

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

สารนิพนธ์

ของ

วิภาวัน ปัญญาเริน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

กันยายน 2552

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

สารนิพนธ์

ของ

วิภาวัน ปัญญาเงิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

กันยายน 2552

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

ของ

วิภาวัน ปัญญาเรือน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

กันยายน 2552

วิภาวัน ปัญญาเรณ.(2552).ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา.สารนิพนธ์
กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อาจารย์วิรัชัญญา วัฒนโธ

การวิจัยในครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ชาวไทลื้อ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้าน
สุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ตามตัวแปรทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้
สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุชาวไทลื้อที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ
ที่ทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ซึ่งได้มาจากการ
เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ
และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติที่เป็นอิสระจากกัน (Independent
t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม
อยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 1
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับ
การศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ
สมรสโสด หรือเคยมีคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. ผู้สูงอายุเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
8. ผู้สูงอายุที่มีการระดับศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
9. ผู้สูงอายุที่มีรายพอใช้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
10. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
11. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน
12. ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน
13. ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 12
14. ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
15. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 14และไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่จะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่
16. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือ ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
17. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
18. ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 17 เพียงบางส่วน

19. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
20. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
21. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
22. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
23. ความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

HEALTH INTERNAL – EXTERNAL LOCUS OF CONTROL AND HEALTH – CARE
BEHAVIOR OF THE THAILUE ELDERLY AT CHAINGKHUM DISTRICT
PHAYAO PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
WIPAWAN PANYAROEN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education degree in Development Psychology
at Srinakharinwirot University

September 2009

Wipawan Panyaroen. (2009). *Health Internal-External locus of control and Health -care Behavior of the Thailue Elderly at Chaingkhum District Phayao Province*. Master's project, M.Ed. (Development Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University.
Project Advisor: Vitanya Vanno.

The purpose of research were: 1) to educate the health -care behavior of the Thailue elderly 2) to compare the health-care behavior and health internal-external locus of control of the Thailue elderly according to the bio-social characteristic variables namely, gender, educational level, marriage status, earnings and living 3) to educate the relation of health internal-external locus of control and health-care behavior of the Thailue elderly.

The samples of this research are 60 up Thailue aged whose working in cultural center and Thailue texture center at Chaingkhum District Phayao Province which is specific sampling from 250 peoples.

The measurement used in this researching are the health internal-external locus of control questionnaires and health-care behavior questionnaires.

The statistics used to analyze the data are Independent t-test, One way ANOVA and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Results:

1. Generally, Thailue elderly in Chaingkhum District Phayao Province have good health-care behavior.
2. Male elderly have better health-care behavior than female elderly at a significant level of .05
3. Higher educated elderly have better health -care behavior than lower educated elderly at a significant level of .05
4. Average earnings elderly have better health -care behavior than not average earnings elderly at a significant level of .05
5. Married elderly have better health -care behavior than single elderly or bachelor elderly at a significant level of .05

6. Elderly lived with family have better health -care behavior than elderly lived alone at a significant level of .05

7. Male elderly have health internal locus of control more than female elderly at a significant level of .05

8. Higher educated elderly have health internal locus of control more than lower educated elderly at a significant level of .05

9. Average earnings elderly have health internal locus of control more than not average earnings elderly at a significant level of .05

10. Married elderly have health internal locus of control more than single elderly or bachelor elderly at a significant level of .05

11. Elderly lived with family and elderly lived alone have health internal locus of control not to different

12. Female elderly and male elderly have health powerful others locus of control not to different

13. Uneducated elderly have health powerful others locus of control less than primary educated and lower than primary educated .This research is to reverse to 12 th hypothesis

14. Average earnings elderly have health powerful others locus of control more than not average earnings elderly at a significant level of .05 which research is to reverse to 12 th hypothesis

15. Single elderly have health powerful others locus of control less than married elderly and found out that bachelor elderly have health powerful others locus of control more than married elderly which research is to reverse to 12 th hypothesis

16. Elderly lived with family have health powerful others locus of control more than elderly lived alone at a significant level of .05

17. Female elderly have health chance locus of control more than male elderly at a significant level of .05

18. Uneducated elderly have health chance locus of control more than lower than primary educated and primary educated and found out that lower than primary educated have health chance locus of control more than primary educated which is conform to 14 th hypothesis not complete

19. Not average earnings elderly have health chance locus of control more than average earnings elderly at a significant level of .05

20. Single or bachelor elderly have health chance locus of control more than married elderly at a significant level of .05

21. Elderly lived alone have health chance locus of control more than elderly lived with family at a significant level of .05

22. Health internal locus of control and health powerful others locus of control have the positive relationship with the health -care behavior at a significant level of .01

23. Health chance locus of control have the negative relationship with the health -care behavior at a significant level of .01

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้โดยความกรุณาของ อาจารย์ วิธัญญา วัฒนโธ อาจารย์ที่ปรึกษา
สารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำและช่วยชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ ทำให้การทำสารนิพนธ์
ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม และรองศาสตราจารย์ วัฒนา
ศรีสัตย์วาจา ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า ให้คำแนะนำ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อ
การทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ ที่ให้ความช่วยเหลือ
และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและมอบคุณค่าของงานวิจัยครั้งนี้ให้กับบิดา มารดาและ
บุรพคุณอาจารย์ทั้งหลาย ที่กรุณาอบรมสั่งสอน ตลอดจนประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้กับผู้วิจัยมาตั้งแต่
ต้นจนถึงปัจจุบัน

วิภาวัน ปัญญาเริน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
นิยามปฏิบัติการ.....	7
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุสูงอายุ.....	13
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	13
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	14
การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	20
ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	20
ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	20
องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	24
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับปัจจัยทางชีวสังคม.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	31
ความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ.....	32
ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพและปัจจัยทางชีวสังคม.....	35
ประวัติและความเป็นมาของชาวไทลื้อ.....	44
วิถีชีวิต จารีต ประเพณีและวัฒนธรรมของชาวไทลื้อ.....	45
ชาวไทลื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	48
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล.....	53
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผล.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	103
บรรณานุกรม.....	104
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก.....	112
ภาคผนวก ข.....	115
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	132

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ....		56
2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรเพศ รายได้ และ ลักษณะความเป็นอยู่.....		58
3 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน.....		60
4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่.....		60
5 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน.....		61
6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่.....		62
7 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ.....		63
8 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรรายได้.....		65
9 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรลักษณะความเป็นอยู่.....		67
10 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน.....		69
11 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่.....		69
12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน.....		70

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่.....	71
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน.....	72
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความ บังเอิญด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่.....	73
16	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน.....	74
17	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่.....	74
18	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่น ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน.....	75
19	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่.....	76
20	วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน...	77
21	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความ บังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่.....	77
22	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ ผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	78

บัญชีภาพประกอบ

ตาราง	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 แสดงรูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน.....	33

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเสียชีวิตลดลง จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย คือ จำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยที่เป็นเด็กลดลง ในขณะที่ประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยปี 2537 มีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 และปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2550: 1)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ทั้งโรคเรื้อรังและโรคที่รักษาไม่ค่อยได้ผล ซึ่งเคยเชื่อกันว่าโรคของผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมชราของสังขาร แต่ภายหลังที่คณะแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยดุ๊กสหรัฐอเมริกาได้ทำการศึกษา แล้วปรากฏว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 เท่านั้นที่เป็นโรคของผู้สูงอายุ และบุคคลที่ได้รับการรักษาตัวเป็นอย่างดีก่อนที่จะสูงอายุมักจะเป็นโรคของผู้สูงอายุน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สนใจสุขภาพตัวเอง (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542: 3) ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าโรคของผู้สูงอายุ นอกจากเกิดจากความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายแล้ว ยังเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจที่พบบ่อยได้แก่ ได้แก่ 1.) โรคอ้วน 2.) โรคเบาหวาน 3.) โรคความดันโลหิตสูง 4.) โรคหัวใจขาดเลือด 5.) โรคไขมันในเลือดสูง 6.) โรคข้อเสื่อม 7.) ท้องผูก 8.) นอนไม่หลับ 9.) ต้อกระจก 10.) ต้อหิน 11.) โรคสมองเสื่อม 12.) ปัญหาสุขภาพจิต (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2542: 1)

จากการรายงานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า โรคที่พบในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้าบุคคลสนใจดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมที่เป็น

ประโยชน์กับผู้สูงอายุในด้านการป้องกันการเกิดโรค การส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตรอดและมีภาวะสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก็คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะความเป็นอยู่ ซึ่งปัจจัยทางชีวสังคมเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั้น (กรรณิการ์ กันธะรักษา.2527: 6) ซึ่งสภาพแวดล้อมของบุคคลจะแตกต่างกันตามปัจจัยทางชีวสังคมของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับ โอเร็ม (Orem.1991: 136-138) ซึ่งได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตนเองประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานภาพ ที่อยู่อาศัยและครอบครัว แบบแผนการดำเนินภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ต่างๆและประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่

นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2534: 113; อ้างอิงจาก กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา .2542 :3) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) หรือความเชื่อหรือการรับรู้ว่าการเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) หรือความเชื่อหรือการรับรู้ว่าการเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของบุคคลอื่น ซึ่งแนวคิดนี้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของจูเลียน รอตเตอร์ การศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่ ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

แม้ปัจจุบันจะมีแผนสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่ระบบสาธารณสุขยังไม่สามารถเข้าถึงและครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ คือผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งนี้เพราะระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาด้านสาธารณสุขยังมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลแบบตั้งรับโดยวิธีการเป็นผู้ให้บริการ มากกว่าการ

รุกเข้าไปในชุมชนซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจะได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้สูงอายุในเขตนอกเทศบาล (ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ.2550: 5)

