

613.0438

๗๖321๗

๑. 3

การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ปริญญาณิพนธ์

ของ

ณัฐกร อ่วมบำรุง

28 พ.ธ. 2534

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

174888

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควร
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(ผศ.สุจินต์ ปรีชามารต)

..... กรรมการ

(อ.พิมพ์ศรี โศคติเทพย์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ผศ.สุจินต์ ปรีชามารต)

..... กรรมการ

(อ.พิมพ์ศรี โศคติเทพย์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผศ.ทวีสิทธิ์ สิทธิกร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร.สมพร บัวทอง)

วันที่ ๒๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๓๔

ประกาศคุณูปการ

ความสำเร็จของปริญญาบัตรฉบับนี้ เป็นผลมาจากความอนุเคราะห์ในคำแนะนำจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาสามารถ อาจารย์พิมพ์ศรี โตคติแพทย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ สิทธิกร ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติ จรรย์ยานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ เทียนส่ง อาจารย์ ดร.กาญจนา รุ่งทรานนท์ และอาจารย์สมพล จุลโกลบ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจแบบสอบถาม ตลอดจนให้คำปรึกษาในด้านสถิติและการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชัย แก้วล้าภู ที่กรุณาให้ความสนับสนุนความสำเร็จของปริญญาบัตรฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ ที่ให้การอนุมัติในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร และผู้ช่วยผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ฝ่ายวิชาการ คุณวรวรรณ สุภนกร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในช่วงของการเก็บข้อมูล จนบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยขอสำนึกและบูชาพระคุณ พ่อและแม่ ที่เป็นกำลังอันสำคัญต่อการให้การศึกษาแก่ผู้วิจัยในทุก ๆ ระดับชั้นการศึกษา

ขอขอบคุณ พันจ่าอากาศเอก ชาญศักดิ์ เทพมาลี ที่ได้ให้การสนับสนุนไมโครคอมพิวเตอร์เพื่อการวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดขอขอบคุณ-แพทย์หญิง กัญญา ฉายไพศาล ที่ได้ให้การสนับสนุนข้อมูล ตลอดจนเป็นกำลังใจต่อการสนับสนุนความสำเร็จของปริญญาบัตรฉบับนี้

คุณประโยชน์ใด ๆ ก็ตามของปริญญาบัตรฉบับนี้ ที่มีส่วนสร้างสรรค์และเกิดประโยชน์ต่อสังคม ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศในคุณประโยชน์นั้น ๆ ให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

ณัฐกร อ่วมบัวรุ่ง

สารบัญ

บท	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
ประชากร	6
กลุ่มตัวอย่าง	6
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	6
คำนิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	10
ความหมายและทฤษฎีของความสูงอายุ	11
สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ	13
ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา	16
การเปลี่ยนแปลงทั่วไปของผู้สูงอายุ	18
โรคของผู้สูงอายุ	23
แนวคิดและข้อพึงปฏิบัติสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	27
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	29
การวิจัยในต่างประเทศ	29
การวิจัยในประเทศไทย	30
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	33

3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	34
	ประชากร	34
	กลุ่มตัวอย่าง	34
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	35
	ลักษณะของเครื่องมือ	35
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	36
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ	37
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	38
	วิธีจัดกระทำข้อมูล	38
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	39
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	43
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล	43
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	43
	การวิเคราะห์ข้อมูล	43
	ผลการศึกษาค้นคว้า	44
5	บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
	บทย่อ	82
	ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า	82
	วิธีดำเนินการวิจัย	82
	การวิเคราะห์ข้อมูล	83
	สรุปผลของการศึกษาค้นคว้า	84

บทที่	หน้า
อภิปรายผล	86
ข้อเสนอแนะ	97
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	100
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	107
ประวัติย่อของผู้วิจัย	119

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	34
2	ผลการวิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามตัวแปรอิสระ	45
3	ค่าเฉลี่ยและระดับการรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร	48
4	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ระหว่างชายกับหญิง	49
5	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา	50
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา	51
7	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา	52
8	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพสมรส	53
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพสมรส	54
10	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม	55
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม	56

12	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม	57
13	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	58
14	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	59
15	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	60
16	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม	61
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม	62
18	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	63
19	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	64
20	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ระหว่างชายกับหญิง	65
21	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา	66

22	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา	67
23	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา	68
24	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพสมรส	69
25	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพสมรส	70
26	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม	71
27	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม	72
28	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	73
29	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	74
30	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม	75
31	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม	76
32	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	77

33	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	78
34	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับ บริการการสงเคราะห์	79
35	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชรา บ้านบางแค กับตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการ สงเคราะห์	80
36	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชรา บ้านบางแค กับตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการ สงเคราะห์	81

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อการที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพนั้น มิใช่มุ่งแต่เฉพาะวัยเด็ก และวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว หากละเลยวัยสูงอายุก็คงไม่ต่างไปจากการละเลยต่อทรัพยากรที่ทรงคุณค่าที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้สั่งสมทุนมนุษย์ (human capital) มีประสบการณ์ชีวิต และการทำงานอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาช้านาน ซึ่งผลแห่งการทําประโยชน์ต่อสังคม และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูง จึงสมควรได้รับการพิจารณาในด้านมนุษยธรรม ตลอดจนด้านการพัฒนาจากสังคมและบุตรหลาน ซึ่ง นีวดี กลิ่นงาม (2531 : 53) ได้กล่าวว่าในด้านมนุษยธรรมนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม และความต้องการ เช่น ด้านสุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สวัสดิการสังคม ความมั่นคงในรายได้ การศึกษา และครอบครัว ฯลฯ ในด้านการพัฒนาผู้สูงอายุควรได้รับความสนใจ และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตามความเหมาะสมกับกำลังสติปัญญาและความสามารถแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตนและเป็นผลดีแก่สังคมโดยส่วนรวมอันจะเป็นการปลดปล่อยความรู้สึกว่าเหว่ ถูกทอดทิ้ง และไร้ความหมาย โดยเฉพาะในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนกว่าในอดีต

โดยเฉพาะในปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาศาสตร์แขนงต่าง ๆ ในอันที่จะเอื้อประโยชน์ต่อมนุษย์ให้มากที่สุด กล่าวคือการแพทย์มีความก้าวหน้าทำให้การบำบัดรักษาโรคมีประสิทธิภาพกว่าแต่ก่อน ประชาชนมีความปลอดภัยจากการเจ็บไข้ได้ป่วย ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จะมีผู้ผ่านวัยต่าง ๆ เข้าสู่วัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และแนวโน้มในอนาคตข้างหน้า จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

อันจะมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ดังรายงานขององค์การสำมะโนประชากรสหรัฐอเมริกาฉบับล่าสุด (หนังสือพิมพ์สยามรัฐ 9 ธันวาคม 2531 : 7) ได้กล่าวว่า ในประเทศกำลังพัฒนาส่วนมาก แม้ว่าปัญหาผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมปัญหาสังคม แต่นำเป็นห่วงว่าอีก 30 ปีข้างหน้า คาดว่าจะเป็นปัญหาต่อสังคมและประเทศเพิ่มมากขึ้น และระบุว่าในราวปี ค.ศ. 2020 ผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา จะมีมากขึ้นเป็นประมาณ ร้อยละ 72 นอกจากนี้แล้วยังได้แยกแยะให้เห็นว่าในย่านการียบเยียน มีผู้สูงอายุ 55 ปีขึ้นไป มากที่สุดถึง ร้อยละ 11.7 เอเชียมีมากรองลงมาคือ ร้อยละ 10.4 ละตินอเมริกา ร้อยละ 9.4 และแอฟริกา ร้อยละ 7.0 และยิ่งพบอีกว่า ในแถบที่กำลังพัฒนาส่วนมาก จำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

สำหรับประเทศไทยนั้น จากรายงานของคณะกรรมการสำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อปี พ.ศ. 2513 มีจำนวน 1,696,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.96 ในปี พ.ศ. 2529 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,900,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.11 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้สูงอายุถึง 4,858,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.02 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 2 เท่าของผู้สูงอายุในปัจจุบัน (ดวงสมร พันธุเสน. ม.ป.ป. ; อ้างอิงมาจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2523 : 43 - 48)

จึงเห็นได้ว่า จำนวนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากความชรา นั้น เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มนุษย์เรานั้นมักจะรู้จักชีวิตที่อยู่ในวัยของคนและวัยที่ผ่านมา เช่น คนหนุ่มสาว ก็จะมีความรู้สึกว่าเป็นช่วงชีวิตที่มีแต่ความสุขและสดชื่น และมีความสุขเมื่อได้นึกย้อนกลับไปถึงวัยเด็ก อันรื่นรมย์ของตน แต่จะมีสักกี่คนที่คิดไกลไปถึงชีวิตในวัยชรา ซึ่งเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต อันเต็มไปด้วยความรู้สึกอ้างว้าง

ทั้งนี้เนื่องจากวัยชราเป็นวัยสุดท้าย หรือบั้นปลายของชีวิตนี้เองจึงทำให้มองเห็นว่า ผู้ที่ได้ผ่านวัยต่าง ๆ มาจนถึงวัยชรา นี้ เป็นบุคคลที่อุปไปด้วยความสมบูรณ์แห่งช่วงชีวิตก็ว่าได้ เพราะชีวิตของคนเรานั้นเป็นวัฏจักรอันได้แก่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมชาติ แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่ต้องเสียชีวิตไปก่อนที่จะถึงวัยชรา อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ และโรคร้ายต่าง ๆ

วัยสูงอายุ นั้น เป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงหลายด้านที่เกิดขึ้นพร้อมกัน คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อการเป็นโรค กล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็มักจะเป็นอยู่นานจึงควรมีการเตรียมตนเอง เพื่อจะได้มีชีวิตอย่างมีความสุข โดยการให้ความสนใจในสุขภาพของตนหากมีโรคภัยไข้เจ็บ หรือมีความผิดปกติของร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น จะได้จัดการแก้ไขเสียแต่เนิ่น ๆ

ในเรื่องความต้องการของผู้สูงอายุนั้น นิวัต กิ่งงาม (2531 : 61) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการมีชีวิตที่ยาวนาน สุขภาพแข็งแรง อาหารที่ย่อยง่าย การพักผ่อนที่เพียงพอ ลูกหลานดูแลยามเจ็บป่วย และสถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุค่อนข้างสูง

ฉะนั้น ความต้องการในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นความต้องการที่จำเป็นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic disease) ย่อมต้องการความช่วยเหลือ และการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดตลอดจนต้องการความเข้าใจในตัวของผู้สูงอายุอย่างมาก และผู้ที่เหมาะสมในการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ก็คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุแต่ละคน

สิ่งสำคัญที่สุดประการหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีได้ ก็คือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในแต่ละบุคคล จะทำให้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติตน หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่รับรู้มาว่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และรับประทานพืชผัก ผลไม้ที่สดสะอาด ประกอบกับได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีการรับรู้ในเรื่องเหล่านี้ จะพบว่าสุขภาพของบุคคล 2 ประเภท จะแตกต่างกัน กล่าวคือในประเภทที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จะมีสุขภาพดีกว่าถ้ามีการปฏิบัติตามที่ได้อ่านรับรู้อมา

เรื่องของสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ อันจะก่อให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สามารถที่จะดำเนินชีวิตในบั้นปลายได้อย่างสงบสุข แต่อย่างไรก็ดีการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีนั้น จึงต้องเป็นผู้ที่มีการรับรู้ และการปฏิบัติตนตามที่ได้อ่านมาข้างต้นอย่างถูกต้องด้วย ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความตระหนัก (awareness) ในเรื่องของสุขภาพมากน้อยต่างกัน

ซึ่งเรื่องของสุขภาพในผู้สูงอายุนี้ มิใช่เป็นเพียงแต่การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเพียงอย่างเดียวที่จะทำให้มีสุขภาพดีได้นั้นหาใช่ไม่ หากแต่ยังต้องมีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งการยอมรับสภาพของความชรานั้น ด้วยความรู้สึกลึกซึ้งใจ

ข้อมูลที่สนับสนุนความสำคัญ ในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ ได้มีผู้รู้กล่าวถึงแนวทางในการพัฒนาเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุคือ เยาวลักษณ์ ราชแพทยาคม (2531 : 60) ได้กล่าวถึงแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติได้กำหนดขึ้นว่า "...ผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง..." นอกจากนี้ ประเทศไทยเรายังมีนโยบายด้านการสาธารณสุขมูลฐานอันเป็นแบบอย่างที่ดีที่สุดในโลก (ศรีจิตรา บุนนาค. 2532 : 256) ในการที่จะให้ประชาชนทั่วไปหรือทุกกลุ่มอายุ รู้จักช่วยเหลือตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยประชาชนทุกเพศทุกวัย ต้องให้ความสนใจในข่าวสารข้อมูล อันพึงมีประโยชน์ต่อตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการศึกษา และสื่อมวลชนซึ่งมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการให้ความรู้ ข่าวสาร หรือข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ในอันที่จะส่งผลถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลได้

การรับรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น จึงหมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับข่าวสาร ข้อมูลทางด้านสุขภาพ จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ อาทิเช่น จากการอ่านหนังสือ จากการศึกษาแพทย์ผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งสื่อต่าง ๆ เช่น การฟังวิทยุ คุโรทัศน์ วีดีโอ แผ่นภาพโปสเตอร์ ฯลฯ อันมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ และมีความตระหนักในเรื่องของสุขภาพ จากสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ได้จากการเชื่อมโยง (Transfer of Learning) ระหว่างประสบการณ์เดิมและปัจจุบัน โดยจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตในบั้นปลายอย่างราบรื่น

จากเหตุผลดังกล่าว และความตระหนักในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งนับวันจะมีบทบาทมากยิ่งขึ้นในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่สมควร จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข หลังจากที่ได้ผ่านช่วงชีวิต และประสบการณ์อันยาวนาน รวมทั้งเป็นที่เคารพของบรรดาผู้ชนรุ่นหลังสืบต่อไปด้วยความรู้สึกปิติสุข

มูลเหตุจูงใจที่ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาค้นคว้า โดยใช้กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร นั้น เนื่องจากสถานสงเคราะห์คนชราดังกล่าว เป็นสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรก ตั้งอยู่กรุงเทพมหานคร ซึ่งนับได้ว่าปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร มีความเจริญทางด้านวัตถุ ตลอดจนการดำเนินชีวิตทางสังคมของประชาชน มีความแตกต่างไปจากสังคมชนบทอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จึงมีความน่าสนใจในอันที่จะศึกษาค้นคว้า ในด้านสุขภาพและสังคมวิทยา อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ในโอกาสต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อทราบระดับการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
2. เพื่อทราบความแตกต่างของการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลาเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุงและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
2. เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญในสุขภาพของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในโอกาสต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัย เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรต่าง ๆ ในโอกาสต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

เป็นผู้สูงอายุซึ่งมาใช้บริการและพักอยู่ที่สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ซึ่งตั้งอยู่ที่ถนนเพชรเกษม บางแค กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 412 คน เป็นชาย 75 คน และหญิง 337 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุซึ่งมาใช้บริการและพักอยู่ที่สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีจำนวน 188 คน เป็นชาย 56 คน และหญิง 132 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

3.1 ตัวแปรอิสระ คือสภาพของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการของสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามลักษณะดังนี้

3.1.1 เพศ

3.1.2 ระดับการศึกษา

3.1.3 สถานภาพการสมรส

3.1.4 อาชีพเดิม

3.1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ

3.1.6 ภูมิลำเนาเดิม

3.1.7 ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

3.2 ตัวแปรตาม คือการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึงการที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในเรื่องของสุขภาพ จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และความรู้นั้นจะส่งผลไปสู่การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งต้องผ่านกระบวนการ การเรียนรู้ การคิด การจำ การรู้สึก และการตัดสินใจ
2. การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุกระทำหรือปฏิบัติอันจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้างบางแคว หมายถึงผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงซึ่งเพศชายจะต้องมีอายุ 65 ปีขึ้นไป และเพศหญิงจะต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคว กรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 3 ประเภท ได้แก่
 - 3.1 ประเภทสามัญ ทางสถานสงเคราะห์คนชราฯ จะให้การอุปการะด้วยปัจจัยสี่ โดยผู้เข้ารับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น
 - 3.2 ประเภทเสียค่าบริการ ห้องเดี่ยวเดือนละ 550 บาท (ต่อ 1 คน) และห้องคู่เสียค่าบริการเดือนละ 1,060 บาท (ต่อ 2 คน) โดยสถานสงเคราะห์จัดเครื่องใช้ที่จำเป็นพร้อมทั้งอาหาร 3 มื้อ และการทำความสะอาดประจำวันให้
 - 3.3 ประเภทบังกาโล ซึ่งสถานสงเคราะห์อนุญาตให้คนชราปลูกบ้านพักคามแบบที่กำหนดบริเวณสถานสงเคราะห์ได้
4. ระดับการศึกษา หมายถึงระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาสามารถแบ่งได้ดังนี้
 - 4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - อ่านเขียนไม่ได้
 - พออ่านออกเขียนได้

- 4.2 ระดับประถมศึกษา
- 4.3 ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
- 4.4 ระดับอุดมศึกษา หรือเทียบเท่า

5. สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพสมรสเดิมของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ก่อนที่จะมาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

- 5.1 โสด
- 5.2 อยู่ด้วยกัน
- 5.3 แยกกันอยู่
- 5.4 หย่าร้างกัน
- 5.5 คู่สมรสเสียชีวิต

