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางทิพวัลย์ ชื่อสกุล ชาวสำอางค์

เกิดวันที่ 8 เดือนเมษายน

พุทธศักราช 2493

สถานที่เกิด

อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

สถานที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 664/15 จรัลสนิทวงศ์ กรุงเทพฯ 10700

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2513 ประกาศนียบัตรจากโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี

พ.ศ. 2526 กศ.บ.(สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พ.ศ. 2535 กศ.ม.(สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลรามารักษ์

บทคัดย่อ

ของ

ทิพวัลย์ ชาวสำอังก

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มีนาคม 2535

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามธิบดี ตามตัวแปรด้านเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 206 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุชาย 92 คน และผู้สูงอายุหญิง 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการทดสอบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับที่
2. ผู้สูงอายุชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
6. ผู้สูงอายุที่มีสภาพสมรสต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
7. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
8. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
9. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
10. ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน
11. ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยต่างกันมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

LIFESTYLE OF THE ELDERS AT OUT PATIENT DEPARTMENT
OF RAMATHIBODI HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

TIPPAVAL KHAOSOMANG

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

March 1992

The purposes of this research were to study the lifestyle of the elders at out patient department of Ramathibodi Hospital and to compare with the following variables; sex, age, religion, education level, marital status, living situation, occupation, income, capital source and residence. The sample were 206 elders which consisted of 92 males and 114 females. Their ages were 60 at least. The instrument was lifestyle interviewed rating scale. The data was analysed by t-test, one-way analysis of variance and Newmann-Keuls test.

The results were as follow :

1. The elders had lifestyle at good level.
2. There was no significantly statistical different lifestyle between male and female elders.
3. There were significantly statistical different lifestyle among different ages of the elders at .05 level.
4. There was significantly statistical different lifestyle between Buddhism and other religion at .05 level.
5. There were significantly statistical different lifestyle among different educational level of the elders at .001 level.
6. There were significantly statistical different lifestyle among different marital status of the elders at .001 level.
7. There were significantly statistical different lifestyle among different living situation of the elders at .001 level.
8. There were significantly statistical different lifestyle among different occupation of the elders at .001 level.

9. There were significantly statistical different lifestyle among different income of the elders at .001 level.

10. There were no significantly statistical different lifestyle among different capital source of the elders.

11. There was no significantly statistical different lifestyle between Bangkok resident and other resident.