ผู้สูงอายุชาวไทลื้อซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่อพยพมาอยู่ในประเทศไทยก็เป็นส่วนหนึ่งในจำนวนผู้สูงอายุเหล่านั้น ที่ระบบสาธารณสุขยังไม่สามารถเข้าถึงและครอบคลุม และส่วนใหญ่จะยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากชาวไทลื้อจะมีความเชื่อที่เฉพาะเช่น เมื่อเจ็บป่วยจะรักษาโดยพบหมอชาวบ้าน ซึ่งไม่ได้เรียนวิชาทางการแพทย์มาโดยตรงแต่รักษาแบบใช้สมุนไพรหรือพิธีกรรมต่างๆ เช่น ใช้น้ำมันตี่มเพื่อรักษาความเจ็บป่วย ทำพิธีกรรมเลี้ยงผี ส่งเคราะห์หรือสืบชะตาเพราะเชื่อกันว่า เหตุที่ได้รับ ความเจ็บป่วยเพราะทำผิดหรือทำให้ผีบ้านผีเรือนโกรธ หรืออาจใช้พืชผักสมุนไพรในการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของบาปกรรม จึงไม่ได้สนใจในการดูแลสุขภาพ และมุ่งที่จะทำบุญสร้างกุศลเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงและนิยมทอดขี้ผึ้งไปถวายที่วัด เพราะเชื่อว่าเมื่อตายไปแล้วจะได้เกาะชายตุงนี้ขึ้นสู่สวรรค์ (รัตนา พรหมพิชัย.2540: 67)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุชาวไทลื้อยังมีการบริโภคอาหารที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ โดยส่วนมากจะรับประทานเฉพาะผัก ซึ่งจะปลูกเองหรือรับประทานอาหารป่า และอาหารพวกปิ้งๆย่างๆและไหม้เกรียมอาหารที่สุกๆดิบๆ เช่น ลาบ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 40 ยังบริโภคน้ำฝน เป็นน้ำดื่ม ซึ่งปัจจุบันสภาพแวดล้อมไม่เหมือนเดิมทำให้มีการปนเปื้อนสารพิษได้ (รายงานผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน จังหวัดพะเยา พ.ศ. 2545-2549: 4) และยังพบว่าผู้สูงอายุชาวไทลื้อยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 22.3 และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.5 และมีความเตรียมพร้อมด้านสุขภาพ ร้อยละ 10.7 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุชาวไทลื้อยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จังหวัดพะเยา.2545: 10)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นยังพบว่าผู้สูงอายุชาวไทลื้อยังมีวิถีการดำเนินชีวิตและความเชื่อเฉพาะ และยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม และการบริการสาธารณสุขรวมทั้งการได้รับข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ตามตัวแปรชีวสังคม ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อด้วย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่
3. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงาน เพื่อวางแผนพัฒนา ปรับปรุง และจัดบริการในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา เพื่อลดภาวะการณึ่งพึ่งพาครอบครัวและสังคม และทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสามารถดำรงไว้บทบาทของตนเองได้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ เป็นผู้สูงอายุชาวไทลื้อที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งทำงานที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พ.ศ. 2551 จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวไทลื้อซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พ.ศ. 2551 ซึ่งได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 250 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยด้านชีวสังคม ซึ่งได้แก่

1.1 เพศ

1.1.1 ชาย

1.1.2 หญิง

1.2 ระดับการศึกษา

1.2.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ

1.2.2 ต่ำกว่าประถมศึกษา

1.2.3 ระดับประถมศึกษา

1.3 รายได้

1.3.1 ไม่พอใช้

1.3.2 พอใช้

1.4 สถานภาพสมรส

1.4.1 โสด

1.4.2 มีคู่

1.4.3 เคยมีคู่

1.5 ลักษณะความเป็นอยู่

1.5.1 อยู่ตามลำพัง

1.5.2 อยู่กับบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง

2. ตัวแปรตาม คือ

2.1 ความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ

- ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
- ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ
- ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปโดยนับอายุเต็มและ เป็นผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ที่มาทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

2. **ชาวไทลื้อ** หมายถึง เป็นชาวไทยกลุ่มหนึ่ง มีถิ่นฐานเดิมอยู่ในแถบสิบสองปันนาของจีนซึ่ง มีวัฒนธรรมอันเป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่น เช่น การแต่งกาย ศิลปะและประเพณีต่าง ๆ แล้วอพยพย้ายถิ่นฐาน มาอาศัยอยู่อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

3. **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

3.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ

3.2 ต่ำกว่าประถมศึกษา หมายถึง เรียนจบต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

3.3 ระดับประถมศึกษา หมายถึง เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

4. **รายได้** หมายถึง การรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ว่ามีรายได้เพียงพอหรือไม่ เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน แบ่งได้ดังนี้

4.1 ไม่พอใช้ หมายถึง รายได้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย

4.2 พอใช้ หมายถึง รายได้ในแต่ละเดือนเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย

5. **สถานภาพสมรส** หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี ภรรยา แบ่งได้ดังนี้

5.1 โสด หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีสามีหรือภรรยา

5.2 มีคู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามีภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

5.3 เคยมีคู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีตแต่ปัจจุบันไม่ได้อยู่ด้วยกันเพราะเสียชีวิตหรือแยกกันอยู่

6. **ลักษณะความเป็นอยู่** หมายถึง บุคคลหรือครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

6.1 อยู่ตามลำพัง หมายถึง อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่ครอง

6.2 อยู่กับบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง หมายถึง อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นนอกเหนือจากคู่ครอง เช่น บุตรหลาน ญาติพี่น้อง

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (Internal-External Health Locus of Control) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) หมายถึง การรายงานของผู้สูงอายุชาวไทยถือว่าสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองไม่ว่าจะเป็นไปในด้านดีหรือไม่ดีก็ตาม ตัวแปรนี้ประเมินได้จากคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

1.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) หมายถึง การรายงานของผู้สูงอายุชาวไทยถือว่าสุขภาพของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง บุคคลที่เคารพนับถือ แพทย์และพยาบาล ตัวแปรนี้ประเมินได้จากคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

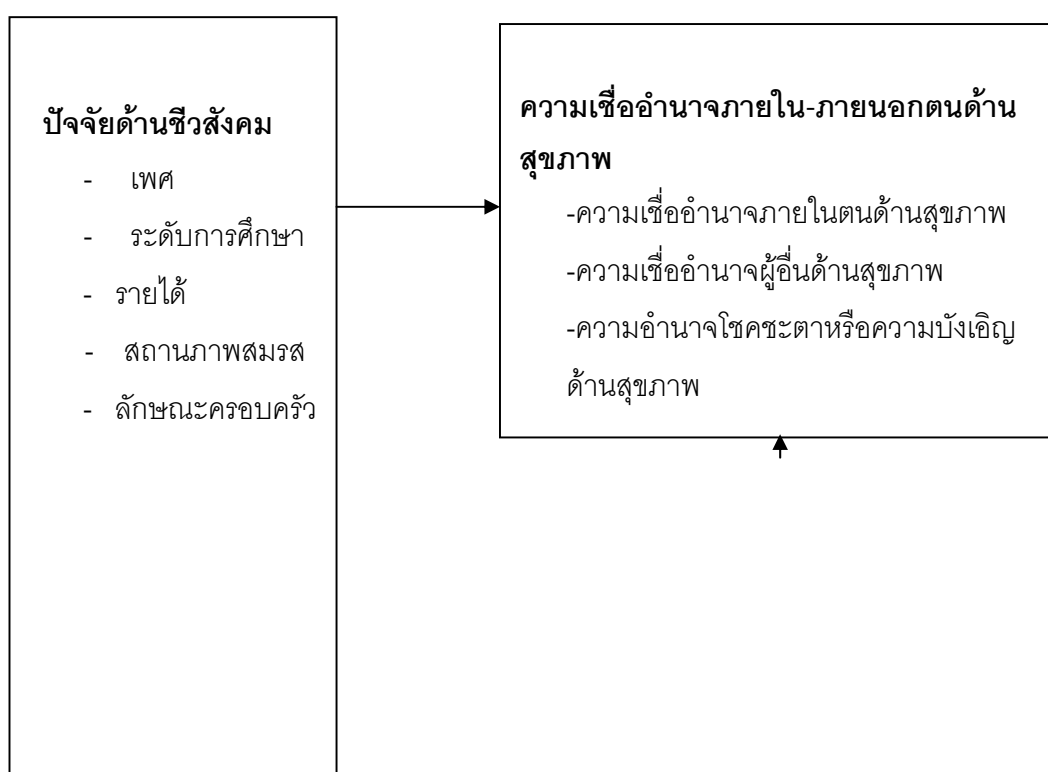
1.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) หมายถึง การรายงานของผู้สูงอายุชาวไทยถือว่าสุขภาพของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองแต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่าง ๆ จากภายนอก ได้แก่ ความบังเอิญ โชคชะตา อำนาจเหนือธรรมชาติ ตัวแปรนี้ประเมินได้จากคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

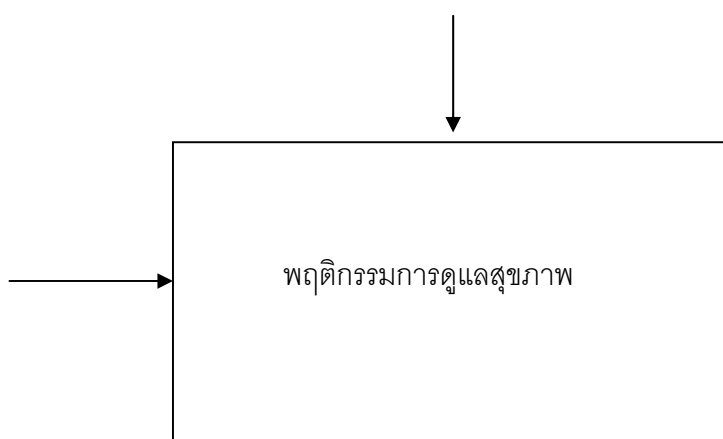
ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ สามารถวัดได้จากแบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ของวอลสตัน (Wallston, 1978:160-170) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527:158-161) โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 3 มิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริงเลย ถึงจริงมากที่สุด โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 ความเชื่อในแต่ละด้านมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ รวมเป็น 18 ข้อ คะแนนต่ำสุดในแต่ละด้าน คือ 6 คะแนนและคะแนนสูงสุดในแต่ละด้าน คือ 36 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความเชื่อด้านนั้นมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความเชื่อด้านนั้นน้อย

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การรายงานของผู้สูงอายุชาวไทยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ สวัสดิภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด

เป็นโทษ ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ วณิตา กองแก้ว (2549: 150) โดยมีข้อคำถามลักษณะทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า





ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือเคยมีคู่
5. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
6. ผู้สูงอายุเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

7. ผู้สูงอายุที่มีการระดับศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้
9. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่
10. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
11. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
12. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า
13. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้
14. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่
15. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือ ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
16. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
17. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า
18. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้
19. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่
20. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง
21. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
22. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

23. ความเชื่ออำนาจโชคลาภหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- 2.2 ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- 2.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- 2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับปัจจัยทางชีวสังคม

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ

- 3.1 ความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ
- 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ
- 3.3 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและ

ปัจจัยทางชีวสังคม

4. ประวัติและความเป็นมาของชาวไทลื้อ

- 4.1 ประวัติและความเป็นมาของชาวไทลื้อ
- 4.2 วิถีชีวิต จารีต ประเพณีและวัฒนธรรมของชาวไทลื้อ
- 4.3 ชาวไทลื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย คำว่า “ผู้สูงอายุ” เริ่มใช้แทนคำว่า “ความแก่หรือความชรา” ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2505 โดยคุณหลวงอรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นผู้เสนอให้ใช้ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542: 14) และตามความหมายในพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้ที่มีอายุมาก

บรรลุ ศิริพานิช (2526: 40) ได้ให้ความหมายของ ผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งเน้นเกณฑ์ที่องค์การสมัชชาโลก ได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล ในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับเดือนใจ รัตตกร (เดือนใจ รัตตกร .2540: 12;อ้างอิงจาก กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542: 13) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหรือวัยชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง พัฒนาการของชีวิตซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ โดยทั่วไปแล้วถือว่าเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับทุกคนซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปล่อยปละละเลย ไม่รักษาสุขภาพ (เพ็ญแข ประจันปัจฉนีก. 2544: 1; อ้างอิงจาก สุรกุล เจนอบรม.2534: 2) นอกจากนี้ สุจินต์ ปริษามารอด (2535: 499) ได้แบ่งการสูงอายุออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Gerontologic aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทินโดยนับจากปีที่เกิดมาจนถึงปัจจุบัน
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การสูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพและหน้าที่ของร่างกายที่ปรากฏระหว่างที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การสูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญาและลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การสูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และสถานภาพของบุคคลในสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงาน สโมสร เป็นต้น