6. อาชีพเดิม หมายถึงงานหลักที่เคยทำอยู่เดิมของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

- 6.1 รับราชการ หมายถึงผู้ที่ทำงานในสังกัดภาครัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจ
- 6.2 ก้าขาย หมายถึงผู้ทำการค้าขายทุกชนิด
- 6.3 เกษตรกรรม หมายถึงผู้ที่มีอาชีพในการทำไร่ ทำนา ทำสวนหรือเลี้ยงสัตว์

เพื่อจำหน่าย

6.4 รับจ้าง หมายถึงผู้รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือนหรือรับจ้างส่วนตัวซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่ง ๆ

6.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เช่น พ่อบ้าน แม่บ้านซึ่งดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในครอบครัว

7. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุที่ได้รับจากบุตรหลาน หรือผู้อุปการะ ขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค แบ่งเป็น

- 7.1 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อปี
- 7.2 รายได้ 3,001 - 7,000 บาท ต่อปี

7.3 รายได้มากกว่า 7,000 บาท ต่อปี

(รายได้ของผู้รับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร)

8. ภูมิฐานะเดิม หมายถึงถิ่นที่อยู่เดิมของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้คือ

8.1 ภาคเหนือ

8.2 ภาคกลาง

8.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

8.4 ภาคใต้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับความหมายและทฤษฎีของผู้สูงอายุ สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา การเปลี่ยนแปลงทั่วไปของผู้สูงอายุ โรคของผู้สูงอายุ และข้อพึงปฏิบัติสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดในบทนี้

ความหมายของการรับรู้

จำเนียร ช่วงโชติ และคนอื่น ๆ (2526 : 12) ได้กล่าวว่า การรับรู้คือการสัมผัสที่มีความหมาย และเป็นการแปลหรือตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย หรือที่รู้จักเข้าใจ

ประคินันท์ อุปรมัย (2523 : 89) กล่าวว่า การรับรู้คือกระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสสิ่งเร้า แล้วใช้ประสบการณ์ หรือความรู้เดิมแปลความหมายของสิ่งเร้าที่รับสัมผัสนั้น

เปลื้อง ณ นคร (2495 : 19) กล่าวว่า การรับรู้คือ กรรมวิธีแห่งรับรู้ของจิตเป็นการรวมสัมผัสต่าง ๆ เข้าเป็นระเบียบเพื่อให้เข้าใจในสิ่งที่สัมผัสแจ่มแจ้งขึ้น

วารินทร์ สายโอบเอื้อ และสุนีย์ ธีรคากร (2522 : 37) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางสมองในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมผัสทำให้ทราบได้ว่าสิ่งเร้าที่สัมผัสนั้นเป็นอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และมีความหมายอย่างไร โดยอาศัยประสบการณ์เดิมช่วยในการแปลความหมายออกมา

สุชา จันท์เอม และสุรางค์ จันท์เอม (2518 : 176) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่มนุษย์มีประสบการณ์กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

ดังนั้นจากความหมายดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการในการแปลความหมายของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยการรับสัมผัสจากสิ่งเร้า ซึ่งจะต้องใช้ประสบการณ์เดิมอันจะทำให้เกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ เพื่อเป็นการแปลความหมายหรือระลึกไว้ในความหมายนั้น

ความหมายและทฤษฎีของความสูงอายุ

วัยสูงอายุ หรือวัยชราเป็นผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายแต่ก็พอที่จะสรุปได้ดังนี้คือ (ประสพ รัตนกร. 2509 : 91)

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ
3. เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ
5. เป็นผู้ที่มีพลังกำลังลดถอยลง

วัยสูงอายุ หรือที่เรียกกันว่าวัยชรา นี้ จัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและ พัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก กล่าวคือเป็นระยะที่มีแต่ความเสื่อมโทรม และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ซึ่งมีใช้การเจริญงอกงาม

การกำหนดนับว่าวัยชราควรจะเริ่มตั้งแต่อายุเท่าไคนั้นยังไม่เป็นที่แน่นอนบ้างก็ว่า วัยชราควรมีอายุตามปฏิทิน คือมีอายุตั้งแต่ 60 - 65 ปีขึ้นไป แต่ในทางสรีรวิทยานั้นได้กล่าวว่า เซลล์ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพลงหลังจากอายุ 25 - 30 ปีขึ้นไป เมื่อเป็นเช่นนี้วัยจะต่าง ๆ ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง ซึ่งถือว่าเริ่มเข้าสู่ความชราตนเอง แต่อย่างไรก็ดีการกำหนดอายุตามปฏิทินนั้นเป็นเรื่องที่สะดวกและกระทำกันมาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ กำหนดให้ผู้ที่มิใช่มีอายุปฏิทิน 60 ปี ต้องเกษียณราชการ เพราะถือว่าเข้าสู่วัยชรา เพื่อเป็นการพักผ่อนหลังจากที่ได้ตรากตรำทำงานหนักมาเป็นเวลานานแต่ความชรานั้นจะยึดถืออายุปฏิทินเพียงอย่างเดียวก็คงจะไม่ได้ เนื่องจากภาวะของความชรา มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอันเป็นผลจาก

ประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน การระวังดูแลรักษาสุขภาพแตกต่างกัน ตลอดจนสภาวะทางอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปด้วย นอกจากนี้แล้วพันธุกรรม และเพศก็เป็นตัวกำหนดภาวะความชราที่สำคัญอีกด้วย ดังนั้นจึงใคร่ขออธิบายความหมายของคนชราหรือผู้สูงอายุดังนี้ คือ แต่เดิมคำว่า "ผู้สูงอายุ" ยังไม่มีใช้ดังเช่นปัจจุบัน แต่จะใช้คำว่า "คนแก่" หรือ "คนชรา" กันเป็นส่วนมากอย่างไรก็ดีได้มีบัญญัติคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้นเพื่อใช้แทนคำดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกย่อง และแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุทั้งยังเป็นการจรรโลงจิตใจของผู้สูงอายุมิให้เกิดความประหวั่นพรั่นพรึงกับคำว่า "แก่" หรือ "ชรา" อีกด้วย

ในความหมายของผู้สูงอายุนั้นได้มีผู้รู้ที่ได้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

พอง เกิดแก้ว (2518 : 124) ได้ให้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ว่า

ต้องประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. เมื่อใดที่กำลังกาย และสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลงก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยชรา
2. ชาคหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทว่ามาหาเลี้ยงชีพได้น้อยกว่าเดิมในลักษณะที่ร่างกายไม่

เอ้ออานวย

3. มีปัญหาทางค่านิจใจเกิดขึ้น เป็นต้นว่ามีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ชาคการติดต่อกับสังคมโดยรวม

หม่อมหลวงคุ้ย ชุมสาย (2514 : 14) ได้กล่าวถึงชราภาพในแง่ของวิชาการแขนงต่าง ๆ

ดังนี้

1. ทางสังคมวิทยา ผู้สูงอายุคือผู้ที่ต้องให้สังคมอนุเคราะห์มากกว่าที่จะอนุเคราะห์สังคม
2. ทางกฎหมาย โดยพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือนดังกล่าวว่าผู้ที่มีอายุครบ 60 ปี

บริบูรณ์ เข้าสู่ชราภาพต้องปลดเกษียณ

3. ทางสรีรวิทยา โดยเฉลี่ยตั้งแต่เกิดจนถึงอายุประมาณ 20 ปีนับจากจุดนี้เป็นต้นไปเป็นกระบวนการเข้าสู่วัยชรา และคนจะเข้าสู่วัยชราแท้จริงตามหลักสรีรวิทยาช้าเร็วต่างกันตามสภาวะสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

4. ทางจิตวิทยา เมื่อใดที่มือสั่น จำได้ยาก จำได้ไม่นาน หรือลืมง่ายจิตใจสงบน้อยลง และมีความกังวลมากขึ้น จับจกในการกระทำเล็ก ๆ น้อย ๆ เสถียรภาพทางอารมณ์มีน้อยลง อารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น และมักหงุดหงิดในเรื่องที่ไร้สาระนอนหลับได้น้อยลงดังนี้ เรียกว่าถึงวัยชรา

ดังนั้นคำจำกัดความของวัยสูงอายุ จึงอาจหมายถึงกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของการคาดการณ์ของอายุขัยเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการสูญเสียการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตของเซลล์เริ่มลดน้อยลง และเพิ่มการล่อแหลมหรือการเป็นอันตราย ซึ่งจะนำไปสู่ความตาย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2531 : 1)

ในการกำหนดอายุของการเข้าสู่วัยชรา นั้น ได้มีการศึกษากันอย่างมากในเรื่องนี้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านทางการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุถึง 60 ปีแล้วยังแข็งแรง และมีความสามารถในการทำงานได้ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
2. คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี
3. คนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ

สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2531 : 3) ได้กล่าวถึงสรีรวิทยาของผู้สูงอายุไว้ว่าเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ กล่าวคือ อวัยวะบางอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงน้อย แต่อวัยวะบางอย่างมีการเปลี่ยนแปลงมาก ระยะที่อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้สูงสุดนั้นอยู่ในช่วงอายุ 20 - 30 ปี และหลังอายุ 30 ปี ไปแล้วหน้าที่ต่าง ๆ ทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลงด้วยอัตราที่ค่อนข้างช้า ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. อวัยวะที่มีหน้าที่ลดลงเป็นเชิงเส้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ได้แก่
 - 1.1 ความยืดหยุ่นของเนื้อปอด
 - 1.2 ความดันออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง
 - 1.3 ความจุชีพของปอด
 - 1.4 ความสามารถในการหายใจสูงสุด
 - 1.5 จำนวน B-cell mediated specific immunoglobulin
 - 1.6 จำนวนและหน้าที่ของ Helper T-cell
 - 1.7 ปริมาตรเนื้อของร่างกายที่ไม่รวมไขมัน (lean body mass)
 - 1.8 จำนวนน้ำทั้งหมดในร่างกาย
 - 1.9 Dopaminergic function ใน substantia nigra
 - 1.10 ความสามารถในการยืนอยู่หนึ่งไตโดยไม่เอียงไปมา
 - 1.11 ความสามารถในการป้องกันความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง
 - 1.12 เลือดที่ไปเลี้ยงไต
 - 1.13 ความสามารถของไตในการดูดกลับ และเก็บรักษาโซเดียม
 - 1.14 ความสามารถของไตในการควบน้ำกลับเพื่อรักษาจำนวนน้ำในร่างกาย
 - 1.15 อัตราเต้นหัวใจสูงสุด
 - 1.16 ความไวของ baroreflex
 - 1.17 Glucose tolerance
 - 1.18 การใช้ออกซิเจนสูงสุด
 - 1.19 อัตราเร็วของการระลึกความจำ
2. ข้อมูลและสรีรวิทยาซึ่งหน้าที่ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น
 - 2.1 ระดับน้ำตาลในเลือด
 - 2.2 ส่วนประกอบของอีเล็กโทรลัยต์ในเลือด

2.3 pH ของเลือด

2.4 Hematocrit

2.5 จำนวนของเม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด

2.6 Cardiac output

2.7 ระดับของฮอร์โมน คือ insulin, cortisol, thyroxine, parathormone

2.8 Cognitive function

3. ข้อมูลทางสรีรวิทยาที่มีค่าเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

3.1 การตอบสนองของ ADH ต่อตัวกระตุ้นทางสรีรวิทยา

3.2 ความดันเลือด

3.3 Stroke volume

3.4 จำนวนและหน้าที่ของ Suppressor T-cell

3.5 การสร้าง auto anti-idiotypic antibody

3.6 ขนาดของต่อมลูกหมาก

การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น ร่างกายถูกควบคุมด้วยระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาท ในกระบวนการเจริญเติบโตของร่างกายนั้นเซลล์ต่าง ๆ จะมีระยะเวลาการทำงานในช่วงเวลาหนึ่งเมื่ออายุของเซลล์เพิ่มขึ้นการทำงานของเซลล์จะเสื่อมลงจนกระทั่งการสิ้นสุดชีวิตของเซลล์ ซึ่งวิญญูรัตน์ คันศิริ (2531 : 13) ได้แสดงขั้นตอนของกระบวนการการเจริญเติบโตของเซลล์ และการเสื่อมโทรมเป็นขั้นตอนดังนี้

Cell differentiation ---> mitostasis ---> biochemical decline
---> cell death

กระบวนการต่าง ๆ ในระดับเซลล์นี้เป็นตัวกำหนดวงจรชีวิตของร่างกาย ซึ่งเริ่มจาก development ---> maturity ---> physiologic decline ---> organism death

ในเรื่องของการแบ่งสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น Strehler (วิทยุวารันน์ ตันศิริ. 2531 : 14; อ้างอิงจาก Strehler) ได้แบ่งสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นออกเป็น 4 ประการ ดังนี้

1. Universal aging เป็นสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้นเมื่อกล่าวถึงอย่างกว้าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในร่างกายของคนทุกคน เมื่อมีชีวิตยืนยาวเพียงพอ
2. Intrinsic aging เป็นสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเกิดจากปัจจัยในร่างกายไม่รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม
3. Progressive aging เป็นกระบวนการของสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกของชีวิต กระบวนการนี้จะเกิดในอัตราที่เร็วมากขึ้นเมื่ออายุผ่านระยะความเป็นผู้ใหญ่ไปแล้ว เป็นผลทำให้ร่างกายมีความไวต่อการเป็นโรคมามากขึ้น
4. Deterioration, irreversible aging หมายถึงสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้นเป็นผลทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพลง และถูกทำลายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ดังนั้น จุดสุดท้ายก็คือการตายนั่นเอง อย่างไรก็ตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

4.1 สภาพการมีอายุเพิ่มขึ้นทางชีววิทยา (Biologic aging) สภาพการเปลี่ยนแปลง และความบกพร่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากปัจจัยภายในร่างกาย แต่ไม่รุนแรงทำให้ถึงแก่ความตาย และได้มีการกำหนดแบบแผนไว้แล้วด้วยวิธีการทางพันธุกรรม

4.2 สภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากพยาธิสภาพ (Pathologic aging) เป็นสภาพที่เกิดจากโรคนัยใช้เจ็บต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมักจะทำให้ถึงแก่ความตาย โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกในร่างกาย ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดแบบแผนมาจากพันธุกรรม

ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา

ทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชรา นั้น มีอยู่ด้วยกันหลายทฤษฎี ซึ่งก็พอที่จะรวบรวมและสรุปได้ดังนี้ (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 14 - 18)

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ซึ่งมี 3 แนวคิด คือ

1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น ยีนจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มจากมากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อม และหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์ และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ประกอบด้วยสิ่งแวคล้อมมีเรดิคัลอิสระอยู่มากมายตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้จะทำให้ขึ้นเกิดความผิดปกติและทำให้เกิดกลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวมีรังซ์ชราเกิดขึ้นมากจนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกเปลี่ยนไป ซึ่งมี 2 แนวคิด คือ

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น หากผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วย ความมั่นคง มีความรักความอบอุ่น และรักผู้อื่นก็จะมีความสุขในชีวิต ในทางกลับกัน ถ้ารู้สึกว่าการทำคุณกับใครไม่ขึ้นก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยอย่างน่าสงสาร

2.2 ทฤษฎีความปรารถนา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปรารถนาปรารถนา และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยยังเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ อยู่มีการค้นคว้า และพยายามที่จะเรียนรู้ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ไ้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีทุนทรัพย์ใช้สอยโดยไม่เคียดกรอนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราค้ำสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการงานท้รวมทั้งเป็นทฤษฎี ที่พยายามจะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว สถานะของผู้สูงอายุในสังคม นั้นจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วกว

3.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะของผู้สูงอายุในสังคมจะเป็นอย่างไร นั้นขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละสังคม หากในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อยสถานะของผู้สูงอายุ ก็มักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

3.3 ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เห็นว่าสถานะของผู้สูงอายุมักจะดีกว่าผู้สูงอายุในสังคม นั้น ๆ เป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์

3.4 ทฤษฎีไร้ภาวะผูกพัน ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงคราวชรา ลูก หลานและชุมชนจะให้ความสำคัญ หรือสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะลดความรับผิดชอบ และลด ความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็สมควรที่จะลดลงเช่นเดียวกัน

3.5 ทฤษฎีให้ทำกิจกรรม ทฤษฎีนี้มีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีไร้ความผูกพัน กล่าวคือแม้จะรู้ว่าสังคมและลูกหลานให้ความสนใจน้อยลง เมื่อถึงวัยชรา ก็อย่าให้สนใจ แต่จงทำ ทั่วให้เป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามกำลังและความสามารถ และรักษาสุขภาพของ ตนให้ค้อยู่เสมอ

การเปลี่ยนแปลงทั่วไปของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological Change) จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในทุกด้าน หรือทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ในระดับเซลล์มีผลทำให้ความสามารถของระบบ อวัยวะต่าง ๆ ลดลง ได้แก่

ผิวหนัง เมื่อมีอายุมากขึ้นผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึง ไม่มียืดหยุ่น มีลักษณะแห้ง และเหี่ยวแห้ง โดยเฉพาะใบหน้าเป็นตำแหน่งที่เห็นริ้วรอยเหี่ยวแห้งได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากต่อมเหงื่อและต่อมไขมันทำงานน้อยลง เมื่อเริ่มมีอายุบริเวณหางตาจะปรากฏรอยย่นหรือตีนกา ซึ่งในบางคนอาจเห็นได้ไม่ชัด แต่กลับไปมีรอยย่นที่หางตาค้านล่างแทน นอกจากนี้ในบางรายจะมีผิวหนังตกกะ หรือมีหูดและติ่งเนื้อเล็ก ๆ งอกตามลำตัว