สรุปจากการศึกษาค้นคว้าจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการ ทฤษฎีจากหลายศาสตร์สาขาถูกนำมาอ้างอิงและอธิบายกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการสูงอายุ แต่ก็ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการสูงอายุได้อย่างชัดเจนจึงต้องอาศัยหลายทฤษฎีประกอบกัน จากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีผู้สูงอายุ พบว่ามีการแบ่งทฤษฎีการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (วณิดา กองแก้ว, 2549: 18)

1.3.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา (Biology theory) ได้อธิบายถึง

กระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรคในวัยผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็นดังนี้

1.3.1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดีทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต การสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้นมักเป็นผลร้ายต่อชีวิต โดยมักจะไปทำลายเซลล์ของร่างกายเอง ถ้าเซลล์นั้นเป็นเซลล์ชนิดที่เจริญแล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ ก็จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.3.1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเซลล์มีการทำงานอย่างต่อเนื่องกัน โดยมีการทำงานร่วมกันของ D.N.A. และ R.N.A. เพื่อสังเคราะห์โปรตีนเมื่อคนหรือสัตว์มีอายุมากขึ้นยีนของผู้นั้นจะค่อย ๆ เกิดความผิดปกติ กล่าวคือ มีการส่งต่อข้อมูลทางพันธุกรรม (Genetic Code) ผิดพลาดไปจากเดิม ความผิดปกตินี้จะค่อย ๆ มากขึ้นจนถึงจุดหนึ่งที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.3.1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อมทำลายของเซลล์ภายในร่างกาย เป็นผลมาจากการมีสะสมของเรดิคัลอิสระ (Free Radical) ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนในเซลล์ปกติ สารประกอบเคมีเหล่านี้ จะมีปฏิกิริยาสูงกับสารอื่นๆ ภายในเซลล์ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายและรื้อไหลของผนังเซลล์ได้ง่าย จนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป

1.3.1.4 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้จะเปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตเหมือนกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานนานๆ ย่อมมีการสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตสามารถที่จะซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอนั้นได้เองและสามารถใช้งานต่อไปได้ โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทน แต่สำหรับเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ของประสาทและกล้ามเนื้อลาย เซลล์พวกนี้จะค่อย ๆ เสื่อมโทรมลงและตาย ทำให้การทำงานที่ของอวัยวะส่วนนั้นลดลง และกระบวนการเหล่านี้จะมีอัตราของการเสื่อมและถดถอยสูงต่ำแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใดในแต่ละบุคคล

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีทางชีววิทยาที่กล่าวมานั้น มุ่งอธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โครงสร้างของเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตจนถึงเสื่อมโทรม ทฤษฎีกลุ่มนี้จะมองการสูงอายุนั้นในด้านของความเสื่อมและความดับของสภาวะความมีชีวิต และจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยามีความเสื่อมตามธรรมชาติ ทำให้เกิดโรคต่างๆตามมามากมาย แต่ผู้สูงอายุบางส่วนก็ยังแข็งแรงอันเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพซึ่งแตกต่างกัน ตามปัจจัยหลายประการ

1.3.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) มีการเชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย (วณิตา กองแก้ว .2549: 19) ซึ่งมี 2 แนวคิด คือ

1.3.2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคง อ่อนน้อม มีความรักแบบถ้อยถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างก็จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข

ทฤษฎีนี้ได้มองความมีอายุในลักษณะของสภาวะการปรับตัวของสังคมและบุคลิกภาพของคนว่า ในวัฏจักรแห่งชีวิตของคนจะมีพลวัตรของสังคมอยู่ในตนเองที่คนจะต้องปรับตัวด้วยการยอมรับถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงที่คงให้สมดุล เพื่อความอยู่รอดได้ในสังคม ซึ่งมีพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น คือ การมีสุขภาพดียอมรับความจริงและมีความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้ที่ประสบปัญหาล้มเหลวในการปรับตัวจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ไม่ยอมรับความจริง และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ปยุณัท ตูลยะเสถียร.2550: 14)

1.3.2.2 ทฤษฎีความปรารถนา (Intelligence theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีความปรารถนาและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ก็ด้วยความเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

1.3.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociologic theory) ได้อธิบายสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสังคม เนื่องจากพัฒนาการของแต่ละบุคคลและผลจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมโดยเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งประกอบไปด้วยทฤษฎีต่างๆดังต่อไปนี้

1.3.3.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนีหรือถดถอยจากคนอื่น ๆ ในสังคม เปิดโอกาสให้ผู้อาวุโสได้น้อยกว่าได้แสดงบทบาทในสังคมมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าคุณมีความสามารถลดลง สุขภาพที่เสื่อมถอย ทั้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ บุตรแยกครอบครัวไป คู่สมรสเสียชีวิตหรือตนเองหมดสภาพหัวหน้าครอบครัว

1.3.3.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory)

ฮาวิเฮิร์สต์ (Havighurst .1972) ได้เสนอแนวคิดว่าคุณคนจะปฏิเสธความสูงอายุนานเท่าที่จะทำได้ ซึ่งทฤษฎีนี้สะท้อนความเชื่อว่า อัตมโนทัศน์ของบุคคลถูกพัฒนาขึ้นผ่านการทำกิจกรรมในหลายๆ บทบาท การสูญเสียบทบาทผู้สูงอายุส่งผลทางลบต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เลมอน(Lemon .1972) ได้ทดสอบทฤษฎีนี้และพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ กับความพึงพอใจในชีวิต พวกเขาสรุปว่าคุณภาพหรือรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณของกิจกรรม และได้เสนอลักษณะของกิจกรรมว่าควรมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและให้ความพึงพอใจในชีวิต หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่ชอบหรือรู้สึกว่าคุณไร้ค่า การมีส่วนร่วมในสังคมและกิจกรรมที่สนใจจะช่วยในการรักษาสุขภาพและบุคลิกภาพของบุคคลไว้ได้ ทำให้ดำรงชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข

1.3.3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็ย่อมจะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่อมีอายุมากขึ้น

สรุปจากการศึกษาค้นคว้าจึงสรุปได้ว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้แบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎีใหญ่ ๆ ด้วยกัน ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ซึ่งได้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ ทฤษฎีทางจิตวิทยา ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุและทฤษฎีทางสังคมวิทยา ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของ

สถานะทางสังคม แต่จะพบว่าทฤษฎีเหล่านี้ไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายสาเหตุแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด แต่ทฤษฎีเหล่านี้สามารถที่จะนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการเข้าใจถึงสาเหตุแห่งความชรา บุคลิกภาพ พฤติกรรม รวมทั้งบทบาทและสภาพภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงได้

1.4 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

เพ็ญแข ประจันปัจฉนิก (2544: 15) ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนี้

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ

1.4.1.1 ระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต หลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงและส่วนประกอบทางเคมีของเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดมีความยืดหยุ่นน้อย เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ น้อยลง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

1.4.1.2 ระบบหายใจ ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้ช้าลง เป็นผลให้การขยายตัวและการหดตัวของช่องทรวงอกลดลง ความจุของปอดลดลง มีอากาศค้างในปอดเพิ่มขึ้นทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำลง อัตราการหายใจช้ามีความรู้สึกเหมือนหายใจไม่อิ่ม จึงทำให้เกิดโรคปอดขึ้นได้ง่ายในวัยนี้

1.4.1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กระดูกจะบางลงและเปราะง่าย เมื่อประสบอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย กระดูกจะหักง่ายและหายช้า นอกจากนี้ข้อต่อกระดูกมีการเสื่อมลง ทำให้ปวดหลัง หลังโก่ง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดเหยียด อ่อนแรง ทำให้การเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว เกิดการปวดเจ็บบริเวณข้อต่างๆ

1.4.1.4 ระบบย่อยอาหาร ฟันของผู้สูงอายุหักโยกคลอน เจ็บปวด บางรายเหลือแต่เหงือกการเคี้ยวอาหารทำได้ไม่ดี ต่อม น้ำลายเล็กลง ผลิตน้ำลายได้น้อยลง ปลายประสาทสำหรับรับรสในลิ้นเสื่อมลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย การย่อยและการดูดซึมไม่ดี ทำให้ขาดสารอาหาร วิตามินและเกลือแร่

1.4.1.5 ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะขาดความตึงตัว เหี่ยวแห้ง หย่อนยาน เนื่องจากจำนวนน้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อยลง เลือดมาเลี้ยงผิวหนังน้อย

1.4.1.6 ระบบขับถ่าย ผู้สูงอายุจะมีการถ่ายปัสสาวะน้อย เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ผู้สูงอายุเพศชายอาจมีปัญหาถ่ายปัสสาวะลำบาก เนื่องจากต่อมลูกหมากโต ท้องมักจะผูก เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน

1.4.1.7 ระบบประสาท ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทลดลง การรับรู้ความรู้สึกจากประสาททั้งห้าลดลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง

1.4.1.8 ระบบสืบพันธุ์ เพศหญิงเยื่อบุช่องคลอดบางลง ของเหลวที่ช่วยในการหล่อลื่นช่องคลอดน้อยลง ช่องคลอดแคบและหดสั้น เมื่อมีเพศสัมพันธ์จึงเจ็บปวด เพศชายมีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน แต่ปรากฏชัดกว่า ความสามารถทางเพศอาจลดลง ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง

1.4.1.9 ระบบต่อมต่างๆ ระบบต่อมต่างๆ จะเสื่อมลง ผิวหน้าเหี่ยวย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดน้อยลง ผิวหน้าแห้ง การปรับตัวของร่างกายไม่ดี ทำให้ทนต่อสภาพความเปลี่ยนแปลงของอากาศไม่ได้

1.5.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

อีริกสัน (อามา ไจงาม. 2533: 41อ้างอิงจาก Erikson. 1980: 85-90) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุว่าเป็นระยะที่รู้สึกว่าคุณค่าหรือสิ้นหวัง (Ego integrity versus despair) โดยผู้สูงอายุที่พบว่าชีวิตมีคุณค่า คือ ผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขความสำเร็จ มีความเจริญก้าวหน้า จะแสดงออกโดยมีความเฉลียวฉลาดเข้าใจโลก เข้าใจตนเอง ตระหนักในคุณค่าตนเอง ยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงข้ามกับคนที่ไม่ยอมรับชีวิตจะมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนนั้นด้อยโอกาส และต้องการให้ชีวิตยืนยาวต่อไป เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และความเผชิญหน้ากับความสูงอายุลดน้อยลง นอกจากนี้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่นคู่ชีวิต เพื่อนวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลที่เป็นที่รัก ก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย การสูญเสียความสำคัญทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากงาน คือ การเกษียณอายุ ขณะเดียวกันสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย ทำให้ความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ เสียความภูมิใจในตนเอง สูญเสียความนับถือที่ตนเคยได้รับ ขณะเดียวกันทำให้สูญเสียรายได้ อีกทั้งการสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ที่ยื่น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว รู้สึกเจ็บเหงาเกิดความซึมเศร้าและเบื่อหน่าย