ตา ความมีอายุทำให้เลนส์ตาเสื่อมสภาพ ความสามารถในการมองเห็นน้อยลง เนื่องจากการฝ้าฟางของดวงตา นอกจากนี้ยังสูญเสียการปรับระยะภาพทำให้การมองเห็นเป็นอุปสรรค อันมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อดวงตาเสื่อมสมรรถภาพ เช่น อาจมีลักษณะที่เรียกกันว่า "สายตายาว" เป็นต้น

หู เป็นอวัยวะที่สำคัญในการสื่อสาร ลักษณะของการเสื่อมคือหู จะได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงลดลง จึงต้องฟังเสียงดัง ๆ มากขึ้นสาเหตุของการเสื่อมมาจาก อวัยวะในการรับเสียงเสื่อมสภาพ ซึ่งได้แก่ อวัยวะสำคัญ 4 ส่วน คือ

1. หูชั้นกลาง ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการนำเสียง
2. หูชั้นใน ทำหน้าที่วิเคราะห์กลไกความถี่ และการถ่ายโยงสิ่งเข้า
3. เส้นประสาท ทำหน้าที่ในการนำเสียง
4. ศูนย์รับฟังส่วนกลาง ทำหน้าที่ผสมผสาน และแปลเสียง

การสัมผัส จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพผิวหนังทั่วร่างกายทำให้ความตึงตัว ความยืดหยุ่น และจุดประสาทรับรู้ต่อการสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป

กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อร่างกายของคนจะแข็งแรงและเจริญเต็มที่เมื่ออายุประมาณ 25 - 30 ปี หลังจากนั้นแล้วก็จะเสื่อมถอยกำลังลง แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่ใช้กำลังกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ จะมีความคงตัวได้นาน แต่ในรายที่ไม่ได้มีการบริหารร่างกายกล้ามเนื้อจะเหี่ยวและเล็กลง ทำให้มีกำลังลดน้อยลงไปตามลำดับ

กระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่กระดูกมีความเปราะและหักได้ง่าย เนื่องจากการสูญเสียแคลเซียมซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก และลักษณะของกระดูกจะพรุน อันตรายที่พบได้มากในวัยสูงอายุคือ การพลัดตกหกล้มจะส่งผลให้กระดูกแขนขา หรือกระดูกบริเวณที่รับแรงกระแทกจากการหกล้มนั้นหักได้ง่าย นอกจากนี้มักจะพบว่าผู้สูงอายุจะบ่นปวดหลังเป็นประจำ เนื่องมาจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ ในบางรายที่อ้วนมากอาจพบกับอาการปวดเข่า หรือข้อต่อต่าง ๆ ซึ่งจะต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ประกอบกับความเสื่อมโทรมของข้อต่อที่เป็นไปตามสภาพของสังขารแล้ว

ระบบหายใจ ปริมาณจุลอากาศของปอดน้อยลง เนื่องมาจากกล้ามเนื้อของผนังทรวงอกมีความแข็งเกร็งเพิ่มขึ้น กระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลงอัตราการหายใจก็ช้าตามลงไปด้วย ผู้สูงอายุจะรู้สึกหายใจได้ไม่เต็มที่อันจะมีผลทำให้เกิดโรคปอดตามมาในภายหลัง

ระบบหัวใจ และการไหลเวียน ความสามารถของหัวใจในการบีบตัวลดน้อยลง ทำให้หัวใจโตขึ้น ดังนั้นปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจในแต่ละนาทีจึงลดน้อยลงและผนังของหลอดเลือดมีไขมันเกาะอยู่มากจึงมีลักษณะแข็งและหนา ทำให้การไหลเวียนโลหิตในร่างกายลดน้อยลง โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายขาจึงพบได้เสมอว่าผู้สูงอายุที่เป็นแผลที่บริเวณปลายขานั้นมักจะเป็นแผลเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่ารูหลอดเลือดผู้สูงอายุแคบลงทำให้เกิดการต้านทานการไหลเวียนโลหิตทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติ และจากการเปลี่ยนแปลงนี้อาจชักนำให้เกิดโรคของหลอดเลือด ซึ่งจะไม่มีผลต่ออวัยวะที่สำคัญ ๆ เช่น หัวใจ เป็นต้น

ระบบประสาท ผู้สูงอายุมักจะประสบปัญหาในด้านความจำอยู่เสมอเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท อันได้แก่ สมอซึ่งขนาดของสมอจะเล็กลงน้ำหนักสมอลดลงสมอจะเหี่ยวและฝ่อ นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองนอนไม่หลับ ในเวลากลางคืน

ระบบย่อยอาหาร ความอยากอาหารลดลง เพราะประสาทการรับรู้ในกลิ่นและรส มีความสามารถในการรับรู้น้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฟัน เหงือก ทำให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างลำบาก ปัญหาอีกประการหนึ่ง ก็คือการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดน้อยลง

กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมแคลเซียม และ เหล็กลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุขาดสารอาหารและซีดลงได้ นอกจากนี้ ลักษณะของอาหารที่เข้าไป เพิ่มแก๊ส หรือกระตุ้นการทำงานของลำไส้ใหญ่มากเกินไปตลอดจนอาหารที่มีกากมาก หรือไม่มีกาก อาหารเลย ก็เป็นผลทำให้เกิดท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก และท้องเสียง่าย เนื่องจากความสามารถ ของระบบย่อยอาหารค่อยลงไป

ระบบขับถ่าย ผู้สูงอายุจะมีการถ่ายปัสสาวะมากขึ้น ทั้งนี้เพราะกระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุจะเล็กลง การจับเก็บน้ำปัสสาวะจึงลดลง คือประมาณ 250 ซีซี เนื่องจากปริมาณเลือดที่ ไหลผ่านไตลดลงถึงร้อยละ 50 อีกประการหนึ่งคือรูปร่างหรือโครงสร้างของกระเพาะปัสสาวะ และ อวัยวะใกล้เคียงเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ปัสสาวะไม่สะดวก ตลอดจนกล้ามเนื้อที่บีบ - ปิด บริเวณ ช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดตัว ทำให้มีปัสสาวะไหลซึมออกได้ง่าย การขับถ่ายอุจจาระ พบว่าการทำงานของลำไส้มีการเคลื่อนไหวช้าลงอาหารจึงอยู่ในลำไส้นาน อัตราการดูดซึมน้ำกับเซลล์ผนังของลำไส้จึงมีมากขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลงไป ประกอบ กับหากผู้สูงอายุมีน้ำน้อย จึงเป็นเหตุให้อุจจาระจับตัวเป็นก้อนแข็งในลำไส้ส่วนปลายมากขึ้น เป็นผล ให้การขับถ่ายเป็นไปด้วยความยากลำบาก

ระบบต่อมไร้ท่อ ผู้สูงอายุจะมีการลดการทำงานของต่อมไร้ท่อซึ่งมีผลต่อสภาพร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีการเสื่อมถอยตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนี้

- ต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่อย่างรวดเร็วการผลิต ฮอร์โมนจะลดลงอย่างมาก เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารอ่อนเพลียมีการหลั่งของเส้นผมและ ขนตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น บริเวณรักแร้และบริเวณหัวเหิน่า นอกจากนี้แล้วอวัยวะเพศจะฝ่อทำให้ การตอบสนองทางเพศลดลง

- ต่อมไพโรยด์ จะมีขนาดเล็กลงหลังจากอายุ 50 ปีขึ้นไปทำให้การผลิตฮอร์โมนลดลง ซึ่งเป็นผลให้เบื่ออาหาร และตาฝ้าฟางได้

- ตับอ่อน จะหลังอินซูลินน้อยลง ทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงมี โอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนในวัยหนุ่มสาว

- **ต่อมเพศ** การเปลี่ยนแปลงรูปร่างลักษณะ และโครงสร้าง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และภายใน หรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ในเพศหญิงอายุ ประมาณ 45 ปีขึ้นไป รังไข่ มดลูกช่องคลอด และเต้านมจะเหี่ยวแห้งและประจำเดือนจะหมดไป ด้วย สำหรับในเพศชายนั้น อัณฑะจะเหี่ยวและเล็กลง ประกอบกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่คึกคักหรืออาจจะต้องใช้เวลาานาน

ระบบภูมิคุ้มกันต้านโรค ในวัยสูงอายุความสามารถของภูมิคุ้มกันต้านโรคจะลดลงทำให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และโอกาสของความรุนแรงจากการติดเชื้อนั้น ๆ จะสูงกว่าคนในวัยหนุ่มสาว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ง่ายกว่าคนวัยอื่น ๆ และเมื่อเกิดโรค หรือมีพยาธิสภาพขึ้นแล้วมักจะรักษาให้หายขาดได้ยากจึงมักพบเสมอว่าการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ มักเป็นเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง

ผู้สูงอายุกับโภชนาการ

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตใจของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากความชรานั้นมีผลกระทบต่อสภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งเรื่องนี้ วิชัย คันไพบิจิตร (2526 : 31) ได้กล่าวถึงสภาวะการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

การขาดโปรตีนและแคลอรี จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุเกิน 50 ปีขึ้นไป ความต้องการของกำลังงานจะลดลงปริมาณร้อยละ 10 - 15 ของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ผู้ที่มีอายุ 65 ปี เพศชาย ต้องการกำลังงานวันละ 2,400 แคลอรี และในเพศหญิงต้องการวันละ 1,600 แคลอรี

ในค่านโปรตีน ผู้สูงอายุยังคงต้องการโปรตีนวันละ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และต้องได้โปรตีนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายด้วยผู้สูงอายุจะมีปริมาณกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดโปรตีนได้ง่ายและนอกจากนี้ปัญหาเรื่อง พันการย่อยและการดูดซึมของระบบทางเดินอาหารมีผลทำให้ผู้สูงอายุ ขาดโปรตีน และแคลอรีได้ง่ายขึ้น

การขาดวิตามิน ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามินได้แทบทุกชนิด ถ้าหากได้โปรตีนและแคลอรีไม่เพียงพอ เนื่องจากอาหารที่ให้โปรตีนมักเป็นแหล่งสะสมของวิตามินที่ช่วยการขาดวิตามินที่พบบ่อยคือ วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินโฟเลท วิตามินเอ วิตามินเค และหากผู้สูงอายุไม่ชอบรับประทานพืชผักและผลไม้รสเปรี้ยว จึงทำให้มีโอกาสขาดวิตามินซีได้ง่ายมาก

การขาดเกลือแร่ เกลือแร่ที่พบว่าขาดบ่อย ได้แก่ แคลเซียม และเหล็กการได้แคลเซียมไม่เพียงพอจะทำให้กระดูกไม่แข็งแรง และหลอกลือคผอยเพราะได้ง่ายจะนั้นอาหารที่ให้แคลเซียมที่ดีคือ ปลาเล็กปลาน้อย สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดเหล็กจะทำให้เกิดโรคซีด หรือโลหิตจาง ซึ่งอาหารที่ให้เหล็กมาก ได้แก่ เลือดสัตว์ต่าง ๆ

โรคของผู้สูงอายุ

โรคของผู้สูงอายุนี้มีผู้ให้ความแตกต่างไว้มากมาย เช่น เอช เอ็ม ฮอดกินสัน (Hodkinson, 1976 : 1) ได้ให้ความแตกต่างของโรคผู้สูงอายุไว้ 5 ประการ คือ

1. วัยสูงอายุมักมีหลายโรคส่วนวัยอื่น ๆ มักมีโรคเดียว การตรวจวินิจฉัยของแพทย์จึงต้องกระทำอย่างรอบคอบ
2. ไม่มีอาการแสดงของโรค เช่น โรคความดันเลือดสูงหรือหลอดเลือดอักเสบอย่างรุนแรง โรคถุงลมโป่งพอง โรคจากเชื้อไวรัส เช่น หวัดหรือตับอักเสบ ก็ไม่พบอาการเช่นเดียวกัน
3. อุดหนุน จากการศึกษาทดลองพบว่า แนวโน้มในการควบคุมอุณหภูมิความร้อนไม่ค่อยปกติ ฉะนั้นจึงไม่อาจใช้เป็นข้อบ่งชี้ถึงความเจ็บป่วยในวัยสูงอายุได้คิ่หนัก
4. ปฏิภริยาของร่างกายต่อความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป ดังจะพบว่าในรายที่มีการอักเสบจากการติดเชื้อ จะไม่พบอาการเจ็บป่วย ระดับอุณหภูมิของร่างกายและเม็ดเลือดขาวไม่เพิ่มขึ้น การตัดสินใจว่ามีอาการอักเสบเกิดขึ้นหรือไม่ อาจจะต้องพิจารณาภาวะความมั่นคงทางจิตและอัตราการเต้นของชีพจร

5. อาการเจ็บปวด การบ่นเพียงเล็กน้อยในผู้สูงอายุอาจเป็นอาการรุนแรงของโรคก็ได้ ดังเช่น ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย ถ้าเกิดกับคนหนุ่มสาวหรือวัยผู้ใหญ่จะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงจนถึงกับช็อคได้ แต่ถ้าเกิดในผู้สูงอายุอาจจะเจ็บเพียงเล็กน้อย หรือไม่ก็ไม่มีอาการเจ็บเลย

เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของผู้สูงอายุนั้น คุสิต สุนทรานู (2525 : 61 - 63) กล่าวว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยเจ็บป่วยคล้ายคลึงด้วยโรคเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในต่างประเทศ คือมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้

1. โรคเกี่ยวกับระบบหายใจและหลอดเลือด
2. โรคมะเร็ง มะเร็งในผู้สูงอายุเกิดได้ในหลายระบบ และยังไม่ทราบถึงสมุฏฐานของโรคที่แน่นอน
3. โรคอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ต้อกระจก และโรคเกี่ยวกับกระดูก เช่น ข้อเสื่อม ปวดเมื่อยตามลำตัว และโรคผิวหนัง เป็นต้น

ในเรื่องโรคของผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดจำแนกโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ จำนวน 10 โรค ซึ่งจำแนกได้ตามลำดับ ดังต่อไปนี้คือ

1. โรคเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. โรคข้อเสื่อม
4. โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง
5. โรควัดโรคปอด
6. ต้อกระจก
7. โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง
8. โรคกระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ
9. กลุ่มอาการทั่ว ๆ ไป
10. ความผิดปกติของหลังรูปแบบอื่น ๆ

(แหล่งที่มา : ฝ่ายประมวลสถิติและรายงานกองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงในด้านนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย รวมทั้งเศรษฐกิจ และสังคมด้วย เพราะวัยสูงอายุนี้เป็นวัยหรือช่วงของการหยุดงานประจำที่เคยทำอยู่แต่ก่อน ซึ่งเป็นความรู้สึกที่พลัดพรากจากสถานที่ที่เคยคุ้นเคยหรือยังคงมีความผูกพันอยู่กับสถานที่นั้น ๆ จึงทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นความสูญเสีย ประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคมเข้าร่วมด้วย จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถปรับตัวได้มีมต้อย ผิดหวังหงุดหงิดกังวลและมีอารมณ์เศร้า เกิดความกลัวว่าตนจะถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

อย่างไรก็ดีผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัว ให้รับกับสภาพของความชราได้นั้นจะเป็นผู้ที่มีมโนทัศน์ต่อตนเองในการปรับสภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติซึ่งจะต้องมีการปรับและพัฒนาในโครงสร้าง หรือองค์ประกอบทางจิตใจระดับต่าง ๆ ซึ่งการพัฒนาและปรับโครงสร้างทางจิตใจของผู้สูงอายุมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. จิตมูลฐาน (id) เป็นโครงสร้างของจิตที่เป็นแรงผลักดัน ความต้องการขั้นมูลฐานของจิต มีลักษณะไม่สมเหตุสมผล และขาดความมีสติลักษณะของจิตมูลฐานนี้เป็นโครงสร้างของจิตที่แฝงอยู่กับชีวิตโดยไม่มีกำหนดเวลาไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งจะคงอยู่ด้วยตัวของมันเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับอายุ อย่างไรก็ตามประสบการณ์และการเรียนรู้ทำให้คนรู้จักการควบคุมความมีสติได้คือปกปิดการแสดงออกของความอยากของจิตมูลฐานมักจะถูกควบคุมโดยสติซึ่งความมีอายุทำให้มีสติยั้งคิด และสามารถใช้กลไกทางจิตได้ดีขึ้น

2. จิตเหตุผล (ego) เป็นตัวกลางระหว่างจิตมูลฐานกับโลกภายนอกการแสดงออกของจิตจะผ่านความมีสติ โครงสร้างของจิตระดับนี้จะพัฒนาไปตามอายุโดยจะเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงเหตุผล การเรียนรู้สิ่งแวดล้อมทางสังคมการพัฒนาจิตเหตุผลเป็นกลไกทางจิตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในการที่จะปรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตให้สมดุลกับการต้องสูญเสียสถานภาพตำแหน่งทางสังคม ปัญหาสุขภาพหรือแม้แต่ว่าความตาย

ดังนั้นในการกระทำ หรือการปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจึงแสดงออกด้วยความมีสติ และมองโลกในแง่ดี

3. จิตคุณธรรม (superego) ลักษณะของจิตคุณธรรมในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มองได้ยาก จิตคุณธรรมจะถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยการเลียนแบบลักษณะของพ่อแม่ ผู้คนที่แวดล้อม และ โครงสร้างของสังคม จากการเรียนรู้ที่คนจะเลือกส่วนที่ตึงามที่ตนพอใจมาเป็นค่านิยมของตน การ แสดงออกของค่านิยมที่ได้จากพ่อแม่จะเห็นได้ชัดว่าพฤติกรรม หรือความคิดจะเหมือนกับพ่อแม่มาก เมื่อมีอายุมากขึ้นการพัฒนาจิตเหตุผลทำให้เกิดการเรียนรู้ความต้องการและข้อเท็จจริงทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างเสริมให้จิตคุณธรรมมีความแกร่งขึ้น