1.5.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียสถานภาพและบทบาทของสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางหน้าที่การงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ จึงรู้สึกสูญเสียอำนาจ หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมภายนอก มีส่วนกระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น การถูกทอดทิ้ง เพราะบุตรหลานต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาความว้าเหว่ รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหมดความหมาย

สรุปจากการศึกษาค้นคว้าจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นความเจริญด้านร่างกายก็จะลดลง การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับทุกระบบ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเองและมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุดท้ายคือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคมโดยภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงจากข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในการติดต่อสื่อสาร คิดกระทำการต่างๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้นทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมาซึ่งโรคบางโรคสามารถที่จะชะลอหรือป้องกันได้ถ้าหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติได้ หรือบางคนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เป็นผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาได้

ดังนั้น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงนับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในการที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมที่นับวันจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในบั้นปลายชีวิตได้อย่างมีความสุขที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ

2.แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

2.1 ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534: 115) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่บุคคลกระทำเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ รวมถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ สรุปได้ว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของ สุจินต์ ปริชามารถ (2535: 60) ที่ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติทางสุขภาพ และเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีพันธุกรรมและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี แต่ถ้าขาดซึ่งการปฏิบัติที่ดีและถูกต้องเหมาะสมแล้วบุคคลนั้นจะมีสุขภาพที่ดีไม่ได้และพฤติกรรมสุขภาพจะแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อถือ ความสนใจ การเห็นคุณค่า เป็นต้น

สวนพันธุ์ทิพย์ รามสูตร (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร .2540: 141-142; อ้างอิงจาก วณิดา กองแก้ว.2549:38) ได้อธิบายว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและงดกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

สรุปจากการศึกษาค้นคว้าจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะทางสุขภาพที่สมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากเพราะว่าถึงแม้ว่าบุคคลนั้นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ แต่ถ้าขาดซึ่งการปฏิบัติตนที่ดีและถูกต้องเหมาะสมแล้วบุคคลนั้นจะมีสุขภาพที่ดีไม่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดี

2.2 ประเภทของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ซึ่งการให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงร่วมกับการมีโรคประจำตัว การดูแลสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้

เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ซึ่งรักษาไว้เพื่อชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบ่งได้ดังต่อไปนี้ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542: 24)

2.2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร

อาหาร การดูแลสุขภาพในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกันการทรุดโทรมเร็วเกินไปของร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหารโดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย อดไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมันให้น้อยลงโดยเฉพาะไขมันที่มีกรดอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทรายมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 25)

น้ำ ในกระบวนธาตุอาหารทั้ง 6 ชนิด น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด เพราะถ้าขาดแล้วจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลาย ละลายสารต่างๆ ภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วหรือประมาณ 1,500 -2,000 ซี.ซี. อาจได้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ เพราะนอกจากนอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มในปริมาณมาก (บริบูรณ์ พรพิบูรณ์. 2535: 95)

2.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น ทำให้มีการเสื่อมของเซลล์ร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายที่กระทำอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ทั้งระบบการเคลื่อนไหว ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบประสาทนอกจากนี้การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อจิตใจในการลดความเคร่งเครียดได้ทันที ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสมรรถภาพของร่างกายดี ทำให้สุขภาพจิตดีด้วย (วณิตา กองแก้ว.2549:47) นอกจากนี้ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุยังมีประโยชน์อีกหลายประการ อาทิ เช่น ช่วยลดการเสี่ยงต่อการตายก่อนวัยสมควร โดยจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน

โรคไข้มันในเลือดสูง ซึ่งการออกกำลังกายที่กระทำอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุจะช่วยให้ระบบต่างๆในร่างกายไม่ว่าจะเป็นระบบการไหลเวียนโลหิต ปอด หัวใจ การขับถ่ายทำงานดีขึ้น รวมทั้งทำให้การทรงตัวและควบคุมน้ำหนักตัวดีขึ้น ตลอดจนช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และอดทนยิ่งขึ้น จึงส่งผลให้เดินได้คล่องแคล่ว ไม่หกล้ม อีกทั้งการออกกำลังกาย ยังช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ทำให้อ่อนหลับสบาย ส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น (วิภา นุราณเศรษฐ.2546: 48-53; อ้างอิงจาก วณิดา กองแก้ว.2549: 47)

2.2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการนอนหลับและพักผ่อน

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้สูงอายุ คือ การลดลงของช่วงเวลาการนอน ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับจะมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งทางร่างกาย มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับง่าย และการนอนไม่หลับเป็นเวลานานยังส่งผลทำให้เกิดความเครียด เบื่ออาหาร จนลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลงได้ จะเห็นได้ว่าการนอนหลับในผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก (สุขภาพเพื่อชีวิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.2541: 86-87)

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ แบ่งออกได้ 2 สาเหตุ คือ สาเหตุภายนอก และสาเหตุภายในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุภายในเกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย เช่น การปวดข้อ ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้า ผู้สูงอายุต้องอาศัยการปรับตัวอยู่ระยะหนึ่ง ซึ่งช่วงของการปรับตัวนี้ จะมีผลกระทบต่อบแผนการนอนของผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมบางอย่าง เช่น การออกกำลังกาย ถ้ามีการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้อ่อนหลับได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายมากเกินไป อาจทำให้เกิดความเครียด และนอนไม่หลับได้ ส่วนสาเหตุภายนอกที่ร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับคือสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง รวมถึงการใช้ยานอนหลับ

การนอนไม่หลับของผู้สูงอายุมีผลต่อกิจวัตรประจำวัน สุขภาพ และการเข้าร่วมสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการดูแลสุขภาพตนด้านการนอนหลับและพักผ่อนที่เหมาะสม เพราะการนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด (สิริพร กาญจนะประโชติ.2546:15)

2.2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำสิ่งต่าง ๆ และการคล่องตัวลดลง อีกทั้งยังมีการเสื่อมของเซลล์ร่างกาย ทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานลดลง อาทิเช่น ระบบสายตา ซึ่งเมื่อสูงวัยขึ้นผู้สูงอายุจะมีการมองเห็นไม่ชัดเจน ส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น รวมทั้งระบบกระดูกซึ่งมีการพรุนและบางตามอายุ ทำให้กระดูกแข็งแรงลดลงและหักได้ง่ายเมื่อเกิดอุบัติเหตุลัดตกหกล้ม ดังนั้น จึงควรมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุที่ถูกต้อง

เหมาะสม เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ และจากการศึกษาข้อมูลพบว่า อุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การหกล้มและกระดูกหัก พบได้มากที่สุดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ตกบันได ตกเก้าอี้ หกล้มจากการเดินปกติ หกล้มในห้องน้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ผลที่ตามมาคือกระดูกหัก เพราะผู้สูงอายุกระดูกจะเปราะมากขึ้นตามอายุ และการติดของกระดูกก็จะช้ากว่าวัยหนุ่มสาว มักจะพบว่าเป็นสาเหตุไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้มาก

2. ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก ส่วนมากมาจากการหลงลืม ตามองไม่ค่อยเห็น หรือการที่ก่อกองไฟไม่แข็งแรงพอ ประกอบกับการเผ็ดของข้อต่างๆ ทำให้การเคลื่อนไหวหยาบช้าไม่คล่องตัว เช่น น้ำร้อนลวกจากการหุงต้มเวลาอยู่ใกล้เตาไฟ การยกหม้อข้าว

3. การหิบบยาผิดหรือใช้ยาผิด เพราะสายตาไม่ดีหรือแสงสว่างไม่พอ ประกอบกับการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องรับประทานยาเป็นประจำ และต้องช่วยตนเอง มีการรับประทานยาผิดขนาดหรือลืมรับประทานยา ทำให้มีผลเสียแก่การรักษา และเกิดอันตรายจากการใช้ยาผิดได้ง่าย

4. อุบัติเหตุจากการจราจร พบได้ไม่น้อยในผู้สูงอายุ ที่พบมากที่สุดคือ คนเดินถนนถูกรถชน และผู้โดยสารได้รับบาดเจ็บ สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากสายตาไม่ดี ทนต่อแสงสว่างจำเกินไปไม่ได้ หูได้ยินเสียงไม่ชัด การตัดสินใจไม่ดี มีความเชื่อซ้าในการหลบหลีกรถ

5. อุบัติเหตุเนื่องจากการจัดสิ่งแวดลอมในบ้านไม่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดลอมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ เรียบง่าย และไม่ซับซ้อน จัดสิ่งของต่างๆ ไว้เรียบร้อยไม่เกะกะ สะดวกต่อการเดินของใช้มีเฉพาะเท่าที่จำเป็นจริงๆ พื้นบ้านควรอยู่ระดับเดียวกัน พื้นไม่ลื่น บันไดมีราวเกาะ ห้องนอนไม่ควรอยู่ชั้นบน ถ้าเป็นไปได้ควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้าน ห้องนอนควรอยู่ใกล้ห้องน้ำและมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทดี

2.2.5 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและการหลีกเลี่ยงการเสพติดที่เป็นโทษ

พฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลสุขภาพฟัน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรักษาความสะอาดเครื่องใช้และสิ่งแวดลอม (สิริพร กาญจนะประโชติ.2546: 20)

การดูแลสุขภาพฟันเป็นสิ่งสำคัญ เพราะใช้ในการบดเคี้ยวอาหาร ยังเกี่ยวข้องกับการออกเสียงในการพูดและความสวยงาม เมื่อมีสุขภาพฟันและช่องปากสมบูรณ์ดีย่อมลดความเจ็บป่วยในร่างกายได้ การป้องกันและดูแลสุขภาพในช่องปากและฟัน สามารถทำได้โดยง่ายจากการแปรงฟันอย่างถูกวิธีโดย

สม่ำเสมอ คือหลังรับประทานอาหารทุกครั้งหรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้านอนและหลังจากตื่นนอนตอนเช้า นอกจากนี้ควรได้รับการตรวจสุขภาพทุก ๆ 6 เดือน

การรักษาความสะอาดของร่างกายและเครื่องใช้รวมทั้งสิ่งแวดล้อม ความสะอาดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศไทยเป็นเขตร้อน อากาศร้อน ฝุ่นละอองมาก การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งของเครื่องใช้จึงเป็นสิ่งจำเป็นและจะต้องปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งตอนตื่นนอนและก่อนนอน ดูแลทำความสะอาดและตัดเล็บมือ เล็บเท้าเป็นประจำ ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า รองเท้า เครื่องใช้ ที่นอน เป็นต้น

พฤติกรรมกรรการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ปัจจุบันนี้มีอัตราการป่วยและอัตราการเป็นโรคต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมกรรการบริโภคในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคตับ เป็นต้น ซึ่งภาวะโรคต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีสาเหตุมาจาก พฤติกรรมกรรการบริโภคที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย เช่น สุรา บุหรี่ ชา กาแฟ รวมทั้งการบริโภคยาโดยไม่ได้รับสั่งจากแพทย์โดยตรง (อมรรัตน์ เจริญชัย.2535: 40-56; อ้างอิงจาก วณิดา กองแก้ว.2549:53)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาพฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้านของผู้สูงอายุ เนื่องจาก ผู้วิจัยเชื่อว่าพฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้าน มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็น พฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพด้านการนอนหลับและพักผ่อน พฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมกรรการรักษาสภาพอนามัยส่วนบุคคลและการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ

2.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมกรรการดูแลสุขภาพ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและมีแนวทางปฏิบัติแตกต่างกัน โดยมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้ (วณิดา กองแก้ว.2549:40-41; อ้างอิงจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2534: 171-185)

2.3.1 องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ ภูมิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ การเรียนรู้ ค่านิยม ความสามารถ เป็นต้น

2.3.2 องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปลูกฝังพัฒนาแนวคิด ความเชื่อและการปฏิบัติต่างๆ ตั้งแต่แรกเริ่มของชีวิต ได้แก่ ครอบครัว สังคม เป็นต้น

2.3.3 องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ และค่าใช้จ่ายของประชาชนและประเทศ ทั้งนี้เพราะความเพียงพอและความทั่วถึงของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินมาเกี่ยวข้อง รวมไปถึงการไปรับบริการดังกล่าวของประชาชน ก็ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของประชาชนด้วยเช่นกัน

2.3.4 องค์ประกอบทางการศึกษาเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะความรู้จะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ หากมีความรู้มาก ก็จะมีโอกาสเลือกปฏิบัติได้ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีความรู้น้อย

2.3.5 องค์ประกอบทางการเมือง เป็นองค์ประกอบที่มีผลทางอ้อม แต่มีความสำคัญมาก เพราะการเมืองจะเป็นผู้นำกำหนดนโยบายทางการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการเงินและบุคลากรด้วย

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับปัจจัยทางชีวสังคม

โอเร็ม (Orem. 1991: 136-138) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนเสริมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานภาพที่อยู่อาศัยและครอบครัว แบบแผนการดำเนินภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวเป็นลักษณะภายในของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเปรียบเทียบว่าผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างไร

เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วยระบบสังคมและวัฒนธรรม (Kutner and Kutner. 1979) กำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัวส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและหญิง เพราะเพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้เพศหญิงมีความรู้ดีกว่ามีความสามารถ

ทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 26-27)

ค่านิยมในการให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องหาเลี้ยงครอบครัวและมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535: 133) และผู้สูงอายุชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 29; อ้างอิงจาก เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ .2529: 96) ต่างจากการศึกษาของคัทเนอร์และคัทเนอร์(Kutner and Kutner. 1979: 62-66) พบว่าเพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคมและวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแล ดังนั้นความแตกต่างระหว่างเพศเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จึงยังคงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้

วอลสตัน และเมดส์ (วณิตา กองแก้ว.2549:60; อ้างอิงจาก Wallston and Maides. 1976: 1193) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะชวนหาความรู้มากกว่าเพศชาย คัทเนอร์ และคัทเนอร์ (Kutner and Kutner. 1979: 62-66) ได้ศึกษาปัจจัยด้านเพศและเชื้อชาติที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคมและวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล ลูเบน ไวเลอร์ และชาย (วณิตา กองแก้ว.2549: 61; อ้างอิงจากLubben, Weiler and Chi. 1989: 725-731) ศึกษาการปฏิบัติในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 1,021 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า เพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรม และสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และสังคมมากกว่า เพศชาย ในขณะที่เพศชายมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน วิริยา สุขวงศ์ (2545: 68) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัดความเครียดไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถแสวงหาข้อมูล นำมาคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำได้มากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้อง และดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจนำมาศึกษาในครั้งนี้

คอคเกอร์แฮม (อัครา จันทนิช. 2541: 43; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982: 90) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 110) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกันมีการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการดูแลสุขภาพดีกว่า วิริยา สุขวงศ์ (2545: 69) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามัธยมศึกษา ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา วณิดา กองแก้ว (2549) ศึกษาเรื่อง ลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับดีกว่า และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา

รายได้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

รายได้เป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเพื่ออำนวยความสะดวก ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช้สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิตแต่ทุกคนยอมรับว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล นิรนาท วิทโยคกิตติคุณ (2534: 29) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำ รายได้ไม่พอใช้หรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ สำหรับผู้สูงอายุรายได้ก็มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นอีกตัวแปรที่น่าสนใจมาศึกษาในครั้งนี้

คอคเกอร์แฮม (อัครา จังพานิข. 2541: 43; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982: 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้องต่างกับผู้ที่รายได้น้อยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย วอล์เกอร์ และคนอื่นๆ (Walker and others. 1988: 76-90) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับเด็กและวัยกลางคน ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539:147) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540:109) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่มีรายได้สูงกว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า วิริยา สุขวงศ์ (2545: 69) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,000-13,000 บาท/เดือน และ 13,000 บาทขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า

วณิดา กองแก้ว (2549) ศึกษาเรื่อง ลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กรุงเทพมหานครที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า อัสรา อวรณ์ (2540: 98) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นในที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียง นอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ภัทรพรไพเราะ (2539: 27) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่ชีวิตนั้นเป็นเสมือนเครื่องกันความเครียด หรือมีผลในการดูดซับความเครียดออกไปทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น การมีคู่ชีวิตอยู่ด้วยจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่คู่ชีวิต มีเพื่อนร่วมทุกข์ ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน คู่ชีวิตนั้นมีบทบาทต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ยังคงมีรายงานบางรายงานที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองที่ศึกษาในผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้ สถานภาพสมรสจึงได้จัดไว้เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่นำมาศึกษา

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน วิริยา สุขวงศ์ (2545: 70) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย เราจำกัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก และคู่สมรสเสียชีวิต มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี วณิดา กองแก้ว (2549) ศึกษาเรื่อง ลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก แต่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่แตกต่างกัน

ลักษณะความเป็นอยู่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว และรู้สึกด้อยค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (กรรณิการ์ พัฒนผดุง วิทยา. 2542: 31) เพราะในครอบครัวขยายจะมีบุคคล ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่า ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะครอบครัวจึงได้จัดเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 145) ได้ศึกษาปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตรหลานและญาติ วิริยา สุขวงศ์ (2545: 70) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ แตกต่างกันในการรับประทานอาหาร โดยผู้สูงอายุที่อยู่กับลูกหลานจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าอื่นๆ วนิดา กองแก้ว (2549) ศึกษาเรื่อง ลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่มีลักษณะครอบครัว

เดียว และลักษณะครอบครัวขยาย มรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่เสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวแปรตัวหนึ่งที่จะนำเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย คือ ความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ ตามตัวแปรชีวิตสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะความเป็นอยู่ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ

3.1 ความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ

รอตเตอร์ (Rotter.1966: 1) ได้ให้ความหมายว่า คนที่มีความเชื่อภายในตน (Internal Locus of Control) จะรับรู้สาเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในเป็นผลมาจากลักษณะพฤติกรรมหรือการกระทำของตนซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) จะรับรู้สาเหตุการณ์หรือผลใดๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นไม่ได้เป็นที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเองทั้งหมดแต่เป็นผลจากโชคชะตาเคราะห์กรรม ความบังเอิญ มีอิทธิพลอำนาจผู้อื่นผลักดันให้เป็นไปหรือเป็นสิ่งที่ไม่คาดฝันด้วยอำนาจใดๆ ซึ่งสอดคล้องกับทศนา ทองภักดี (2528:5) ได้ให้ความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตนว่า หมายถึงลักษณะบุคลิกภาพประเภทหนึ่งของบุคคลที่เชื่อว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวต่างๆ ที่ตนประสบเกิดจากการกระทำของตนเองและตนสามารถทำนายและควบคุมให้เป็นไปตามที่ตนต้องการได้มาก

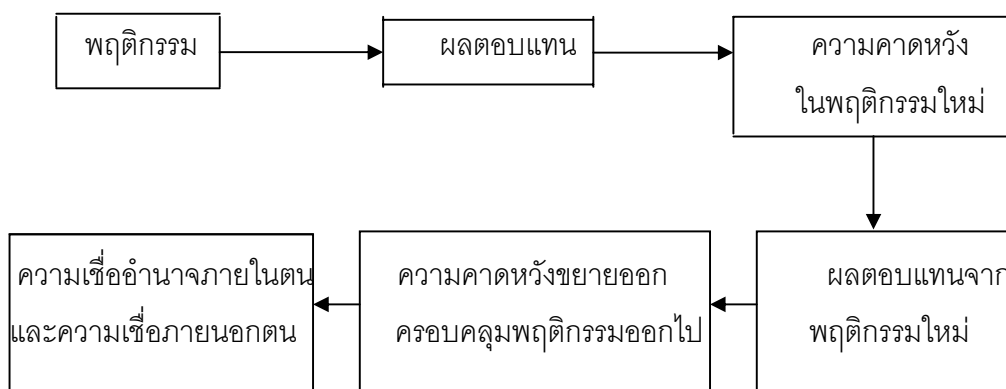
จรรยา สุวรรณทัต (2526: 614) กล่าวว่า ความเชื่อ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ฝังแน่นอยู่ภายใต้ความคิดและความเข้าใจของบุคคล ความเชื่อจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ยึดถือต่างๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นอาจจะไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เนื่องจากความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคลซึ่งมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกัน เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน

จากการศึกษาข้อมูลค้นคว้าสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง บุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองโดยตรงหรือจากความสามารถของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึง บุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นว่าขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝันด้วยอำนาจใด ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเขา เช่น โชคเคราะห์กรรม ความบังเอิญหรืออิทธิพลของผู้อื่น

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ

รอตเตอร์ (Rotter .1966: 2) ได้อธิบายลักษณะทั่วไปของความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนในเชิงการรับรู้ในผลตอบแทนจากการกระทำของบุคคลตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งอธิบายลักษณะของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนว่าเป็นผลตอบแทนอย่างหนึ่งที่ได้จากพฤติกรรมของบุคคล เช่น บุคคลทำดีและได้รับสิ่งตอบแทนที่ทำให้เกิดความพอใจ บุคคลนั้นย่อมก่อให้เกิดความคาดหวัง(Expectancy) ที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิมและถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าผลตอบแทนมิได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังก็จะทำให้ความคาดหวังบุคคลลดลง การลดลงหรือเพิ่มความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหนึ่งก่อนแล้วจึงแผ่ขยาย (Generalize) ไปครอบคลุมพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วย

ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับผลตอบแทนบ่อยๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อนี้ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงกันข้ามหากพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับผลตอบแทนจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ได้รับนั้นไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชคชะตา ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อมบังคับให้เป็น ซึ่งความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ ๆ อีกดังแสดงในภาพ (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527: 18)



ภาพประกอบ 2 แสดงรูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

จากแนวความคิดดังกล่าว รอตเตอร์ (Rotter 1966: 1-2) ได้สรุปความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการรับรู้ต่อผลตอบแทนของการกระทำของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1.บุคคลที่มีความเชื่อภายในตน เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองโดยตรงหรือจากความสามารถของตนเอง

2.บุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตน เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นว่าขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝันด้วยอำนาจใด ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเขา เช่น โชคเคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่น

การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการที่สำคัญได้แก่ สภาพแวดล้อม และประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบิดามารดาด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะพัฒนาตามอายุ โดยเชื่อว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนจะเปลี่ยนแปลงหรือคงที่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต โรบินสันและชาเวอร์ (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2535: 2; อ้างอิงจาก Robinson and Shaver.1980: 171-173) กล่าวว่าประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประสบการณ์สะสมในอดีตและประสบการณ์สำคัญในชีวิตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตในระยะเวลาที่จำกัด เช่น การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก อุบัติเหตุ

ลูเวอร์รี่ (Lowery .1981: 294) ยังกล่าวว่า ลักษณะความเชื่อที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลไม่ได้หมายความว่า บุคคลจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่อภายนอกตนทั้งหมด แต่จะแตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์ที่ประสบในการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดลง บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้นแสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำลงเมื่อสูงอายุ

การประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนได้มีการพัฒนามาตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดยแฟเรส (Phares.1957) ต่อมาได้มีการแก้ไขดัดแปลงเครื่องมือนี้ตลอดมาแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน ในปี ค.ศ. 1966 รอตเตอร์ (Rotter.1966) ได้ดัดแปลงใหม่เป็น I-E Scale (Internal-External Locus of Control Scale) เป็นการวัดแบบมิติเดียวแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมาในปี ค.ศ. 1973 ลีเวนสัน (Levenson .1973) ได้พัฒนาแบบวัดขึ้นใหม่โดยใช้ I-E Scale เป็นพื้นฐานแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นแต่ว่ายังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ดีนัก ต่อมา วอลสตันและคณะ (Wallston and others.1978:580-585) ได้ดัดแปลงแบบวัดนี้ให้เหมาะสมและได้มีการปรับปรุงอีก ในปี ค.ศ. 1978 เรียกว่า Multidimension Health Locus of Control Scale (MHLC) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านได้แก่

- 1.ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
- 2.ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าบุคลากรทางสาธารณสุขทำให้บุคคลมีสุขภาพดี หรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพ และเชื่อว่าการพบบุคลากรสาธารณสุขโดยสม่ำเสมอ ทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี
- 3.ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคชะตาที่ไม่อาจควบคุมได้

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพ สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่ วอลสตันและคณะ (Wallston and others.1978:112) ค้นพบว่า สามารถใช้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาทำนายและค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงได้ คือ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การเข้า การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหาร เป็นต้น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมักจะมีพฤติกรรมที่กล่าวมาทางบวก นอกจากนั้นบุคคลที่มีความ

เชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้สนใจต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อว่า การที่มีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคร้าย ความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็นไป มักจะเฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี ทำให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

3.3 ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและปัจจัยทางชีวสังคม

3.3.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

วอลสตันและเมดส์ (กรรณิการ์ พัฒนผลดุสิตวิทยา.2542: 35 อ้างอิงจาก Wallston and Maides.1976: 1193) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะชวนชวนหาความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ และหาวิธีดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย สุวารีวรรณ กิจสมัคร์ (2539: 145) ได้ศึกษาความเชื่อแบบแผนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15 - 45 ปี ที่มารับบริการที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดทั้ง 4 ตึกของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 136-137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ส่วนงานวิจัยของทรรศนีย์ วงศ์บา (2537: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนงานวิจัยของกรรณิการ์ พัฒนผลดุสิตวิทยา (2542: 84) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพหรือดูแลสุขภาพได้โดยพฤติกรรมหรือการกระทำของตนเองส่วนศีลธรรม เสริมฤทธิ์วงศ์ (2543: 54-55) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง สมุทรปราการ จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วย ส่วนจิตรา ยอดอินทร์ (2549: 88-95) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตน ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

3.3.2 ความเชื่ออำนาจภายในตนกับปัจจัยทางชีวสังคม

เพศ

ระบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง(ภัทรพร ไพเราะ.2539: 26-27) และค่านิยมในการให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เพศชายมีการพึ่งพาและดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย.2535: 133) ซึ่งสอดคล้องกับประภาพร ดำรงค์สุข (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในการควบคุมกับรูปแบบการใช้อำนาจของผู้ได้บังคับบัญชาและความผูกพันต่องานของผู้ได้บังคับบัญชา: ศึกษากรณี ธนาคารนครธน จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศมีผลต่อความเชื่อในปัจจัยควบคุมตนเอง โดยที่มีผู้บังคับบัญชาเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่า

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ จรรยา สุวรรณทัต (2539:52; อ้างอิงจาก จิตรา ยอดอินทร์ .2549: 91) ได้กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ความเชื่อ

ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปได้ คนที่มีการศึกษาสูง จะช่วยเพิ่มพูนความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 115) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาเป็นผลมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539: 145-146) ได้ศึกษาความเชื่อแบบแผนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพสูง ซึ่งสอดคล้องกับ ปุณณัท ตุลยะเสถียร (2550: 82) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายในตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง

รายได้

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 115-116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า ย่อมได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมที่กระทำด้วยตนเองย่อมมีมากกว่า การจะพึงพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้เกิดสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามที่ตนต้องการย่อมมีน้อย ส่วนงานวิจัย ปุณณัท ตุลยะเสถียร (2550: 83) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายในตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ารายจ่ายมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่า

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการปลดปล่อยจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นในที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียง ให้กำลังใจให้คำปรึกษา ภัทรพร ไพเราะ (2539: 27)

ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายในกายตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคจีเลสและคนอื่น ๆ (สุวารีวรรณ กิจสมัคร.2529:50; อ้างอิงจาก Kegeles and others.1965) ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจหามะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากรและความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ลักษณะความเป็นอยู่

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาลที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อเป็นอย่างมาก ว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง เช่น ผู้สูงอายุเชื่อว่าการออกกำลังกายทำให้ตนเองมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุจึงมาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอในชมรมผู้สูงอายุ

3.3.3 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 134) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นเป็นความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ตนเองควบคุมไม่ได้ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกย่อมจะปล่อยให้สภาวะของตนเป็นไปตามอำนาจผู้อื่น มากกว่าที่จะสนใจแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ

ส่วนงานวิจัยของ อังศุมา วิทย์วิรศักดิ์(2534:33) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และการควบคุมตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการแสวงหาข้อมูล และการควบคุมตนเอง

ทรรศนีย์ วงศ์บา(2537: บทคัดย่อ)ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนงานวิจัยของ กุลนทีกร น้อยโนนทอง(2537:57;อ้างอิงจากกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542:42) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในเรื่องของความเชื่ออำนาจผู้อื่นสามารถคิดได้ใน 2 แง่มุม คือ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าแพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคคลอื่นสามารถควบคุมสุขภาพหรือทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ บุคคลนั้นก็จะมีความพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง คอยพึ่งแต่บุคคลอื่นกับอีกแง่มุมหนึ่ง คือความเชื่อที่ว่าทำตามคำแนะนำของแพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคคลอื่นจะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นก็จะมีความพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อ ในทัศนะของผู้วิจัยมีความเห็นว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลมีความเชื่ออำนาจผู้อื่น คือเชื่อว่าผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล ญาติพี่น้อง เป็นบุคคลที่สามารถช่วยให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีได้บุคคลนั้นก็จะมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองลดลง ดังนั้นความเชื่ออำนาจผู้อื่นน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3.3.4.ความเชื่ออำนาจผู้อื่นกับปัจจัยทางชีวสังคม

เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม อีกทั้งระบบสังคมและวัฒนธรรมโดยทั่วไปกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำและเพศหญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแล (คุทเนอร์ และคุทเนอร์ (Kutner and Kutner. 1979: 62-66)

และขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้เพศหญิงจะมีความรู้สึกรู้ว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าเพศชาย (ภัทรพรไพเราะ.2539: 26-27) ทำให้เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความเชื่ออำนาจผู้อื่น แต่ผลการวิจัยของ วิลาสินี แฝ่วชนะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา สุวรรณทัต (2539: 52; อ้างอิงจาก จิตรา ยอดอินทร์ .2549: 91) ได้กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ความเชื่อของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปได้ คนที่มีการศึกษาสูง จะช่วยเพิ่มพูนความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ จิตรา ยอดอินทร์ (2549: 88-95) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลรามารบิดี ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ สิริพร พงษ์โกคา (2532: บทคัดย่อ;อ้างอิงจาก วิริยา สุขวงศ์.2545:35) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อ ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอด ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อ ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่า และจากการศึกษา กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 115) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่ามีโอกาสเชื่อผู้อื่น และถูกชักจูงง่ายกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า

รายได้

สิริพร พงษ์โกคา (2532: บทคัดย่อ; อ้างอิงจาก วิริยา สุขวงศ์.2545: 35) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอด ที่เป็นพาหะ ของโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความเชื่อด้าน สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่ามีความเชื่อ อำนาจผู้อื่นสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ สุนทรี โคมินและสมิท สมัครการ(2522: บทคัดย่อ; อ้างอิงจาก ปุณภพ ตุลยะเสถียร.2550: 33) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับค่านิยมและระบบค่านิยมไทยในด้านต่างๆ รวมทั้งตัวแปรที่เกี่ยวกับเพศ อาชีพ ระดับการศึกษากับความเชื่ออำนาจภายนอกตน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จากกรุงเทพ ฯและต่างจังหวัด ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจนถึง 80 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 2,469 คน กลุ่ม ตัวอย่างมีอาชีพชาวไร่ ชาวนา กรรมกร ค้าขายเล็กน้อย คนที่สามล้อ ไปจนถึงนักศึกษาและข้าราชการใน ระดับต่างๆ ปรากฏว่า ผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากกว่าผู้ที่มีรายได้พอใช้

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิตวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นในที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียง ให้กำลังใจให้คำปรึกษา ภัทรพร ไพเราะ (2539: 27)และจากการศึกษาของเคจีเลสและคนอื่น ๆ (สุวารีวรรณ กิจสมัคร.2529:50; อ้างอิงจาก Kegeles and others.1965) ในเรื่อง ความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากรและความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหา โรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพโสดจะมีความเชื่อในอำนาจผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ลักษณะความเป็นอยู่

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจจากบุคคลใน

ครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความเชื่อเป็นอย่างมากว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง จะเป็นผู้ควบคุมและดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีอีกทางหนึ่งด้วย นอกเหนือจากการดูแลตนเอง จึงมักปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล การขอความช่วยเหลือในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