ดังนั้นในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยของการเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีวิถีการดำเนินชีวิต ของตนเองซึ่งมักจะแตกต่างไปจากวัยอื่น ๆ คือจะมุ่งหน้าไปสู่การทำบุญ หรือแสวงหาความดีงาม ให้กับตนเองมากขึ้น เพราะยอมรับว่าการมีอายุมากขึ้นเป็นการเดินทางไปสู่ความตายในที่สุดเมื่อเป็น เช่นนี้วิถีทางในการปลดปล่อยความรู้สึกกลัวตายก็คือการปฏิบัติธรรม หรือภารกิจทางศาสนาตาม ความสนใจของแต่ละบุคคลอันจะเป็นการใช้ชีวิตให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ (Social Econmi Change) สังคมมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน การมีปฏิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกันการเปลี่ยนแนวความคิด และการมีความรู้สึกว่าคุณ มีสมาชิกของกลุ่มในผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับจากสมาชิกภายในกลุ่มใน ครอบครัวและสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น เป็นผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต้องลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกว่าคุณกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็นที่พอใจของ บรรดาสมาชิกภายในกลุ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่มีอายุน้อยกว่าคุณ เมื่อเป็นเช่นนี้ความต้องการ ที่จะแสวงหามิตรใหม่ ๆ ก็ต้องมีข้อจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักจะไม่พึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพ กับผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้เองทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเอง เมื่อเป็นดังเช่นกล่าวนี้อาจเห็น จากสังคมจึงมีมากขึ้นตามลำดับ การยอมรับของสังคมต่อความมีอายุมักจะเป็นไปในทางลบ เนื่องจาก สังคมมักจะประเมินความสามารถในแง่ของการปฏิบัติ ซึ่งก็เป็นที่น่าทึ่งกันว่าผู้สูงอายุนั้นเสื่อมโทรม หักสภาพ ร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติภารกิจ หรือกระทำกิจกรรม ต่าง ๆ ได้ดังเช่นวัยหนุ่มสาว

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากฮอร์โมนเป็นสำคัญ ซึ่งมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ประกอบกับการสูญเสียทางด้านสมรรถภาพร่างกายที่อ่อนล้าลง และสถานภาพทางสังคมที่ไม่เป็นที่ยอมรับดังแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากตกอยู่ในสภาพทุกข์ และหมกมุ่นในชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงซึ่งมีความวิตกกังวลต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจมากที่สุดจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกลัวในสิ่งต่าง ๆ ดังที่โจนส์ (สุวัฒน์ จันทรวงศ์. 2526 : 17; อ้างอิงมาจาก Jones. n.d.) ได้จำแนกความกลัวของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. กลัวความตาย (Fear of death)
2. กลัวความว้าเหว่ (Fear of loneliness)
3. กลัวขาดที่พึ่ง (Fear of helplessness)
4. กลัวความจน (Fear of failure of financial resources)
5. กลัวที่จะต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน (Fear of dependence upon children)

ความรู้สึกกลัวเป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจ การที่จะทำให้ผู้สูงอายุลดความกลัวลงไปได้ นั้นย่อมขึ้นอยู่กับบุคคลภายในครอบครัวของผู้สูงอายุนั้น ๆ เป็นสำคัญในการที่จะช่วยปลดเปลื้องความรู้สึกกลัวลงได้ โดยการให้ความเอาใจใส่ในด้านความเป็นอยู่และสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

ในเรื่องของความกลัวในสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวไปแล้วนี้ ผู้สูงอายุบางรายจะแสดง ความกลัวออกมาให้เห็นได้เด่นชัด แต่บางรายไม่แสดงความรู้สึกกลัวดังกล่าวมาให้เห็น แต่ถึงกระนั้นความกลัวดังกล่าวยังคงครอบงำจิตใจของผู้สูงอายุอยู่ การที่จะทำให้ความรู้สึกกลัวหมดไปได้นั้นจึงขึ้นอยู่กับที่ยอมรับกับสภาพความเป็นจริง ประกอบกับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานของคน

แนวคิดและข้อพึงปฏิบัติสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สมควรจะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ประกอบกับการมีสุขภาพที่ดีซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยอันสำคัญต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็น

อย่างยิ่ง แม้ว่าวัยสูงอายุจะเป็นวัยที่มีแต่ความเสื่อมโทรมและความถดถอยของกำลังร่างกายแต่ก็มิได้หมายความว่า จะหาความสุขกายสบายใจหรือทำคนให้ปราศจากโรคภัยต่าง ๆ ในวัยสูงอายุนี้ไม่ได้ ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติคนให้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเรื่องของการดูแลสุขภาพนี้ประสพ รัตนการ (2525 : 28) ได้แนะนำหลักที่เรียกว่า หลัก "5 อ" เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

1. อากาศ ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง และไหลเวียนได้ดี ตลอดเวลา ทั้งนี้ต้องปราศจากมลภาวะต่าง ๆ ทางอากาศด้วย
2. อาหาร ผู้สูงอายุควรได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าประโยชน์ มีคุณค่าทางโภชนาการ ในการรับประทานแต่ละมื้อไม่ควรรับประทานจนอิ่มเกินไป นอกจากนี้ควรรับประทานผักสด สะอาดเป็นประจำ
3. ออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการลดความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจ ฯลฯ สามารถทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานประสานกันได้ดีขึ้น และสามารถดึงเครียดทางจิตใจได้ดีอีกด้วย
4. อารมณ์ ผู้สูงอายุที่จะมีสุขภาพที่ดีนั้น ต้องเป็นผู้ที่มีอารมณ์สดใส และมีความเบิกบาน อยู่เสมอ
5. อุจจาระ วัยสูงอายุมักพบเสมอว่า มีอาการท้องผูกอยู่เนื่อง ๆ เนื่องจากระบบขับถ่ายทำงานได้น้อยลง ในเรื่องนี้ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำให้เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้แล้วการฝึกหัดการขับถ่ายเป็นประจำทุกวัน จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการทำงานของลำไส้ใหญ่ได้ดีขึ้น

นอกจากนี้แล้วยังมีผู้รู้อีกหลายท่าน ที่ได้ให้หลักในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้หลากหลายด้วยกัน ซึ่งพอที่จะนำมาประมวลและสรุปได้ ดังนี้

1. เมื่อต้องเกษียณอายุราชการ ควรหางานอดิเรกทำ อาทิเช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ เพื่อเป็นการลดความรู้สึกอันเจ็บเหงา และอ้างว้าง

2. มองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ
3. แสวงหาธรรม เพื่อใช้ค่าเป็นชีวิตในบั้นปลาย
4. งดเครื่องดื่มประเภทชา และกาแฟ
5. ไม่หมกมุ่นในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอันเป็นเหตุให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์
6. สร้างความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่าด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำอย่าง

สม่ำเสมอ

7. หมั่นศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ
8. ไม่ควรทำตนให้ครบครัน หรือบุตรหลานต้องเป็นภาระ หรือห่วงใย
9. พักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ และเมื่อตื่นขึ้นควรมีความรู้สึกสดชื่น
10. หมั่นปรึกษาแพทย์และตรวจเช็คร่างกายเป็นประจำ และปฏิบัติตนตามคำแนะนำของ

แพทย์อย่างเคร่งครัด

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การวิจัยในต่างประเทศ

จากการทบทวนเอกสารและการวิจัยต่าง ๆ พบว่ามีรายงานการวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

*ซิสเตอร์ แมรี จีน เฮน และชู ที ซี เซิน (Sister Mary Jeanne Hain and Shu P1 C. Chen. 1976 : 16) ได้ศึกษาเรื่องความได้ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในเมืองแอร์ (Erie) รัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา โดยการสร้างแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากด้านต่าง ๆ 3 ด้าน คือ

- 1) เงื่อนไขทางสุขภาพ
- 2) การทำงานของร่างกาย
- 3) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดย

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุชายที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุหญิงที่อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุคู่ จำนวนทั้งสิ้น 128 คน ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 24.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดรู้สึกว่าคุณภาพในปัจจุบันไม่ดีร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุซึ่งว่ามีการทำงานของร่างกายไม่ดี และร้อยละ 11.7 ของผู้สูงอายุไม่เคยไปพบแพทย์เลย ฯลฯ

ทิชชู (Tissue, 1980 : 337) ได้ศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำในสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,402 คน เปรียบเทียบการวัดสถานะทางสุขภาพจากจำนวนวันที่เจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65 - 74 ปี และผู้สูงอายุกลุ่ม 75 ปีขึ้นไปตอบว่ามีสุขภาพดี/และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศผู้สูงอายุตอบว่าสามารถทำงานและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุในเพศหญิง

ฮิลเดรท (Hildreth, 1980 : 386) ได้ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเพศหญิง โดยศึกษาจากผู้สูงอายุ 100 คน แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะ เช่น การเตรียมอาหาร การตัดเย็บเสื้อผ้าและกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ทักษะคือการไปเที่ยวสวนสัตว์ การรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีการไม่เกี่ยวข้อง (Disengagement Theory) กับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นตัวอธิบายการเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 60 - 74 ปี และกลุ่มอายุ 75 - 85 ปี ตอบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากมีสุขภาพ และการศึกษายังพบอีกว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จะมีอิทธิพลจากคนอื่นด้วย ดังนั้นตัวแปรด้านการสมรสการอยู่เป็นโสด จึงมีผลให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้นหรือลดน้อยลงได้

การวิจัยในประเทศไทย

จากการสรุปผลการวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุของ บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2526 : 180 - 181) ได้สำรวจผู้สูงอายุในปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1. สถานภาพสมรส
2. สภาพะสุภาพ
3. การที่ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลแวดล้อม
4. การได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม
5. การพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดำรงชีวิต

สถานภาพสมรส

ในผู้สูงอายุทั้งหมดที่ประเทศพบว่าร้อยละ 54 ยังคงอยู่กับคู่สมรส และร้อยละ 42 เป็นหม้าย เฉพาะในกรุงเทพมหานครนั้น สักส่วนของผู้ที่อยู่กับคู่สมรส และเป็นหม้ายพอ ๆ กัน ประมาณกลุ่มละ ร้อยละ 40 เท่านั้นที่ยังอยู่กับคู่สมรสที่เหลือเป็นหม้ายเป็นส่วนใหญ่ มีกลุ่มเป็นโสด หย่าร้าง แยก ประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

สภาพะสุภาพ

ประมาณร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุเพศหญิงตอบว่า มีสุขภาพดี เมื่อพิจารณาเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบว่า ร้อยละ 74 ในเพศชาย และร้อยละ 65 ในเพศหญิงตอบว่ามีสุขภาพดี (ไม่เจ็บป่วย) เมื่อพิจารณาแยกตามอายุพบว่าร้อยละของผู้ที่ตอบว่ามีสุขภาพดีจะลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุ เช่น ร้อยละ 80 ในกลุ่มอายุ 60 - 64 ปี มาเป็นร้อยละ 63 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (เพศชาย) ส่วนในเพศหญิง ค่าร้อยละในแต่ละ ช่วงอายุไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้นในช่วงอายุ 70 - 74 ปี ในต่างจังหวัดพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีประมาณร้อยละ 50 - 60 และลดลง ตามอายุเช่นเดียวกัน

การได้รับความเคารพนับถือ

ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 93 กล่าวว่าได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลแวดล้อม ในเพศชาย และเพศหญิงไม่แตกต่างกันมากนัก (ร้อยละ 94 ในเพศชาย และร้อยละ 91 ในเพศหญิง) เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุกล่าวว่าได้รับความเคารพนับถือ (ทั้งในเพศชายและเพศหญิง) ในขณะที่ในต่างจังหวัดมีเพียงร้อยละ 89 ในเพศหญิง และร้อยละ 93 ในเพศชาย และอัตราการได้รับความเคารพนับถือใกล้เคียงกัน ในทุกกลุ่มอายุ

การได้ทำประโยชน์

ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 85 ในเพศชาย และร้อยละ 76 ในเพศหญิงได้ทำประโยชน์แก่สังคม และกำลังส่วนนี้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ เพื่อพิจารณาเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบว่า ร้อยละ 73 ได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม และในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงเล็กน้อย

การพึ่งพาอาศัย

ในผู้สูงอายุทั่วไปพบว่าร้อยละ 58 พึ่งพาอาศัยอยู่ ร้อยละ 40 พึ่งพาตนเองได้ เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่าร้อยละ 48 ในเพศชายพึ่งพาอาศัย และร้อยละ 49 พึ่งตนเอง แต่ในเพศหญิงนั้น ร้อยละ 66 พึ่งพาอาศัย และร้อยละ 32 พึ่งตนเองอัตราการพึ่งตนเองนี้จะลดลงตามอายุเรื่อย ๆ เฉพาะในกรุงเทพมหานครพบว่าในเพศชาย ผู้สูงอายุร้อยละ 51 พึ่งพาอาศัย และร้อยละ 48 พึ่งตนเอง ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 70 พึ่งพาอาศัย และร้อยละ 30 พึ่งตนเอง และอัตราการพึ่งตนเองนี้จะลดลงตามอายุเช่นเดียวกัน

จากข้อมูลที่น่าสนใจดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีประเภทการเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
11. ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
12. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
13. ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
14. ผู้สูงอายุที่มีประเภทการเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน
15. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา
16. การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กัน ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการและพักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 412 คน เป็นชาย 75 คน และหญิง 337 คน ดังปรากฏตามตาราง 1

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ และพักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 224 คน เป็นชาย 56 คน และหญิง 168 คน ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามสัดส่วนหญิงต่อชาย เท่ากับ 3 : 1 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายมีจำนวนน้อยกว่าหญิงมาก และเมื่อไปเก็บข้อมูลได้ผู้หญิงเพียง 132 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 ซึ่งได้นำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	ประชากร			กลุ่มตัวอย่าง		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ผู้สูงอายุ	75	337	412	56	132	188
รวม	75	337	412	56	132	188

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่จะศึกษา

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบบสอบถาม ตอนที่ 2 นี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งออกเป็น 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 3 อันดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย (รายละเอียดดูภาคผนวก)

เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ

แบบสอบถามตอนที่ 2 (ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ) มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

- ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมิต ถ้ากลุ่มตัวอย่างเขียนเครื่องหมายถูกต้องในช่อง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน

2. ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างเขียนเครื่องหมายถูกลงในช่อง
- | | | | |
|----------------------|-----|---|-------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ให้ | 1 | คะแนน |
| เห็นด้วย | ให้ | 2 | คะแนน |
| เห็นด้วยน้อย | ให้ | 3 | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย | ให้ | 4 | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ให้ | 5 | คะแนน |

แบบสอบถามตอนที่ 3 (การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ) มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

1. ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างเขียนเครื่องหมายถูกลงในช่อง
- | | | | |
|-----------------|-----|---|-------|
| ปฏิบัติสม่ำเสมอ | ให้ | 3 | คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน |
| ปฏิบัติน้อยมาก | ให้ | 1 | คะแนน |
2. ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างเขียนเครื่องหมายถูกลงในช่อง
- | | | | |
|-----------------|-----|---|-------|
| ปฏิบัติสม่ำเสมอ | ให้ | 1 | คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน |
| ปฏิบัติน้อยมาก | ให้ | 3 | คะแนน |

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพื่อให้ได้เนื้อหาเพียงพอและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัด
3. นำแบบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อประธาน และกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อพิจารณาแก้ไข จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
4. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try - Out) กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่สร้างขึ้นเพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content - Validity) โดยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตลอดจนสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม เพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการนำแบบสอบถาม จำนวน 78 ข้อ เป็นด้านการรับรู้ จำนวน 40 ข้อ และด้านการปฏิบัติ จำนวน 38 ข้อ ที่ได้แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครปฐมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 100 คน แล้วนำคะแนนของแต่ละคนที่ได้มาเรียงลำดับจากคะแนนสูงสุด ไปจนถึงคะแนนต่ำสุด ซึ่งการแบ่งกลุ่มคะแนนสูงและกลุ่มคะแนนต่ำนี้ใช้เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด (Edward. 1957 : 152) แล้วใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบนัยสำคัญของค่าถามแต่ละข้อซึ่งข้อใดมีค่าที่ (t) เท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไป ถือว่ามีอำนาจจำแนกสูงพอที่จะนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้ ซึ่งได้แบบสอบถามด้านการรับรู้ จำนวน 30 ข้อ และด้านการปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวไปหาความเชื่อมั่นต่อไป ตามข้อ 3

3. หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient)

เกณฑ์ในการพิจารณาค่าความเชื่อมั่น ถ้ามีค่าความเชื่อมั่น 0.5 ขึ้นไปถือว่านำมาใช้กับการศึกษาค้นคว้าได้ และหากค่าเข้าใกล้ 1 ถือว่ามีความเชื่อมั่นสูง (Cronbach. 1970 : 161) ซึ่งผลของการหาความเชื่อมั่นในครั้งนี้ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.947 ซึ่งมีคุณสมบัติที่จะนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ไปยังอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์เพื่อขออนุมัติการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพื่อกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
3. คัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 188 ฉบับ จำนวนที่เป็นหญิง 132 ฉบับ และเป็นชาย 56 ฉบับ จึงได้นำข้อมูลที่ได้นี้มาใช้ในการจัดกระทำข้อมูลต่อไป

วิธีจัดกระทำข้อมูล

1. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยไมโครคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^X
3. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของเบสต์ (Best. 1970 : 257) ดังนี้
 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
 - 4.5 - 5.0 หมายความว่า มีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง
 - 3.5 - 4.4 หมายความว่า มีความเห็นด้วย
 - 2.5 - 3.4 หมายความว่า เห็นด้วยน้อย
 - 1.5 - 2.4 หมายความว่า ไม่เห็นด้วย
 - 1.0 - 1.4 หมายความว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ด้านการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพ

2.5 - 3.0 หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

1.5 - 2.4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

1.0 - 1.4 หมายถึง ปฏิบัติน้อยมาก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย คำนวณค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามของแต่ละข้อ

โดยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N} \quad (\text{Ferguson. 1981 : 49})$$

เมื่อ	\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
	ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้คำนวณสภาพการกระจาย
ความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีต่อรายการแต่ละข้อของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร

$$SD = \sqrt{\frac{n\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{n(n-1)}} \quad (\text{Ferguson. 1981 : 68})$$

เมื่อ	SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\Sigma X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

3. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) เป็นรายข้อโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}} \quad (\text{Edwards. 1957 : 152})$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละข้อของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ
	\bar{X}_H	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง
	\bar{X}_L	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ
	S_H^2	แทน	ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มสูง
	S_L^2	แทน	ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มต่ำ
	n_H	แทน	จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง
	n_L	แทน	จำนวนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

4. วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161)

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

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	k	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อ

5. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 8 โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	\bar{X}_1	แทน	คะแนนเฉลี่ยกลุ่มที่ 1
	\bar{X}_2	แทน	คะแนนเฉลี่ยกลุ่มที่ 2
	S_1	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1
	S_2	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 2
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 2

6. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 และ 14 โดยใช้สูตร

$$F = \frac{MS_A}{MS_W} \quad (\text{Winner. 1971 : 105 - 106})$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS_A	แทน	ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

7. ในกรณีการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ โดยใช้สูตร

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{n}} \quad (\text{Winner. 1971 : 210 - 218})$$

เมื่อ q แทน q -statistic ที่ได้จากการตาราง
 MS_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม
 n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

8. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติคนที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 15 และ 16 โดยใช้สูตร

$$\chi^2 = \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e} \quad (\text{ประคอง กรรณสูต. 2525 : 143})$$

เมื่อ χ^2 แทน Chi - Square
 F_o แทน ความถี่ที่ได้จากการปฏิบัติ
 F_e แทน ความถี่ที่คาดหวังว่าจะเป็นจริงตามสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S^2	แทน	ความแปรปรวน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน f-distribution
SS	แทน	Sum - Square
MS	แทน	Mean - Square
df	แทน	Degree of freedom
χ^2	แทน	Chai - Square

ในการศึกษาครั้งนี้สามารถแบ่งออกตามลำดับ ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์ โดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS - Statistical package for the Social Science) วิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ และคิดเป็นค่าร้อยละ และนำเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์ระบับการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสต์ (Best. 1970 : 257)
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ในสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7
4. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ในสมมติฐานข้อที่ 8 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9, 10, 11, 12, 13, 14
5. เมื่อพบว่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์
6. ทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-Square) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีต่อตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ เติม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิภาค อาณาเขต และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 15 และ 16

ผลการศึกษาค้นคว้า

1. การวิเคราะห์สถานภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ และคิดเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
จำแนกตามตัวแปรอิสระ

รายการ (ตัวแปรอิสระ)	ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค N = 188	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	56	29.8
หญิง	132	70.2
2. ระดับการศึกษา		
อ่านเขียนไม่ได้	32	17.0
พออ่านออกเขียนได้	56	29.8
ระดับประถมศึกษา	43	22.9
ระดับมัธยมศึกษา	44	23.4
ระดับอุดมศึกษา	13	6.9
3. สถานภาพสมรส		
โสด	51	27.1
อยู่ด้วยกัน	4	2.1
แยกกันอยู่	36	19.1
หย่าร้าง	16	8.5
คู่สมรสเสียชีวิต	81	43.1

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ (ตัวแปรอิสระ)	ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค N = 188	
	จำนวน	ร้อยละ
4. อาชีพเดิม		
รับราชการ	46	24.5
ค้าขาย	45	23.9
เกษตรกรรม	24	12.8
รับจ้าง	56	29.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	9.0
5. ฐานะทางเศรษฐกิจ		
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปี	69	36.7
รายได้ 3,001 - 7,000 บาทต่อปี	68	36.2
รายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี	51	27.1
6. ภูมิลำเนาเดิม		
ภาคเหนือ	9	4.8
ภาคกลาง	161	85.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	14	7.4
ภาคใต้	4	2.1
7. ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์		
ประเภทสามัญ	136	72.3
ประเภทเสียค่าบริการ	42	22.3
ประเภทบังกาโล	10	5.3

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามเพศเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.2 และเพศชายร้อยละ 29.8 ในระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 29.8 พ้ออ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 23.4 มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.9 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 17.0 อ่านเขียนไม่ได้ และร้อยละ 6.9 มีการศึกษาระดับชั้นอนุศึกษา ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 43.1 คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 27.1 เป็นโสด ร้อยละ 19.1 แยกกันอยู่ร้อยละ 8.5 หย่าร้างกัน และร้อยละ 2.1 อยู่กับคู่สมรสตามลำพัง ในด้านอาชีพเดิมพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 29.8 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.5 รับราชการ ร้อยละ 23.9 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 12.8 มีอาชีพเกษตรกรรม และร้อยละ 9.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพตามลำพัง ด้านฐานะทางเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 36.7 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปี ร้อยละ 36.2 มีรายได้ 3,001 - 7,000 บาทต่อปี และร้อยละ 27.1 มีรายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี ตามลำพัง ในด้านภูมิลำเนาเดิมของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 85.6 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลาง ร้อยละ 7.4 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 4.8 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือ และร้อยละ 2.1 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคใต้ตามลำพัง สำหรับด้านประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์นั้นพบว่า ร้อยละ 72.3 รับการสงเคราะห์แบบประเภทสามัญ ร้อยละ 22.3 รับการสงเคราะห์แบบประเภทเสียค่าบริการ และร้อยละ 5.3 รับการสงเคราะห์แบบบังกาโล ตามลำพัง

2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสต์ (Best. 1970 : 257) ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	N	X	ระดับสุขภาพ
การรับรู้	188	3.8	ดี
การปฏิบัติ	188	2.3	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง/สุญปฏิบัติ

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ในสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบมี 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7 ดังปรากฏตามตาราง 4 - 19

ตาราง 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ระหว่างชายกับหญิง

เพศ	N	\bar{X}	S	t
ชาย	56	3.7190	0.389	-1.19
หญิง	132	3.7902	0.337	

$$P < .05 (t \pm 1.96)$$

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อ่านเขียนไม่ได้	32	3.6250	.3562
พออ่านออกเขียนได้	56	3.7018	.2928
ระดับประถมศึกษา	43	3.6302	.3388
ระดับมัธยมศึกษา	44	4.0000	.2635
ระดับอุดมศึกษา	13	4.0897	.3521

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษาแตกต่างกัน 5 กลุ่ม คือ อ่านเขียนไม่ได้ พออ่านออกเขียนได้ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ชั้นอุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ $\bar{X} = 4.0897$ ($S = .3521$) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นมัศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 4.0000$ ($S = .2635$) ผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7018$ ($S = .2928$) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.6302$ ($S = .3388$) และผู้สูงอายุที่อ่านเขียนไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ $\bar{X} = 3.6250$ ($S = .3562$) จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	5.4298	1.3575	13.8442*
ภายในกลุ่ม	183	17.9436	.0981	
รวม	187	23.3734		

$$* P < .05 (F_{4,183} = 2.42)$$

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันในกลุ่มใดบ้าง จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเป็นรายคู่ ตามวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	\bar{x}	อ่านเขียน	ระดับ	พออ่านออก	ระดับ	ระดับ
		ไม่ได้	ประถมศึกษา	เขียนได้	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	\bar{x}	3.62	3.63	3.70	4.00	4.08
อ่านเขียนไม่ได้	3.62	-	0.01	0.08	0.38*	0.46*
ระดับประถมศึกษา	3.63		-	0.07	0.37*	0.45*
พออ่านออกเขียนได้	3.70			-	0.3*	0.38*
ระดับมัธยมศึกษา	4.00				-	0.08
ระดับอุดมศึกษา	4.08					-

* $P < .05$

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่อ่านเขียนไม่ได้
กับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ผู้สูงอายุนระดับประถมศึกษา กับมัธยมศึกษา
และอุดมศึกษา และผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ กับระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา มีการรับรู้
เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความ
แตกต่างกัน

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรส	จำนวน	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
โสด	51	3.8536	.3845
อยู่ด้วยกัน	4	3.6417	.0877
แยกกันอยู่	36	3.7130	.3160
หย่าร้าง	16	3.7562	.4546
คู่สมรสเสียชีวิต	81	3.7494	.3314

จากตาราง 8 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน 5 กลุ่ม คือ โสด
อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง และคู่สมรสเสียชีวิต ผลปรากฏว่าผู้สูงอายุโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ
 $\bar{X} = 3.8536$ ($S = .3845$) ผู้สูงอายุที่หย่าร้างมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7562$ ($S = .4546$)
ผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7494$ ($S = .3314$) ผู้สูงอายุที่แยกกันอยู่มี
คะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7130$ ($S = .3160$) และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมีคะแนน
เฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.6417$ ($S = .0877$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของ
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพการสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.5766	.1442	1.1572
ภายในกลุ่ม	183	22.7968	.1246	
รวม	187	23.3734		

$$P < .05 (F_{4,183} = 2.42)$$

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม

อาชีพเดิม	จำนวน	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รับราชการ	46	3.9949	.3353
ค้าขาย	45	3.7267	.3287
เกษตรกรรวม	24	3.6250	.3573
รับจ้าง	56	3.6935	.3326
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	3.7216	.2804

จากตาราง 10 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม 5 กลุ่มคือ รับราชการ ค้าขาย
เกษตรกรรวม รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพ ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่รับราชการมีคะแนนเฉลี่ย
สูงสุดคือ $\bar{X} = 3.9949$ ($S = .3353$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7267$
($S = .3287$) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7216$ ($S = .2804$)
ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.6935$ ($S = .3326$) และผู้สูงอายุที่มีอาชีพ
เกษตรกรรวมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.6250$ ($S = .3573$) ตามลำดับ จากนั้นนำไป
วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	3.2842	.8210	7.4791 *
ภายในกลุ่ม	183	20.0893	.1098	
รวม	187	23.3734		

$$* P < .05 (F_{4,183} = 2.42)$$

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้สูงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันในกลุ่มใดบ้าง จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเป็นรายคู่ตามวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม

อาชีพเดิม	เลขตรรกกรรม	รับจ้าง	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ค้าขาย	รับราชการ
\bar{X}	3.62	3.70	3.72	3.73	4.00
เลขตรรกกรรม	3.62	-	0.08	0.11	0.38*
รับจ้าง	3.70	-	0.02	0.03	0.30*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.72	-	-	0.01	0.28*
ค้าขาย	3.73	-	-	-	0.27*
รับราชการ	4.08	-	-	-	-

* $P < .05$

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิมเป็นเลขตรรกกรรมกับรับราชการ รับจ้างกับรับราชการ ไม่ได้ประกอบอาชีพกับรับราชการ ค้าขายกับรับราชการ มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปี	69	3.7531	.3346
รายได้ 3,001 - 7,000 บาทต่อปี	68	3.6632	.3450
รายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี	51	3.9314	.3366

จากตาราง 13 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือรายได้
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปี รายได้ 3,001 - 7,000 บาทต่อปี และรายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี
ผลปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.9314$
($S = .3366$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,001 - 7,000 บาทต่อปี มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.6632$
($S = .3450$) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} =$
3.7531 ($S = .3346$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้เกี่ยวกับ
สุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	2.1226	1.0613	
ภายในกลุ่ม	185	21.2508	.1149	9.2393*
รวม	187	23.3734		

$$* P < .05 (F_{2,185} = 3.04)$$

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันในกลุ่มใดบ้าง จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเป็นรายคู่ ตามวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ	รายได้ 3,001 - รายได้ต่ำกว่า 7,000 บาทต่อปี			รายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี		
	\bar{X}	3.66	3.75	3.93		
รายได้ 3,001 - 7,000 บาทต่อปี	3.66	-	0.09	0.27*		
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปี	3.75	-	-	0.18*		
รายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี	3.93	-	-	-		

* $P < .05$

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อปี กับมีรายได้ 3,001 - 7,000 บาทต่อปี และรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปี มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	จำนวน	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาคเหนือ	9	3.8778	.3131
ภาคกลาง	161	3.7785	.3561
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13	3.5357	.2574
ภาคใต้	4	3.9583	.3716

จากตาราง 16 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิภาคที่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคใต้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.9583$ ($S = .3716$) ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.8778$ ($S = .3131$) ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลางมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7785$ ($S = .3561$) และผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.5357$ ($S = .2574$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.0262	.3421	2.8165*
ภายในกลุ่ม	184	22.3472	.1215	
รวม	187	23.3734		

$$* P < .05 (F_{3,184} = 2.65)$$

จากตาราง 17 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิม
แตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้อง
กับสมมติฐานข้อที่ 6 แต่ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างรายคู่ที่ระดับ .05

ตาราง 18 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์	จำนวน	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ประเภทสามัญ	136	3.7071	.3419
ประเภทเสียค่าบริการ	42	3.9381	.3381
ประเภทบังกาโล	10	3.9000	.3344

จากตาราง 18 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ที่แตกต่างกัน 3 ประเภทคือ ประเภท
สามัญ ประเภทเสียค่าบริการ และประเภทบังกาโล ผลปรากฏว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการสงเคราะห์
ประเภทเสียค่าบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.9381$ ($S = .3381$) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการ
สงเคราะห์ประเภทบังกาโลมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.9000$ ($S = .3344$) และผู้สูงอายุที่เข้า
รับการสงเคราะห์ประเภทสามัญมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.7071$ ($S = .3419$) ตามลำดับ
จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1.8935	.9467	8.1540*
ภายในกลุ่ม	185	21.4800	.1161	
รวม	187	23.3734		

$$* P < .05 (F_{2,185} = 3.04)$$

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 แต่ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างรายคู่ที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test) สมมติฐานข้อที่ 8 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One - Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9, 10, 11, 12, 13, 14 ดังปรากฏตามตาราง 20 - 34

ตาราง 20 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ระหว่างชายกับหญิง

เพศ	N	\bar{X}	S	t
ชาย	56	2.3500	0.146	1.16
หญิง	132	2.3197	0.201	

$$P < .05 (t = \pm 1.96)$$

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพศชาย และเพศหญิง มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 21 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อ่านเขียนไม่ได้	32	2.2927	.1833
พออ่านออกเขียนได้	56	2.3119	.1896
ระดับประถมศึกษา	43	2.3054	.1820
ระดับมัธยมศึกษา	44	2.3591	.1753
ระดับอุดมศึกษา	13	2.4641	.1823

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน 5 กลุ่ม คือ อ่าน
เขียนไม่ได้ พออ่านออกเขียนได้ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา ผลปรากฏ
ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ $\bar{X} = 2.4641$ ($S = .1823$)
ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นมัศึกษามีคะแนนเฉลี่ย คือ $\bar{X} = 2.3591$ ($S = .1753$) ผู้สูงอายุ
ที่พออ่านออกเขียนได้มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.3119$ ($S = .1896$) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา
ชั้นประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.3054$ ($S = .1820$) และผู้สูงอายุที่อ่านเขียนไม่ได้มี
คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ $\bar{X} = 2.2927$ ($S = .1833$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความ
แปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	N	X	S	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.3595	.0899	2.6833*
ภายในกลุ่ม	183	6.1298	.0335	
รวม	187	6.4893		

$$* P < .05 (F_{4, 183} = 2.42)$$

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9

เพื่อให้ทราบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันในกลุ่มใดบ้าง จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเป็นรายคู่ ตามวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls) ดังปรากฏในตาราง 23

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		อ่านเขียน ไม่ได้	ระดับ ประถมศึกษา	พออ่านออก เขียนได้	ระดับ มัธยมศึกษา	ระดับ อุดมศึกษา
	\bar{X}	2.29	2.30	2.31	2.35	2.46
อ่านเขียนไม่ได้	2.29	-	0.01	0.02	0.06	0.17*
ระดับประถมศึกษา	2.30		-	0.01	0.05	0.16*
พออ่านออกเขียนได้	2.31			-	0.04*	0.15*
ระดับมัธยมศึกษา	4.00				-	0.11*
ระดับอุดมศึกษา	2.46					-

* $P < .05$

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษากับผู้สูงอายุที่อ่านเขียนไม่ได้ ระดับอุดมศึกษากับระดับประถมศึกษา ระดับอุดมศึกษากับผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ และระดับอุดมศึกษากับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 24 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรส	จำนวน	การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
โสด	51	2.3594	.2185
อยู่ด้วยกัน	4	2.4833	.1934
แยกกันอยู่	36	2.3213	.1392
หย่าร้าง	16	2.2563	.1504
คู่สมรสเสียชีวิต	81	2.3222	.1875