3.3.5 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยของสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539: 145) และทรงศนีย์ วงศ์ปา (2537: 63) พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์จากค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก ส่วนงานวิจัยของ วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน (2547: 118) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพผิวหนังที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A จำนวน 300 คน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและแบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวหนังพรรณ พบว่า ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ความบังเอิญ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผิวหนังพรรณ

จิตรา ยอดอินทร์ (2549: 95) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มีอิทธิพลเชิงลบต่อการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งแสดงว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพของตนเป็นผลมาจากโชคชะตาและความบังเอิญสูง จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

3.3.6 ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับปัจจัยทางชีวสังคม

เพศ

ในสังคมไทยได้กำหนดบทบาทให้เพศหญิงเป็นผู้ตามและพึ่งพาอาศัย มีโอกาสที่จะถูกชักจูงได้ง่าย และเชื่อในอำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลาสินี แฝ้วชนะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญสูงกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษา

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 115) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถม 4 ถึง 7 มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญและโชคละตาส่งกว่าระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย อาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำเนินโอกาสเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นเหตุผล เชื่อในโชคละตามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง เพราะขาดการรับความรู้ที่เป็นเหตุเป็นทางวิทยาศาสตร์ ทำให้โลกทัศน์แคบไม่มีความมั่นคงในตนเองและถูกชักจูงง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสปีค(กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542: 37; อ้างอิงจาก Speak.1987: 25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อยมีความเชื่อภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคละตาหรือความบังเอิญ

รายได้

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 115-116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบคลุมต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท มีความเชื่ออำนาจบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบคลุมต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท การที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับเศรษฐกิจสูง อาจเป็นเพราะผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสที่จะเชื่อในเรื่องโชคละตา และคอยความช่วยเหลือจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เนื่องจากฐานะที่ยากจนทำให้ไม่มีโอกาสที่จะ

ช่วยเหลือตนเองได้มากเท่ากับผู้ที่มิมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า การได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมที่กระทำด้วยตนเองย่อมมีน้อย การจะพึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้เกิดสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามที่ตนต้องการก็มีมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน (2547:116) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพผิวพรรณที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A จำนวน 300 คน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและแบบสอบถามการดูแลสุขภาพผิวพรรณ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันโรค กล่าวคือ ถ้ามีรายได้ไม่พอใช้ ก็ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ยุ่งไปในการทำมาหากินเลี้ยงชีพ ขาดโอกาสในการรับรู้ รับฟังข่าวสารหรือแสวงหาความรู้ต่างๆ จึงอาจทำให้มีความเชื่อและการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

สถานภาพสมรส

การศึกษาของสปีค(กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542: 38; อ้างอิงจาก Speak.1987:25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่สถานภาพโสดจะมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชครชะตาหรือความบังเอิญ

ลักษณะความเป็นอยู่

การศึกษาของสปีค(กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542: 38; อ้างอิงจาก Speak.1987:25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชครชะตาหรือความบังเอิญ

4. ประวัติและความเป็นมาของชาวไทลื้อ

4.1 ประวัติและความเป็นมาของชาวไทลื้อ

ไทลื้อ เป็นชนชาติกลุ่มน้อย มีถิ่นกำเนิดในดินแดนสิบสองปันนา เมืองเชียงรุ่ง มณฑลยูนนาน อันเป็นส่วนหนึ่งของประเทศจีน โดยแวดล้อมด้วยทรัพยากรนานาประการอย่างอุดมสมบูรณ์มาตั้งแต่อดีตกาลและมีสัมพันธภาพแน่นแฟ้นกับเมืองหิรัญนครเงินยาง อาณาจักรล้านนาไทยในพุทธศตวรรษ

ที่ 18 ซึ่งปรากฏอยู่ในพงศาวดาร ซึ่งกล่าวไว้ว่า พระยาลาวเมงราชโอรสของพระเจ้าลาวเคี้ยงกษัตริย์เมืองหิรัญนครเงินยาง ได้อภิเษกสมรสกับพระราชธิดาพระยาเชียงรุ่ง และได้ให้กำเนิดพระราชโอรส พระนามว่า “พระเมงราย” ครั้นเมื่อพระเมงรายขึ้นครองราชย์จึงโยกย้ายเสด็จและไพร่ฟ้ามาตั้งเมืองขึ้นใหม่ในอาณาจักรล้านนาชื่อว่า “เมืองเชียงราย” มาจนถึงปัจจุบันนี้ (ตรีบุษ วิไล.2532: 11)

นอกจากนี้ได้มีการอพยพของชาวไทลื้อซึ่งเชื่อกันว่าได้อพยพจากภัยสงคราม และที่อพยพมาจากเจ้าเมืองทางเหนือไปกวาดต้อนมาแล้ว ชาวไทลื้อก็มีการอพยพกันเองไปในที่ต่างๆ ภายหลังและกระจัดกระจายตามภาคเหนือ ได้แก่ พะเยา น่าน เชียงราย ลำปางและ เชียงใหม่ ซึ่งชาวไทลื้อได้อพยพมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ซึ่งได้มีการสืบถอดวิถีการดำเนินชีวิตศิลปะวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ จากรุ่นสู่รุ่น จะเห็นได้จากได้มีการตั้งศูนย์วัฒนธรรมไทลื้อ ศูนย์ทอผ้าไทลื้อ และทุกๆ ปีจะมีงานสืบสานตำนานไทลื้อ โดยได้จำลองวิถีชีวิตและชาติประเพณี พิธีกรรมต่างๆ ของชาวไทลื้อ (รัตนา พรหมพิชัย.2540: 59)

4.2 วิถีชีวิต จารีต ประเพณีและวัฒนธรรมของชาวไทลื้อ

อาชีพหลักของชาวไทลื้อ คือ การเกษตรกรรม เป็นพื้นฐาน ได้แก่ การทำนาและการปลูกพืชผักต่างๆ ส่วนการเลี้ยงสัตว์เป็นอาชีพรอง ได้แก่ วัว ควาย ส่วนใหญ่จะเลี้ยงไว้ใช้งานและขายเป็นรายได้เสริมแก่ครอบครัว ส่วนหมู เป็ด ไก่ เลี้ยงไว้สำหรับประกอบพิธีกรรมต่างๆ รวมทั้งเป็นอาหารในคราวออกแรงงานร่วมกันและในปัจจุบันขายไทลื้อหันมาประกอบอาชีพค้าขายบ้างบางส่วน (ที่มา เว็บไซต์มหาวิทยาลัยแม่โจ้ .2550) เมื่อหมดฤดูทำไร่ทำนาแล้ว ก็พากันหันหน้าเข้าวัดเพื่อทำบุญบำรุงพุทธศาสนาให้เจริญรุ่งเรือง (ตรีบุษ วิไล.2532:13)

ชาวไทลื้อตั้งบ้านเรือนอยู่เป็นกลุ่มใหญ่ริมฝั่งแม่น้ำ ที่ตั้งบ้านเรือนจะแยกจากที่นาไร่เป็นสัดส่วน ชาวไทลื้อมีภาษาไทลื้อซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะที่ยังสืบถอดต่อกันมา ซึ่งจะมีสำเนียงแตกต่างไปจากภาษาคำเมือง ตัวศัพท์อาจเหมือนกัน แต่ออกเสียงแตกต่างกันได้กล่าวคือ ภาษาลื้อจะออกเสียงเอียเป็นเอ อัวเป็นโอ เอือเป็นเออ ส่วนการแต่งกายชาวไทลื้อนั้นจะแตกต่างออกไปจากคนเมืองเหนือทั่วไป คือ ผู้หญิงสวมเสื้อแขนยาวเอวลอยสีดำหรือสีแบบหม้อห้อม มีสาด้านหน้าป้ายไปด้านหลังหนึ่ง เรียกว่า “เสื้อปิด” และจะแตกต่างกันออกไปบ้างในไทลื้อแต่ละแห่ง เช่น ไทลื้อที่อำเภอเชียงคำจะเป็นลายน้ำลายไหล (รัตนา พรหมพิชัย.2540: 68)

ชาวไทลื้อนับถือศาสนาพุทธเถรวาทและมีการนับถืออย่างเคร่งครัด โดยจะเห็นจากสถาปัตยกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ โดยจะเป็นวิหารไม้ซึ่งถือเป็นสถาปัตยกรรมที่สวยงาม ความเชื่อในพระพุทธศาสนาเป็นตัวกำหนดประเพณีที่สำคัญของชาวไทลื้อ และชาวลื้อนิยมทำบุญด้วยการถวายตุงเพราะมีความเชื่อที่ว่า

เมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้เกาะชายตุงขึ้นสู่สวรรค์ นอกจากนี้ยังมีการนับถือผีซึ่งจะมีพิธีการไหว้ผีและเลี้ยงผี กระทำกันปีละครั้ง บางแห่งอาจทำ 3 ปีครั้งหนึ่ง พิธีเข้ากรรมมี 2 ระดับคือ พิธีเข้ากรรมเมือง คือ การเลี้ยงผีเจ้าเมืองและพิธีกรรมบ้าน คือ การเลี้ยงผีประจำหมู่บ้าน ในพิธีเข้ากรรมจะมีการฆ่าวัว ควาย หรือเป็ด ไก่ สังเวียผี (รัตนา พรหมพิชัย.2540: 65)

4.3 ชาวไทลื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุชาวไทลื้อซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่อพยพมาอยู่ในประเทศไทยก็เป็นส่วนหนึ่งในจำนวนผู้สูงอายุเหล่านั้นที่ระบบสาธารณสุขยังไม่สามารถเข้าถึงและครอบคลุม และส่วนใหญ่จะยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากชาวไทลื้อจะมีความเชื่อที่เฉพาะเช่น เมื่อเจ็บป่วยจะรักษาโดยพบหมอชาวบ้าน ซึ่งไม่ได้เรียนวิชาทางการแพทย์มาโดยตรงแต่รักษาแบบใช้สมุนไพรหรือพิธีกรรมต่างๆ เช่น ใช้น้ำมันตี่มเพื่อรักษาความเจ็บป่วย ทำพิธีกรรมเลี้ยงผี ส่งเคราะห์หรือสืบชะตาเพราะเชื่อกันว่า เหตุที่ได้รับบาดเจ็บป่วยเพราะทำผิดหรือทำให้ผีบ้านผีเรือนโกรธ หรืออาจใช้พืชผักสมุนไพรในการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของบาปกรรม จึงไม่ได้สนใจในการดูแลสุขภาพและมุ่งที่จะทำบุญสร้างกุศลเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงและนิยมทอดขี้ไปถวายที่วัด เพราะเชื่อว่าเมื่อตายไปแล้วจะได้เกาะชายตุงขึ้นสู่สวรรค์ (รัตนา พรหมพิชัย.2540: 67)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุชาวไทลื้อยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ โดยส่วนมากจะรับประทานเฉพาะผัก ซึ่งจะปลูกเองหรือรับประทานอาหารป่า และอาหารพวกแป้งๆอย่างๆและไหม้เกรียมอาหารที่สุกๆดิบๆ เช่น ลาบ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 40 ยังบริโภคน้ำฝน เป็นน้ำดื่ม ซึ่งปัจจุบันสภาพแวดล้อมไม่เหมือนเดิมทำให้มีการปนเปื้อนสารพิษได้ (รายงานผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน จังหวัดพะเยา พ.ศ. 2545-2549: 2) และยังพบว่าผู้สูงอายุชาวไทลื้อยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 22.3 และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.5 และมีความเตรียมพร้อมด้านสุขภาพ ร้อยละ 10.7 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุชาวไทลื้อยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จังหวัดพะเยา.2545: 1)