จากตาราง 24 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกัน 5 กลุ่ม คือ
โสด อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง และคู่สมรสเสียชีวิต ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ด้วยกันมีคะแนน
เฉลี่ยสูงสุด คือ $\bar{X} = 2.4833$ ($S = .1934$) ผู้สูงอายุที่โสดมีคะแนนเฉลี่ย คือ $\bar{X} = 2.3594$
($S = .2185$) ผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย คือ $\bar{X} = 2.3222$ ($S = .1875$) ผู้สูงอายุ
ที่แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ย คือ $\bar{X} = 2.3213$ ($S = .1392$) และผู้สูงอายุที่หย่าร้าง มีคะแนน
เฉลี่ยต่ำสุด คือ $\bar{X} = 2.2563$ ($S = .1504$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวน
ของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตาม
ตาราง 25

ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามสถานภาพการสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.2200	.0550	1.6056
ภายในกลุ่ม	183	6.2693	.0343	
รวม	187	6.4893		

$$P < .05 (F_{4,183} = 2.42)$$

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 26 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม

อาชีพเดิม	จำนวน	การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รับราชการ	46	2.3696	.1688
ค้าขาย	45	2.3074	.2052
เกษตรกร	24	2.3528	.1630
รับจ้าง	56	2.3149	.1895
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	2.2863	.1962

จากตาราง 26 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิมที่แตกต่างกัน 5 กลุ่ม คือ รับราชการ ค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพ ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่รับราชการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ $\bar{X} = 3696$ ($S = .1688$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.3528$ ($S = .1630$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ย คือ $\bar{X} = 2.3149$ ($S = .1895$) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ย คือ $\bar{X} = 2.3074$ ($S = .2052$) และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ $\bar{X} = 2.2863$ ($S = .1962$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 27

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามอาชีพเดิม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.1524	.0381	1.1005
ภายในกลุ่ม	183	6.3369	.0346	
รวม	187	6.4893		

$$P < .05 (F_{4,183} = 2.42)$$

จากตาราง 27 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 28 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ปี	69	2.3507	.1871
รายได้ 3,001 - 7,000 บาท/ปี	68	2.2980	.1821
รายได้มากกว่า 7,000 บาท/ปี	51	2.3399	.1888

จากตาราง 28 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือ
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ปี รายได้ 3,001 - 7,000 บาท/ปี และรายได้มากกว่า 7,000
บาท/ปี ผลปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} =$
2.3507 ($S = .1871$) ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาท/ปี มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} =$
2.3399 ($S = .1888$) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,001 - 7,000 บาท/ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ
 $\bar{X} = 2.2980$ ($S = .1821$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการปฏิบัติตน
เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 29

ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.1038	.0519	1.5030
ภายในกลุ่ม	185	6.3856	.0345	
รวม	187	6.4893		

$$P < .05 (F_{2,185} = 3.04)$$

จากตาราง 29 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 30 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม

ภูมิลำเนาเดิม	จำนวน	การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ภาคเหนือ	9	2.2333	.1067
ภาคกลาง	161	2.3387	.1880
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	16	2.2476	.1862
ภาคใต้	4	2.4250	.1862

จากตาราง 30 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิมที่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม คือ ภาคเหนือ
ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาภาคใต้มีคะแนน
เฉลี่ยสูงสุด คือ $\bar{X} = 2.4250$ ($S = .1500$) ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาภาคกลางมีคะแนนเฉลี่ย
คือ $\bar{X} = 2.3387$ ($S = .1880$) ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยคือ
 $\bar{X} = 2.2476$ ($S = .1862$) และผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาภาคเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} =$
 2.2333 ($S = .1067$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ
สุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 31

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามภูมิลำเนาเดิม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.2271	.0757	2.2246
ภายในกลุ่ม	184	6.2622	.0340	
รวม	187	6.4893		

$$P < .05 (F_{3,184} = 2.65)$$

จากตาราง 31 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 32 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ประเภทการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์	จำนวน	การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ	
		คะแนนเฉลี่ย	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ประเภทสามัญ	136	2.3118	.1886
ประเภทเสียค่าบริการ	42	2.4032	.1601
ประเภทบังกาโล	10	2.2467	.1820

จากตาราง 32 แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์
ที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือ ประเภทสามัญ ประเภทเสียค่าบริการ และประเภทบังกาโล ผลปรากฏว่า
ผู้สูงอายุที่เข้ารับการสงเคราะห์ประเภทเสียค่าบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ $\bar{x} = 2.4032$
($s = .1601$) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทสามัญมีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{x} = 2.3118$
($s = .1886$) และผู้สูงอายุที่เข้ารับการสงเคราะห์ประเภทบังกาโล มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ
 $\bar{x} = 2.2467$ ($s = .1820$) ตามลำดับ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของการปฏิบัติตน
เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ดังปรากฏตามตาราง 33

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.3393	.1696	5.1025*
ภายในกลุ่ม	185	6.1501	.0332	
รวม	187	6.4893		

$$* P < .05 (F_{2,185} = 3.04)$$

จากตาราง 33 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์แตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14

เพื่อให้ทราบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์แตกต่างกัน มีการปฏิบัติแตกต่างกันในกลุ่มใดบ้าง จึงทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ตามวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 34

ตาราง 34 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ประเภทการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์	\bar{X}	ประเภทบังกาลี	ประเภทสามัญ	ประเภทเสียค่าบริการ
		2.24	2.31	2.40
ประเภทสามัญ	2.24	-	0.07	0.16*
ประเภทเสียค่าบริการ	2.31	-	-	0.09
ประเภทบังกาลี	2.40	-	-	-

*P < .05

จากตาราง 34 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีประเภทของ
การเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ประเภทเสียค่าบริการ กับประเภทบังกาลี มีการปฏิบัติคนเกี่ยวกับ
สุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

5. ทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi - Square) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และ
การปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีต่อตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์
ดังปรากฏตามตาราง 35 และ 36

ตาราง 35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชรา บ้านบางแค กับตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทาง
เศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ตัวแปร	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ		
	df	χ^2	Significance
เพศ	2	4.20120	0.1224
ระดับการศึกษา	8	30.96023*	0.0001
สถานภาพสมรส	8	7.13594	0.5220
อาชีพเดิม	8	23.74031*	0.0025
ฐานะทางเศรษฐกิจ	4	13.90635*	0.0076
ภูมิลำเนาเดิม	6	6.28012	0.3962
ประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์	4	18.57567*	0.0010

* $P < .05$

จากตาราง 35 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามตัวแปร
ระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์
มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนตัวแปร เพศ สถานภาพ
สมรส และภูมิลำเนาเดิม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

6. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ตาราง 36 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กับตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

ตัวแปร	การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ		
	df	χ^2	Significance
เพศ	1	0.00807	0.9284
ระดับการศึกษา	4	7.86768	0.0965
สถานภาพสมรส	4	2.93993	0.5679
อาชีพเดิม	4	1.31786	0.8583
ฐานะทางเศรษฐกิจ	2	6.32556*	0.0423
ภูมิลำเนาเดิม	3	8.05677*	0.0449
ประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์	2	4.20931	0.1219

*P < .05

จากตาราง 36 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจ และภูมิลำเนาเดิม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อทราบระดับของการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
2. เพื่อทราบความแตกต่างของการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 188 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เป็นเพศชาย 56 คน และเพศหญิง 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ซึ่งมีคำถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ใช้ถามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งมีจำนวนข้อ 30 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ เพื่อขออนุญาตกระทรวงในการทำวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือไปยังผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม จำนวน 224 ชุด นำไปทดสอบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนมาทั้งหมด 188 ชุด หรือคิดเป็นร้อยละ 84

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS - Statistical Package for the Social Science) ทำการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสต์ (Best. 1970 : 257)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One - Way Analysis of Variance)

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม โดยการทำการทดสอบค่าที (t - test) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม ก็ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One - Way Analysis of Variance)

5. ทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi - Square) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีต่อตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

สรุปผลของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

* 2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพศชาย และเพศหญิง มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพศชาย และเพศหญิง มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

* 4. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- * 6. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
9. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน
- * 10. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
11. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน
12. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
13. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน
14. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์แตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
15. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์แตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
16. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามตัวแปร ระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
17. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามตัวแปร ฐานะทางเศรษฐกิจ และภูมิลำเนาเดิม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ

อภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ใน ระดับดี และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ในด้านการรับรู้เมื่อพิจารณา จากคะแนนเฉลี่ยพบว่า อยู่ในระดับ 3.8 เมื่อนำมาเทียบกับเกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ (Best. 1970 : 257) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การให้บริการทางด้านการแพทย์และอนามัยของสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่จัดให้แก่ ผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ ดีเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจน ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ด้วย ดังผลความสัมพันธ์ที่ปรากฏตามตาราง 36 ทั้งนี้ เนื่องจากระดับการศึกษาจะเป็นตัวกำหนดระดับการรับรู้ กล่าวคือ เมื่อระดับการศึกษาสูง ทำให้มี การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษารองลงมา ในด้านอาชีพเดิมอาจกล่าวได้ว่า ได้รับการกำหนดมาจากระดับการศึกษา เนื่องจากการที่บุคคลจะประกอบอาชีพใด ๆ จึงขึ้นอยู่กับระดับ และวุฒิของการศึกษานั้น ๆ เป็นสำคัญซึ่งจากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ดังปรากฏ ตามตาราง 12 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับราชการนั้น มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ ในด้านฐานะทางเศรษฐกิจ กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจดีมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจรองลงมา ดังปรากฏตาม ตาราง 15

สำหรับประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ อาจกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุจะ เลือกเข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทใดนั้นขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเองเป็น สำคัญ กล่าวคือผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสงเคราะห์ประเภทเสียค่าบริการ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทบังกาโล และประเภทสามัญ ตามลำดับ (ดังปรากฏตามตาราง 18)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่การที่ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้นั้น ยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ด้วย

ในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ปรากฏว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีระดับการปฏิบัติอยู่ที่ 2.3 เมื่อนำมาเทียบกับเกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสต์ (Best. 1970 : 257) พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ยังมีข้อจำกัดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพยังไม่ถึงขั้นสุจริต อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดทางสุขภาพส่วนตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากความชรา นอกจากนี้แล้ว การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ และภูมิลำเนาเดิมของผู้สูงอายุด้วย (ดังปรากฏตามตาราง 37) กล่าวคือ ฐานะทางเศรษฐกิจสามารถกำหนดการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพได้ แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ คือมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาท/ปี และรายได้ 3,001 - 7,000 บาท/ปี ตามลำดับ (ดังปรากฏตามตาราง 29) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้เห็นได้ว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจก็ไม่ได้มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยแต่อย่างใด อาจเนื่องมาจากความรู้สึกตระหนักในเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลหรือภาวะความเจ็บไข้ได้ป่วยในขณะนั้น เป็นผลให้มีการปฏิบัติที่เป็นได้ สำหรับด้านภูมิลำเนาเดิมของผู้สูงอายุนั้นนับว่าเป็นตัวแปรที่สำคัญ เพราะการที่ผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพได้นั้น เป็นผลมาจากการถูกถ่ายทอดขนบธรรมเนียมประเพณีหรือวัฒนธรรมของท้องถิ่นหรือภูมิภาคนั้น ๆ เป็นสำคัญ

2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพศชาย และเพศหญิง มีการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 8 ซึ่งเป็น

ไปได้ว่าการให้บริการของสถานสงเคราะห์ ในด้านการแพทย์และอนามัย ตลอดจนการให้คำปรึกษา
ทางด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้ ได้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ที่มุ่งเน้นการพัฒนา
 คุณภาพชีวิตแก่ประชาชนในชาติทุกเพศ ทุกวัย หรือสอดคล้องกับคำขวัญขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งหวัง
 ให้ประชาชนโดยส่วนรวม มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All by the Year 2000) ซึ่งอาจ
 กล่าวได้ว่า กรมประชาสงเคราะห์ โดยสถานสงเคราะห์คนชรา ได้ชานรับนโยบายดังกล่าว และนำ
 มาสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล แต่อย่างไรก็ตามผลสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพทั้งในด้านการรับรู้และการ
 ปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้นมิได้ขึ้นอยู่กับการให้บริการทางการ
 แพทย์และอนามัยของทางสถานสงเคราะห์แต่เพียงอย่างเดียว แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับความเอาใจใส่
 (awareness) ทางสุขภาพส่วนตัวของผู้สูงอายุเองด้วย ซึ่งเหตุผลในข้อนี้ นับได้ว่ามีความสำคัญต่อ
 การพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้อย่างค้ำยำ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและกลวิธีการพัฒนาการสาธารณสุข
 ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ที่ว่า "เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชน
 โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีสภาพเปลี่ยนแปลงไปสู่การบรรลุ
 สภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาว และมีการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการที่สนองตอบต่อความ
 จำเป็นพื้นฐานตามสภาวะการณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีขึ้นในอนาคต โดยยึดหลักการเสริมสร้าง
 ความเป็นธรรมทางสังคม และการพึ่งพาตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน" (แผนพัฒนา
 การสาธารณสุขในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 - 2534) ซึ่ง
 กล่าวได้ว่า การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะให้
 ความสนใจต่อข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตนทางสุขภาพในที่สุด นับได้ว่าเป็นการ
 พึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้อย่างค้ำยำ หรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องของเอกัตบุคคล
(individual) ในอันที่จะชวนชวนการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพคือการตระหนักถึงความสำคัญของการ
ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการที่จะพึ่งพาทงด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ตรงกับ
พุทธภาษิตที่ว่า "ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน" ด้วยเหตุผลในข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชรา บ้านบางแค เพศชาย และเพศหญิง มีการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และ 9 และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยซึ่งสูงกว่า พบว่าด้านการรับรู้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่อ่านเขียนไม่ได้ตามลำดับ สำหรับด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ผู้สูงอายุที่พออ่านออกเขียนได้ ผู้สูงอายุที่มีระดับชั้นประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่อ่านเขียนไม่ได้ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าระดับการศึกษาจะเป็นตัวกำหนดภาวะการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นพื้นฐานอันสำคัญต่อการก่อให้เกิดการรับรู้ และจะนำไปสู่การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพต่อไป ถึงแม้ว่าบริการของทางสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่ให้บริการทางด้านบริการทางการแพทย์ และอนามัย ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ที่ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพ หรือแม้แต่การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจใช้ภาษาหรือถ้อยคำที่ค่อนข้างเป็นวิชาการ โดยมิได้คำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลแล้วก็ย่อมจะนำไปสู่ความไม่ประสบผลสำเร็จในการที่จะพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงนั้น มีการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษารองลงมาซึ่งพอจะยืนยันได้ว่า การให้บริการในข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา นั้นมิได้คำนึงถึงระดับการศึกษา และความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุเท่าที่ควรจากเหตุผลที่กล่าวมาจึงสรุปว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และข้อที่ 10 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุจะมีการเตรียมตัวเพื่อรองรับสภาพความชรา ตลอดจนได้มีการตั้ง

เป้าหมายชีวิตของตนเอง ซึ่งเกี่ยวกับเรื่องนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิวัติ กลิ่นงาม (นิวัติ กลิ่นงาม. 2532 : 62) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการวางแผนชีวิต และตั้งเป้าหมายที่สำคัญมากที่สุดคือ การมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในข่าวสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ และพบว่าโทรทัศน์ยังเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลและตัวอำเภอ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า บทบาทของโทรทัศน์ในวันข้างหน้า จะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้มีการรับรู้ และนำไปปฏิบัติ ซึ่งความสำคัญข้อนี้ ยังสอดคล้องกับคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี ที่แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2534 ที่ให้มีการปรับปรุงการสุศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีทางสื่อมวลชน และการศึกษาทั้งในและนอกระบบ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เนื่องจากการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูล ด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมทั้งในระดับนโยบาย และการปฏิบัติทั้งในภาครัฐและเอกชน ทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 แต่ในด้านการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11

ในด้านการรับรู้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคืออาชีพค้าขาย ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพรับจ้าง และอาชีพเกษตรกรรมมีคะแนนต่ำสุด ตามลำดับ ความแตกต่างในอาชีพเดิมของผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพนี้ อาจเป็นเพราะอาชีพรับราชการเป็นอาชีพที่ต้องพบปะกับบุคคลร่วมงานที่มีระดับการศึกษา และความรู้ ความสามารถที่หลากหลาย และเป็นอาชีพที่ต้องใช้ระดับการศึกษาเข้ามาเป็นตัวกำหนดตำแหน่ง และเป็นอาชีพที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางพุทธิพิสัย (Cognitives Domain) เป็นส่วนมาก เป็นเหตุให้มีการพัฒนาความรู้ ความคิด ตลอดจนได้รับข่าวสารข้อมูลภายในและระหว่างหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพ และด้านอื่น ๆ ก็ตามจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมรับราชการได้มีการพัฒนาความสามารถทาง

สมองและมีการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร่วมงาน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมรับราชการ
นี้มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง และ
เกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพอิสระ และระดับการศึกษาไม่ได้มีส่วนในการกำหนดอาชีพเหล่านี้เท่าที่ควร

สำหรับในด้านการปฏิบัติพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพ
เดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะการให้บริการทางการแพทย์
และอนามัยของสถานสงเคราะห์ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่ง
สามารถจำแนกบริการดังกล่าวได้ดังนี้ คือบริการด้านการแพทย์ฝ่ายอายุรกรรมแพทย์ฝ่ายจิตเวช การ
ตรวจโรคปอด การให้ภูมิคุ้มกัน การให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการบริการด้านกายภาพ
บำบัด และอาชีพบำบัด (รายงานประจำปี 2534 ของสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค หน้า 4)
ซึ่งบริการดังกล่าว จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุจึงสรุปได้ว่า
ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ
สุขภาพไม่แตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน
มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน
ข้อที่ 5 ในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ
สมมติฐานข้อที่ 12 ในด้านการรับรู้นั้น เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มาก
กว่า 7,000 บาท/ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ปี
และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,001 - 7,000 บาท/ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่ม
ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาท/ปี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงที่สุด ของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีฐานะความเป็นอยู่ที่ค้ำคั้นเอง หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า
"เศรษฐกิจดี นำไปสู่การมีสุขภาพดี" นั่นก็คือ ฐานะทางเศรษฐกิจสามารถที่จะเป็นตัวกำหนดภาวะ
สุขภาพได้ ซึ่งในกระบวนการพัฒนาสุขภาพก็ได้ระบุถึงปัจจัยในการพัฒนาสุขภาพ นอกจากปัจจัยทาง

ด้านการศึกษาและสภาวะความเจ็บป่วยแล้วก็คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจนั่นเอง กล่าวคือเมื่อเศรษฐกิจมีความสามารถที่จะจับจ่ายใช้สอยและซื้ความสามารถในการเลือกแหล่งบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นไปอย่างคล่องตัว เป็นผลสนับสนุนในการด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ปี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,001 - 7,000 บาท/ปีนั้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากประสิทธิภาพของการให้บริการทางการแพทย์และอนามัยของสถานสงเคราะห์ ตลอดจนความเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในแต่ละคน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

สำหรับในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีการเตรียมตนเอง และเอาใจใส่ในสุขภาพ ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมีสภาวะทางสุขภาพที่เสื่อมโทรมโดยธรรมชาติแล้วย่อมจะมีความระมัดระวังที่จะปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะเพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากโรคร้ายต่าง ๆ จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 แต่ในด้านการปฏิบัติพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 อาจกล่าวได้ว่าในด้านการรับรู้ที่ปัจจุบันรัฐบาลได้มีการณรงค์ให้ประชาชน ทุกเพศ ทุกวัยได้รับข่าวสารข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของสื่อมวลชน และสถานที่ให้บริการของรัฐบาล และโครงการรณรงค์เพื่อสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ทุกเพศ ทุกวัย มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น มีการพัฒนาระบบข่าวสารข้อมูล ตลอดจนพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งทางสถานสงเคราะห์คนชราก็ได้ขานรับนโยบายและตระหนักถึง

ความสำคัญ จึงได้จัดให้มีศูนย์บริการคนชรา และงานหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ศรีจิตรา บุนนาค (ศรีจิตรา บุนนาค. 2533 : 257) ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้สื่อมวลชนทุกชนิดในการให้ความรู้เรื่องอาหารการออกกำลังกายและสุขภาพ ตลอดจนให้ความรู้ในอาหารเริ่มแรกของโรคต่าง ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การสนับสนุน ส่งเสริมให้แต่ละภูมิภาคของประเทศมีการรณรงค์เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ในภาคนั้น ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับข่าวสารข้อมูลที่ต้องการ เกี่ยวกับความเชื่อผิด ๆ หรือการระวังป้องกันโรคร้ายต่าง ๆ ในพื้นที่ของภูมิกานั้น (local disease) ทำให้ประชาชนในแต่ละภูมิภาคได้รับรู้สภาพปัญหาของตนในแต่ละท้องถิ่นนั้น ๆ และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคใต้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ อาจเป็นเพราะว่า การที่คนเราจะมีการรับรู้ได้ค่านั้น นอกจากความพร้อมของสภาพร่างกายแล้ว บรรยากาศทางสิ่งแวดล้อมของแต่ละภูมิภาคก็ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่มีอิทธิพลในการสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ได้ จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

สำหรับด้านการปฏิบัติซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกันนั้น อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุได้รับการแนะนำในด้านการปฏิบัติจากสถานสงเคราะห์ โดยเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล ประกอบกับความเป็นห่วงใยในชีวิตของคน ความต้องการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนความรู้สึกกลัวในความเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลัวความตาย (สุวัฒน์ จันทรวง. 2526 : 17; อ้างอิงมาจาก Jones. n.d.) เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย คั่งสอคล้องกับพุทธภาษิตที่ว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" นั้นเอง จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีภูมิลำเนาเดิมแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์ แตกต่างกันมีการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 และข้อที่ 8 เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภทเสียค่าบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ประเภทบังกาล และประเภทสามัญตามลำดับ ในด้านการปฏิบัติพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภท เสียค่าบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเช่นกัน แต่รองลงมาคือ ประเภทสามัญ และประเภทบังกาล ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในด้านการรับรู้ นั้น ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภท เสียค่าบริการ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มิฐานะและการศึกษาดี ซึ่งจะส่งผลถึงความสามารถในการรับรู้ได้ดี ตลอดจน สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่มีความเป็นส่วนตัว สามารถที่จะเลือกอ่านวยต่อการศึกษาค้นคว้าได้มากขึ้น ตลอดจนได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ร่วม เรือนพักด้วยกัน ทำให้การ รับรู้ของผู้สูงอายุในประเภทนี้ดีกว่าประเภทอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีฐานะดีในประเภทบังกาล แต่ขาดการพบปะปรึกษาหารือระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่แยกกันต่างหาก ซึ่งมักจะไม่มี การพูดคุยเรื่องสุขภาพกับเพื่อนบ้าน เป็นต้น และในประเภทสามัญซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย ของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพต่ำสุดเนื่องมาจากสภาพความเป็นอยู่ปะปนกัน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมไม่ เลือกอ่านวย อีกทั้งฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาอยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนมาก อาจเป็นเหตุให้ความ สามารถในการรับรู้ แตกต่างกันกับผู้สูงอายุที่รับการสงเคราะห์ประเภทอื่น ๆ

ในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภทเสียค่าบริการ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เช่นเดียวกับด้านการรับรู้ กล่าวคือ ฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาอยู่ใน ระดับดี ตลอดจนสภาพเรือนพัก เลือกต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ เนื่องจากมีความเป็นอยู่แบบ ส่วนตัว และมีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในเรื่องสุขภาพและอื่น ๆ กับผู้สูงอายุข้างห้อง อีกทั้งเครื่องใช้ส่วนตัวต่าง ๆ อ่านวยสะดวกให้เกิดการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพได้ดี นั่นคือมีปัจจัย สนับสนุน (Enabling Factors) ให้เกิดการปฏิบัติตนเอง ส่วนผู้สูงอายุประเภทสามัญซึ่งมีคะแนน เฉลี่ยรองลงมาอาจกล่าวได้ว่า แม้ว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภทสามัญจะมีสภาพความเป็นอยู่

ปะปนกัน ตลอดจนฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาค่อนข้างต่ำ แต่มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภทบังกาโล ซึ่งมีฐานะดี แต่ขาดการปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนบ้านนั้น อาจเป็นเพราะความเอาใจใส่ หรือความตระหนักในเรื่องสุขภาพส่วนตัว ความต้องการที่จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และมีชีวิตที่ยืนยาวทำให้ผู้สูงอายุประเภทสามัญ ให้ความสนใจกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภทบังกาโล ซึ่งได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้วว่าผู้สูงอายุประเภทนี้มักขาดการติดต่อกับเพื่อนบ้านหรืออีกนัยหนึ่งคือเป็นประเภทที่ค่อนข้างเก็บตัวนั่นเอง แต่อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพได้ดีเพียงใดนั้นยังขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายและภาวะสุขภาพด้วย จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

9. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจกล่าวได้ดังนี้

9.1 ระดับการศึกษา อาจกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานอันสำคัญที่จะก่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตลอดจน ความยากง่ายในเรื่องที่จะรับรู้ และด้วยความสำคัญของการศึกษารัฐบาลโดยคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี ที่แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2534 ได้เห็นความสำคัญของการศึกษา โดยเน้นการเสริมปัจจัยทางการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลของงานวิจัยนี้ที่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา

9.2 อาชีพเดิม อาจเป็นเพราะอาชีพเดิมมีความสัมพันธ์กันกับระดับการศึกษา ซึ่งจะมีส่วนในการกำหนด การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากอาชีพที่หลากหลายเป็นผลมาจากความหลากหลายทางการศึกษา ซึ่งได้รับความรู้ ประสบการณ์ในสาขาวิชาที่แตกต่างกัน เมื่อเป็นเช่นนี้สรุปได้ว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพสัมพันธ์กับอาชีพเดิม

9.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ อาจเป็นเพราะฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นตัวกำหนด สถานภาพทางสังคมในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจกับสุขภาพ หรืออาจจะไม่ให้ความสนใจ ในสุขภาพได้เช่นกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความใส่ใจกับการรับรู้และ ขวนขวายหาความรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อที่จะให้ตนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาว ตลอดจน ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีทำให้เพิ่มความคล่องตัวในการใช้บริการทางสุขภาพ ในทางกลับกันอาจเป็น ไปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี มีความรู้สึกห่อหุ้มคล้ายในชีวิต หรือเกิดความเบื่อหน่าย ในความเป็นอยู่ จึงขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพ จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในสถาน สงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ

9.4 ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กับประเภทของการเข้ารับบริการ การสงเคราะห์ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวนี้ มีความสับสน และเกี่ยวข้องกับฐานะทาง เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่กำหนดให้ผู้สูงอายุเลือกเข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทที่ต่างกันไป กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะเลือกเข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทบังกาโลหรือ ประเภทเสียค่าบริการ ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ก็จะเข้ารับบริการการสงเคราะห์ ประเภทสามัญ ซึ่งสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่จะแตกต่างกันไปในแต่ละประเภท ซึ่งจะส่งผลถึงการ รับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในสถานภาพความเป็นอยู่ ซึ่งแต่เดิมสังคมไทย ลักษณะสภาพครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (extended family) ซึ่งมีคน หลายรุ่นอยู่ร่วมกัน ตลอดจนมีการพบปะหรือกัน ไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ แต่การที่ ผู้สูงอายุต้องมาอยู่อย่างโดดเดี่ยวในสถานสงเคราะห์อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ซึ่งจะ ส่งผลถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มี การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพสัมพันธ์กับประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

10. การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ และภูมิฐานะเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง อาจกล่าวได้ดังนี้

10.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพนั้นมีความสอดคล้องกับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในตัวอย่างเดียวกันนี้ด้วย จึงชี้ให้เห็นได้ว่า ความสำคัญของฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันทั้งในด้านการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ กล่าวคือ ในด้านการปฏิบัติตนนั้น ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุจะเป็นตัวกำหนดที่จะให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ หรืออาจจะละเลยการปฏิบัติได้ อาทิเช่น ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี หรือเรียกได้ว่า "หาเช้ากินค่ำ" มักจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพน้อย ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการหารายได้หรือต้องมุ่งทำงานเพื่อจุนเจือปากท้องของตน สำหรับในรายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ไม่ต้องกังวลเรื่องความเป็นอยู่ และอาหารการกิน ก็จะมีเวลาให้กับการปฏิบัติตนทางสุขภาพได้มาก จึงสรุปว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ

10.2 ภูมิลำเนาเดิม อาจเป็นเพราะว่า ความเป็นอยู่ในแต่ละภูมิภาคของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เหมือนกัน ตลอดจนการได้รับการปลูกฝังค่านิยม เจตคติ หรือความเชื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อีกทั้งการปฏิบัติตนที่สืบทอดกันมาตามชนบประเพณีของแต่ละท้องถิ่น ทำให้การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันกับภูมิลำเนาเดิม เนื่องจากค่านิยมและชนบประเพณีต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่วัยเด็ก จนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งฝังลึกอยู่ในจิตใจ ตลอดจนการปฏิบัติที่เคยชิน จึงมีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนทางสุขภาพทั้งในทางบวกและทางลบได้ จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพสัมพันธ์กับภูมิลำเนาเดิม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะซึ่งจะเป็นประโยชน์ และแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะตามผลการวิจัย

1.1 จากผลของการวิจัย ได้ผลวิเคราะห์ ก่อนข้างสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ มีความแตกต่างกันทั้งในด้านการรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ในบางตัวแปร ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันนั้น อาจเป็นเพราะการจำแนกตัวแปรยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ดังนั้น ควรมีการวิเคราะห์ในลักษณะที่มากกว่า 1 ตัวแปร เช่น ความสัมพันธ์ของจำนวนบุตรกับฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ของอาชีพเดิมกับฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

1.2 จากการวิเคราะห์ผลของการวิจัยพบว่า ในบางตัวแปรของการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพนั้นพบความแตกต่างซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ในขณะที่เดียวกันพบว่าในด้านการปฏิบัติซึ่งเป็นตัวแปรเดียวกันกับการรับรู้ นั้น พบว่าไม่แตกต่างกัน เช่น พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีอาชีพเดิม แตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน แต่ในด้านการปฏิบัติคนนั้น พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อจำกัดส่วนตัวบางประการทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน แต่สำหรับการปฏิบัติผู้สูงอายุอาจได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์ ประกอบกับความเป็นห่วงเป็นใยในสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์คนชรา จำเป็นจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี โดยผนวกเข้ากันกับความรัก ความห่วงใยในตัวผู้สูงอายุซึ่งมีเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ของเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

1.3 จากผลการวิจัยในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพตามตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งพบว่าในด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

และในด้านการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า มีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ และภูมิลาเนาเดิม ซึ่งผลของการวิจัยที่ได้ครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างตัวแปรดังกล่าวได้อย่างเจาะลึก

1.4 จากผลของการวิจัย พบว่า ตัวแปรระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในด้านการรับรู้ และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการจำแนกระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเพื่อที่จะได้จัดการเรียนรู้และประสบการณ์ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะทั่วไป

เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุนับว่าเป็นสิ่งสำคัญกล่าวคือ ผู้สูงอายุจักเป็นบุคคลที่อยู่ในปัจฉิมวัยซึ่งเต็มไปด้วยความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกาย สภาพทางสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นบุคคลที่ขาดทั้งทั้งทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมต้องการความเห็นอกเห็นใจ และมีความต้องการในสุขภาพค่อนข้างสูง ซึ่งความหมายของคำว่าสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลกนั้นมิได้หมายความว่า การปราศจากโรคร้าย แต่เพียงอย่างเดียวแต่ทั้งนี้รวมไปถึงความสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการปรับตัวให้อยู่ในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้อย่างเป็นปกติสุข ดังนั้นเพื่อให้การบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ

2.1 ควรจัดรูปแบบและกระบวนการในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน

2.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ

2.3 สรรหาผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ แต่มีการรับรู้ดีนำมาให้การศึกษาแบบง่ายเพื่อ

พัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

2.4 สร้างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เร้าต่อการตอบสนองของผู้สูงอายุ

2.5 ควรจัดให้มีการใช้สื่อมวลชน เพื่อให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนการปฏิบัติคนที่ถูกต้อง

2.6 ระวังป้องกันการให้ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ในทางที่ผิดโดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) ทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขในปัจจุบัน

2.7 ค้นหาศึกษาศักยภาพในตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก อันจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกเป็นที่ยอมรับของสังคม

2.8 ในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้สูงอายุไม่ควรคำนึงถึงเนื้อหาของความรู้นั้นแต่เพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ควรคำนึงถึงการที่จะเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพให้ถูกต้องด้วย

2.9 จัดให้มีนักสุขศึกษา (Health Educator) ประจำสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งนี้เพื่อให้มีการได้พัฒนา กระบวนการเรียนรู้ทางสุขภาพทั้งในด้านเจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยกลวิธี (strategy) มากกว่าการที่จะบอกให้ผู้สูงอายุรู้หรือปฏิบัติแต่เพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปตามหลักวิชาชีพ (Professional) และประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับผู้ที่สนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในโอกาสต่อไปนั้น ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอแนะประเด็นเพื่อการวิจัย ดังนี้

3.1 ควรศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ทั้งหมด เพื่อทดสอบความแตกต่างตามตัวแปรในลักษณะของการวิเคราะห์ 2 ตัวแปร

3.2 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบ การรับรู้และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป ที่ไม่ได้อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

3.3 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุกับการใช้กลวิธีการในการป้องกันตนเอง เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลีน สาทรา. ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัครสำเนา.
- กรณีกิจ มุทิตราภรณ์. วิธีปฏิบัติคนให้มียุขยืน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ท่าพระจันทร์, 2521.
- กิติกรณ์ มีทรัพย์. "ความอ้างว้างของยาย," ข่าวสารสุขภาพจิต. 7 (4) : 31 เมษายน 2531.
- "คาดอีก 30 ปี มีผู้สูงอายุถึง 72%," สยามรัฐ. 9 ธันวาคม 2531, หน้า 7.
- จิราภรณ์. สุทธิสานนท์. การรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 9. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2529. อัครสำเนา.
- จำเนียร ช่างโชติ และคนอื่นๆ. จิตวิทยาการรับรู้ และการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา, 2516.
- แจก ธนะศิริ. หาอย่างไรจึงจะมีชีวิตยืนยาวและเป็นสุข. กรุงเทพฯ : ศรีเอตีฟการพิมพ์, 2526.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์, มุทธนา อักษรนันท์ และวิญญูรัตน์ ต้นศิริ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. ม.ป.ป., ม.ป.ท., 2531.
- ดวงสมร พันธุเสน. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษากรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ ก.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัครสำเนา.
- คุณิต สุนทรานู. "โรคทางกาย และโรคทางใจของผู้สูงอายุ," คุรุปริทัศน์. หน้า 61 - 63. ฉบับพิเศษ, 2525.
- ค้อย ชุมสาย, ม.ล. ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2514.
- ธระ สุขวัจน์. เรื่องของคนแก่. พิมพ์ครั้งที่ 19, กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2523.
- ธีระ รามสูตร. "ปัญหาผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพ. 1 (8) : พฤษภาคม 2516.

- นารินทร์ จิตรภมรมนตรี. ผลของการใช้สไลด์แม่แบบ เกม และการเสริมแรงทางบวกต่อความภูมิใจในตนเอง และความเข้มเขี้ยวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัครสำเนา.
- นิวัติ กลิ่นงาม. "สภาพปัญหา ความต้องการและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ," สังคมศาสตร์ วิทยาลัยครูเพชรบุรี. 10 (2) : 53 - 68; มกราคม 2532.
- บุญสืบ ชัยอนันต์, สุวัฒน์ จันทรจางง และวิชัย คันไผ่จิตร. เอกสารการฝึกอบรมระยะสั้น เรื่องโรคของผู้สูงอายุ. คณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่องวชิรพยาบาล. ม.ป.ป. : กรุงเทพฯ ; 2526.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. "ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย," ใน รายงานเรื่อง บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2524. กระทรวงสาธารณสุข : กรมการแพทย์, 2524.
- บุษกร โภกภมร. ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัครสำเนา.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. ระบาควิทยาของคนพิการ และผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ : คณะการพิมพ์, 2526.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชรา. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์, 2523.
- ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2525.
- ประคินันท์ อูปรนัย. จิตวิทยา. โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2518.
- ประมวล คิคกินสัน. วัยพัฒนา จิตวิทยาพัฒนาการ วัยท้าย - วัยทอง. กรุงเทพฯ : แพร่พิทยา, 2520.
- ประสพ รัตนากร. "วัยพัฒนา," ใน รายงานการประชุมวิชาการ ประจำปี 2525 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2525.
- _____ . "ปัญหาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป," อนุสรณ์งานฌาปนกิจคุณแม่พลอย วัฒนผาสัก วันที่ 16 พฤษภาคม 2509. หน้า 91 - 95.

- ปานัน บุญ-หลง. "พยาบาลผู้สูงอายุ," การสัมมนาทางวิชาการเรื่องการพยาบาล จิตสังคม สำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2523.
- เปลื้อง ณ นคร. จิตวิทยาการุศาสตร์. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2495.
- พอง เกิดแก้ว. อนามัยส่วนบุคคล และอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2518.
- เขาวเรศ นาคแจ้ง. "ผิวหนังของผู้สูงอายุ," ใกล้หมอ. 13 (12) : 51 - 52 ; 2532.
- วารินทร์ สายโอบเอื้อ และสุนีย์ ธีรคากร. จิตวิทยาการศึกษา. 2522.
- ศรีจิตรา บุณนาค. "ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย และวิธีแก้ปัญหาโดยใช้ระบบสาธารณสุขมูลฐาน," ในรายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2524. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2524.
- สุชา จันท์เอม และสุรางค์ จันท์เอม. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : แพรวพิทยา, 2518.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และสุพจน์ อัสวพันธ์ธกุล. จากวิกฤตการณ์ สู่มิติใหม่ของสาธารณสุขไทย. ปาฐกถามูลนิธิโกมลคีมทอง ประจำปี 2530. กรุงเทพฯ : สำนักงานพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2530.
- สุวรรณีย์ พลับพลาทอง. ความทันสมัย และภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อักสำเนา.
- อรุณ เนตรศิริ. "ชราภาพ พยาธิสภาพ แนวทางปฏิบัติตน," วารสารสุขภาพ. 3(4) : มกราคม 2518.
- อุตตราพร บุณนาค. ปัญหาและความต้องการของคนชราในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2518. อักสำเนา.
- โอภาส ธรรมวานิช. โรคเกี่ยวกับภาวะผิดปกติของเส้นเลือดในสมองและสุขภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2511.

- Best, John W. Research in Education. New Delhi : Prentic-Hall of India, 1970.
- Brocklehurst, J. C. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 3rd ed. New York : Churchill Livingstone, 1985.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- David L. Decker. Social Gerontology. Canada : Little, Brown & Company, 1980.
- Edwards, Allen Louis. Statistical Analysis. New York : Rinecart Company, Inc. 1957.
- Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5th ed. McGraw - Hill, Tokyo, International Book, 1981.
- Glady J. Hildreth. "Participation and Enjoyment of Family Maintenance Activities by Eldery women," Family Relation. p. 386 - 390. vol. 29. 1980.
- Hayflick, L. Principle of Geriatric Medicine. New York : Mc Graw-Hill, 1985.
- Hain, Mary Jeanns and Chen Shu-Pi. "Health Needs of the Elderly," Nursing Research. 25 : 433 - 438 ; November - December, 1967.
- Hall, D. A. The biomedical Basic of Gerontology. Bristol John Wright & Sone. Ltd., 1984.
- H. M. Hodkinson. Common Symptom of Disease in the Eldery. London : Blackwell Scientific Publication, 1976.
- Jennie Keith. Old People As People. Canada : Little, Brown and Company, 1982.
- Katzmen and Terry. The Neurology of Aging. Davis Company, Philadelphia, 1983.
- O' Brien, Maureen J. The Care of the Eldery Person. The C. V. Mosby Company, 1975.
- Ronald H. Forges. Perception. McGraw-Hill, Inc., United Stated of America, 1966.

Rossmann, I. Clinical Geriatric. 3rd ed. New York : J. B. Lippincott Co., 1986.

Tissue T. in Kenneth F. Ferraro. "Self Rating of Health Among the Old and the Old-Old," Journal of Health and Social Behavior. 21 : 377 : 380 ; December, 1980.

Townsend Clair. Old Age the last Segregation. 3rd ed. New York : Grassman Publishers, 1971.

Winner, B. J. Statistical Principles in Experimental Design. 2nd ed.

Yamane, Taro. Statistical and Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก .

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

การรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทราบการรับรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้ ความคิดเห็น ตลอดจนการปฏิบัติคนของท่านในปัจจุบัน และเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบในข้อความทุกข้อ คำตอบที่ได้ทั้งหมดจากแบบสอบถามนี้จะใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยขอยืนยันที่จะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และขอขอบคุณต่อการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนตัว
- ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
- ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ

หมายเหตุ

ในแต่ละตอนของแบบสอบถามได้มีคำชี้แจงเพื่อเป็นแนวทางในการตอบให้แก่ท่านไว้แล้ว

แบบสอบถามตอนที่ 1

คำชี้แจง โปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับตัวท่านโดยเขียนเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. ระดับการศึกษา

() อ่านเขียนไม่ได้

() พออ่านออกเขียนได้

() ระดับประถมศึกษา

() ระดับประถมศึกษา

() ระดับอุดมศึกษา

3. สถานภาพการสมรส

() โสด

() อยู่ด้วยกัน

() แยกกันอยู่

() หย่าร้างกัน

() คู่สมรสเสียชีวิต

4. อาชีพเดิม

() รับราชการ

() รับราชการ

() เกษตรกรรม

() รับจ้าง

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ

() มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/ปี

() มีรายได้ 3,001 - 7,000 บาท/ปี

() มีรายได้มากกว่า 7,000 บาท/ปี

6. ภูมิลาเนาเดิม

- () ภาคเหนือ () ภาคกลาง
() ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ () ภาคใต้

7. ประเภทของการเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา

- () ประเภทสามัญ () ประเภทเสียค่าบริการ
() ประเภทบังกาโล

แบบสอบถามตอนที่ 2 (ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องใดช่องหนึ่งที่ท่านเห็นว่าตรงหรือใกล้เคียง
กับความคิด ความรู้ ความคิดเห็น ของท่านในปัจจุบันเพียงช่องเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ความเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากเครหัทกรรม	.....	.....	.....	.....	.....
2	การป้องกันโรค ดีกว่าเป็นโรค	.....	.....	.....	.....	.....
3	เชื่อโรคทำให้มนุษย์ป่วยเป็นโรคคิดเชื่อ	.....	.....	.....	.....	.....
4	ร่างกายต่อต้านเชื่อโรคได้ด้วยภูมิคุ้มกันของ ร่างกาย	.....	.....	.....	.....	.....
5	การพูดคุยถึงเรื่องโรคนัยที่ร้ายแรง ทำให้มี โอกาสเป็นโรคนั้น ๆ ได้	.....	.....	.....	.....	.....
6	การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ	.....	.....	.....	.....	.....
7	มนุษย์ทุกคนมีพื้นฐานทางสุขภาพไม่เหมือนกัน	.....	.....	.....	.....	.....
8	คนอ้วนคือคนที่มีสุขภาพดี	.....	.....	.....	.....	.....
9	สุขภาพดีเป็นพื้นฐานการดำเนินชีวิต	.....	.....	.....	.....	.....
10	การมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนตามหลัก การของสุขภาพ	.....	.....	.....	.....	.....
11	วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม	.....	.....	.....	.....	.....
12	เมื่ออายุมากขึ้นการออกกำลังกายทำให้ สุขภาพเสื่อมโทรม	.....	.....	.....	.....	.....

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13	การพักผ่อนในวันพุธ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย					
14	การกินไข่ในขณะป่วยเป็นไข้อสุก อีใส หรือ เป็นหัด ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น					
15	การกินอาหารทะเลทำให้มีโอกาสเป็นโรค ผู้หญิง (กามโรค)					
16	อาหารที่มีรสเผ็ดจี้กรักษาอาการผ้าฟาง ของควงคาได้					
17	การกินอาหารสด หรือสุก ๆ ดิบ ๆ จำพวก เนื้อสัตว์ ทำให้ร่างกายแข็งแรง					
18	วัยสูงอายุควรกินไข่วันละหลายฟอง					
19	การกินกล้วยแผลทำให้มีบุตรแฝด					
20	โรคเอดส์ติดต่อได้โดยการกินอาหาร และน้ำร่วมกัน					
21	โรคเบาหวานติดต่อได้ทางพันธุกรรม					
22	โรคมะเร็งเป็นโรคติดต่อร้ายแรง					
23	โรคคางทูมเกิดจากเชื้อไวรัส และจะหาย ได้เองภายใน 1 สัปดาห์ โดยไม่ต้องทำ การรักษา					
24	โรคจิตและโรคประสาทเป็นโรคชนิด เดียวกัน					

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
25	สุขภาพทางกายเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับสุขภาพ ทางจิต					
26	ผิวหนังที่เหี่ยวลงในวัยชรา เกิดจากการ สูญเสียชั้นไขมันใต้ผิวหนัง					
27	การเต้นของหัวใจคือการสูบฉีดโลหิตไปตาม หลอดเลือดเพื่อไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย					
28	ยานแผนปัจจุบัน (ยาฝรั่ง) ออกฤทธิ์ในการ รักษาได้รวดเร็วกว่ายาแผนโบราณ					
29	ยานแก้อักเสบ คือยาที่ใช้ต่อต้านและทำลาย เชื้อโรค					
30	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้					

แบบสอบถามตอนที่ 3 (ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องใดช่องหนึ่งที่ท่านเห็นว่าตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน เพียงช่องเดียว

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อยมาก
1	ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร			
2	ท่านล้างมือทุกครั้งหลังจากเข้าห้องน้ำ ห้องส้วม			
3	ท่านกินอาหารจุจกใจ			
4	ท่านไม่กินอาหารรสจัด			
5	ท่านเคี้ยวอาหารจนแน่ใจว่าจะเอี้ยคแล้วจึงกลืน			
6	ท่านกินอาหารจำพวกเนื้อสัตว์น้อยลง			
7	ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังอาหาร			
8	ท่านไม่บริโภคเครื่องดื่มของเมา			
9	ท่านออกกำลังกายตามความเหมาะสมของร่างกาย			
10	หลังกินอาหารในแต่ละมื้อท่านมักเดินเล่น			
11	ท่านซั้บถ่ายอุจจาระเป็นเวลา			
12	เมื่อท่านเกิดความตึงเครียด ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด			
13	ท่านไม่สวมรองเท้าขณะที่เดินบนพื้น หรือสนาม			
14	ท่านข้ามถนนในทางข้าม			
15	ท่านดูแลที่พักอาศัยให้สะอาด เป็นระเบียบไม่รุงรัง			
16	ท่านทิ้งขยะในภาชนะที่เตรียมไว้			

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อยมาก
17	ท่านใช้เวลาว่างเพื่อการนอน			
18	ท่านสนใจในข่าวสารข้อมูล เรื่องสุขภาพ			
19	ท่านตรวจสุขภาพโดยไม่มีผู้ใดแนะนำ			
20	ท่านสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย			
21	ท่านหุดคุดถึงเรื่องสุขภาพกับบุคคลใกล้ชิด			
22	ท่านนอนสบายตาด้วยการไม่อ่านหนังสือในที่ที่มีแสงน้อย			
23	ท่านไม่กินอาหาร และน้ำร่วมกับผู้อื่นเมื่อไม่สบาย			
24	เมื่อไม่สบายท่านเลือกการรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์			
25	ท่านอาบน้ำเมื่อรู้สึกเป็นไข้			
26	ท่านอ่านเอกสารกำกับยาก่อนการใช้ยา			
27	การกินยาแต่ละชนิดท่านคั้นน้ำตามครั้งละมาก ๆ			
28	ท่านซื้อยากินเองเมื่อไม่สบาย			
29	ท่านดูแลเอาใจใส่กับบาดแผลที่เกิดขึ้น			
30	ท่านบำรุงรักษาผิวหนังของท่าน			

ภาคผนวก ช.

คำอ่านจําแนกรายชื่อของแบบสอบถาม

ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบสอบถามการรับรู้ และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
	<u>ด้านการรับรู้</u>	21	4.014	11	2.973
1	6.114	22	4.592	12	4.666
2	2.021	23	6.891	13	4.319
3	3.804	24	5.831	14	2.232
4	5.467	25	3.648	15	3.426
5	2.420	26	4.093	16	3.998
6	2.420	27	3.168	17	4.875
7	2.986	28	3.058	18	5.414
8	4.184	29	6.893	19	3.449
9	2.183	30	4.203	20	3.442
10	3.107		<u>ด้านการปฏิบัติ</u>	21	7.184
11	2.820	1	4.413	22	3.998
12	5.518	2	4.411	23	4.014
13	2.677	3	3.730	24	2.972
14	6.710	4	2.065	25	3.165
15	2.376	5	4.161	26	3.602
16	5.801	6	5.603	27	4.035
17	5.146	7	4.877	28	3.780
18	2.646	8	2.231	29	4.150
19	2.785	9	5.119	30	4.507
20	4.812	10	4.756		

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นายณัฐกร ชื่อสกุล อ่วมบำรุง

เกิดวันที่ 3 เดือนมกราคม พุทธศักราช 2509

สถานที่เกิด เขตบางกอกน้อย จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10700

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 35/7 แขวงบางขุนนนท์ เขตบางกอกน้อย
จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10700

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2531 กศ.บ. (วิชาเอกสุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พลศึกษา

พ.ศ. 2533 กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

ณัฐกร อ่วมบัวรุ่ง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2534

การวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติคน
เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการ
การสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค
จำนวน 188 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า สถิติที่ใช้
ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การทดสอบค่าที การทดสอบความแปรปรวนชนิด 1 ตัวประกอบ และ
ไค-สแควร์

ผลการศึกษา

ด้านการรับรู้

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีความแตกต่างกันในด้านอื่น ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามตัวแปร ระดับการศึกษา อาชีพเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ด้านการปฏิบัติ

5. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสุขปฏิบัติ
6. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษา และประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีความแตกต่างกัน ในด้านอื่น ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพเดิม และภูมิลำเนาเดิม มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

8. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค จำแนกตามตัวแปร ฐานะทางเศรษฐกิจ และภูมิลำเนาเดิม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

HEALTH PERCEPTION AND HEALTH PRACTICE OF THE ELDERS IN BANGKAE
HOME FOR THE AGED PERSONS, BANGKOK METROPOLIS

AN ABSTRACT

BY

NATTHAKORN UAMBAMRUNG

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

April 1991

The study had been carried out with its main purposes for the analyzed and related of health perception and health practice of the eldless in Bangkæe Home for the aged persons students with their variables in sexes ; educational levels ; marital status ; occupational elapse ; economic status ; domicile elapse and type of service welfare. Samples were consisted of 188 elders in Bangkæe Home for the aged persons. The instruments used for collection data were the rating scale type questionnaires. The statistics employed for the analyzed were t-test ; One-Way Analysis of Variance and Chai-Square.

The results obtained from the study were :

Health perception :

1. The health perception of the elders in Bangkæe Home for the aged persons was found good level on health perception.
2. The health perception of elders in Bangkæe Home for the aged persons was according to the difference in educational levels ; occupational elapse ; economic status ; domicile elapse and type of service welfare.
3. The other variable namely, sexes and marital status were not found to have any significant difference.
4. The health perception of the elders in Bangkæe Home for the aged persons variable namely, educational levels ; occupational elapse ; economic status and type of service welfare were found related on health perception significant.

Health practice :

5. The health practice of the elders in Bangkae Home for the aged persons was found in health practice levels. (non-health habits)

6. The health practice of the elders in Bangkae Home for the aged persons was according to the difference in educational levels and type of service welfare.

7. The other variables namely, sexes ; marital status ; occupational elapse ; economic status and domicile elapse were not found to have any significant difference.

8. The health practice of the elders in Bangkae Home for the aged persons vairable namely, economic status and domicile elapse were found related on health practice significant.