จากการศึกษาข้อมูลสรุปได้ว่า ชาวไทลื้อเป็นกลุ่มชนกลุ่มหนึ่งซึ่งอาศัยอยู่ทางภาคเหนือของไทย ซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เรียบง่ายมีอาชีพเกษตรกรรม เลี้ยงสัตว์เพื่อไว้เป็นอาหารและยังเป็นกลุ่มชนที่มีจารีต ประเพณีและวัฒนธรรม ที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งสืบทอดต่อกันมา ซึ่งประเพณีความเชื่อเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้การบริการทางด้านสาธารณสุขยังไม่ทั่วถึง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจที่จะศึกษากับกลุ่มชาวไทลื้อ เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุชาวไทลื้อให้มีความเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีน ตามตัวแปรทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ซึ่งมีวิธีดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทำงานที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าไทย อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พ.ศ.2551 จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าไทย อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พ.ศ.2551 ซึ่งได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 250 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพของวอลสตัน (Wallston.1978:160-170) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (กรรณิการ์ กันธะรักษา.2527: 158-161) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ วณิดา กองแก้ว (2549: 150)

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ

แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ มีข้อความทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจำนวน 6 ข้อ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพจำนวน 6 ข้อ และความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้เป็นของวอลสตัน (Wallston.1978:160-170) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (กรรณิการ์ กันธะรักษา.2527:158-161) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถาม

1.1.1 ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา แนวคิดเกี่ยวกับ ความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุชาวไทยที่ทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทย จำนวน 50 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมในแต่ละด้าน (Corrected Item-Total correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ซึ่งข้อความทั้งหมด 18 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ .2 ขึ้นไปทุกข้อและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach.1984: 161)

1.2 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 6 คะแนน

2.แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ของ วณิดา กองแก้ว (2549: 150) มีข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ ซึ่งแบ่งพฤติกรรมเป็น 5 ด้านได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ การออกกำลังกายจำนวน 7 ข้อ การพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 8 ข้อ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 7 ข้อ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ จำนวน 8 ข้อ โดยมีข้อคำถามลักษณะทางบวกและทางลบ แบบสอบถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่เคยปฏิบัติ

2.1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถาม

2.1.1 ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองจาก ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ที่มาทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ จำนวน 50 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมในแต่ละด้าน (Corrected Item-Total correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ซึ่งข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์ตั้งแต่ .2 ขึ้นไปทุกข้อ และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach.1984: 161)

2.2 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

ข้อความที่มีลักษณะเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน 0 คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 0 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 2 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อันตรายค่าชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$

ค่าเฉลี่ย	1.34 - 2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 - 1.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	0.00 - 0.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551- มกราคม 2552 ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุทำด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสายตาหรืออ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยการอ่านข้อคำถามให้ฟัง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งหมด 280 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 260 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92 และนำไปวิเคราะห์จำนวน 250 ฉบับ ซึ่งเป็นฉบับที่มีข้อมูลครบสมบูรณ์

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

1.คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

2.เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร เพศ รายได้ ลักษณะความเป็นอยู่ โดยใช้สถิติที่ แบบเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 3 และ 5

3.เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Anova) และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4

4.เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร เพศ รายได้ ลักษณะความเป็นอยู่ โดยใช้สถิติที่ แบบเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 8,10,11,13,15,16,18 และ 20

5.เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Anova) และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7, 9,12,14,17 และ 19

6.คำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 21, 22 และ 23

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และความหมายของสัญลักษณ์เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล ดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
M	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
P	แทน	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 14 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ รายได้ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร เพศ รายได้ และลักษณะความเป็นอยู่

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรรายได้

ตอนที่ 7 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรลักษณะความเป็นอยู่

ตอนที่ 8 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

ตอนที่ 9 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

ตอนที่ 10 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

ตอนที่ 11 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

ตอนที่ 12 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

ตอนที่ 13 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

ตอนที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่

ผู้วิจัยแสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างและการแปลผลคะแนนเพื่อแบ่งระดับพฤติกรรม ปรากฏผลดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยใน
เขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ รายได้ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ
ลักษณะความเป็นอยู่

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
1.เพศ			
ชาย	1.58	0.41	ดี
หญิง	1.29	0.41	ปานกลาง
2.ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1.04	0.38	ปานกลาง
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.54	0.34	ดี
ระดับประถมศึกษา	1.72	0.22	ดี
3.รายได้			
ไม่พอใช้	1.10	0.39	ปานกลาง
พอใช้	1.73	0.19	ดี
4.สถานภาพสมรส			
โสด	1.03	0.43	ปานกลาง
มีคู่	1.61	0.37	ดี
เคยมีคู่	1.37	0.41	ดี

*n=250

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
5.ลักษณะความเป็นอยู่			
อยู่ตามลำพัง	1.27	0.51	ปานกลาง
อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง	1.58	0.28	ดี
รวม	1.44	0.43	ดี

*n=250

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยจำแนกตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะความเป็นอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่และเคยมีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ รายได้ และ ลักษณะความเป็นอยู่

ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 3, 5 โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ รายได้ และ ลักษณะความเป็นอยู่ ปรากฏผลดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ รายได้ และ ลักษณะความเป็นอยู่

ตัวแปร	n	M	SD	t	P
เพศ					
ชาย	127	1.58	0.41	5.41*	.00
หญิง	123	1.29	0.41		
รายได้					
ไม่พอใช้	116	1.10	0.39	-15.35*	.00
พอใช้	134	1.73	0.19		
ลักษณะความเป็นอยู่					
อยู่ตามลำพัง	116	1.27	0.51	-5.623*	.00
อยู่กับบุตรหลาน	134	1.58	0.28		
หรือญาติพี่น้อง					

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 1

เมื่อพิจารณาตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้และไม่พอใช้พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

เมื่อพิจารณาตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	21.493	10.746	102.086*	.000
ภายในกลุ่ม	247	26.001	.105		
รวม	249	47.494			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียนหนังสือ	ต่ำกว่าประถม	ประถมศึกษา
	M	1.04	1.54	1.72
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1.04	-	.49*	.68*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.54	-	-	.18*
ประถมศึกษา	1.72	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 5

ตาราง 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	8.007	4.003	25.042*	.000
ภายในกลุ่ม	247	39.487	.160		
รวม	249	47.949			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวไทย
ตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส		โสด	เคยมีคู่	มีคู่
	M	1.03	1.37	1.61
โสด	1.03	-	.34*	.58*
เคยมีคู่	1.37	-	-	.24*
มีคู่	1.61	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่ และโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ

ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 11, 16 โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรเพศ ปรากฏผลดังตารางที่ 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ

ตัวแปร	n	M	SD	t	P
<u>ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน</u>					
ความเชื่ออำนาจภายในตน					
ชาย	127	3.82	1.72	3.95*	.00
หญิง	123	3.00	1.56		
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น					
ชาย	127	3.33	1.39	-1.42	.78
หญิง	123	3.62	1.81		
ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ					
ชาย	127	2.18	1.79	-6.92*	.00
หญิง	123	3.73	1.74		

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

เมื่อพิจารณาตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย แต่เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและผู้สูงอายุเพศชาย ไม่แตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11

เมื่อพิจารณาตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง มากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรรายได้

ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8, 13, 17 โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรรายได้ ปรากฏผลดังตารางที่ 8

ตาราง 8 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรรายได้

ตัวแปร	n	M	SD	t	P
<u>ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน</u>					
ความเชื่ออำนาจภายในตน					
ไม่พอใช้	116	2.42	1.31	-10.36*	.00
พอใช้	134	4.27	1.51		
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น					
ไม่พอใช้	116	2.91	1.77	-5.27 *	.00
พอใช้	134	3.96	1.29		
ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ					
ไม่พอใช้	116	4.42	1.51	15.882*	.00
พอใช้	134	1.66	1.91		

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้และผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8

เมื่อพิจารณาตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้และผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 13

เมื่อพิจารณาตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้และผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18

ตอนที่ 7 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรลักษณะความเป็นอยู่

ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานข้อที่ 10, 15, 20 โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรลักษณะความเป็นอยู่ ปรากฏผลดังตารางที่ 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรลักษณะความเป็นอยู่

ตัวแปร	n	M	SD	t	P
<u>ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน</u>					
ความเชื่ออำนาจภายในตน					
อยู่ตามลำพัง	116	3.34	1.86	-0.63	.26
อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง	134	3.48	1.53		
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น					
อยู่ตามลำพัง	116	2.30	1.19	-14.27*	.00
อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง	134	4.48	1.21		
ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ					
อยู่ตามลำพัง	116	3.47	2.13	4.10*	.00
อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง	134	2.48	1.60		

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง แต่เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องและผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องและผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ไม่แตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10

เมื่อพิจารณาตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องและผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องมากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15

เมื่อพิจารณาตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มีคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มากกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 20 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องจึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 20

ตอนที่ 8 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 10

ตาราง 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	387.074	193.537	144.886*	.000
ภายในกลุ่ม	247	329.939	1.336		
รวม	249	717.013			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียนหนังสือ	ต่ำกว่าประถม	ประถมศึกษา
	M	2.17	2.85	5.01
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2.17	-	.67*	2.83*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.85	-	-	2.15*
ประถมศึกษา	5.01	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการระดับศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

ตอนที่ 9 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 12 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 12

ตาราง 12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	100.052	50.026	22.267*	.000
ภายในกลุ่ม	247	554.930	2.247		
รวม	249	654.983			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวไทลื้อตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียนหนังสือ	ประถมศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา
	M	2.59	3.91	3.94
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2.59	-	1.32*	1.35*
ประถมศึกษา	3.91	-	-	0.29
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.94	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่มีความแตกต่าง

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 12

ตอนที่ 10 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรระดับการศึกษา

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 17 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 14

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	341.203	170.601	71.680*	.000
ภายในกลุ่ม	247	587.874	2.380		
รวม	249	929.077			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 15

ตาราง 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้าน
สุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวไทยลื้อตามตัวแปรระดับการศึกษาเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่าประถม	ประถมศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ
	M	2.04	2.15	4.57
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.04	-	0.10	2.52*
ประถมศึกษา	2.15	-	-	2.41*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4.57	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่มีความแตกต่าง

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 17 เพียงบางส่วน

ตอนที่ 11 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 16

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้าน
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	135.817	67.908	28.860*	.000
ภายในกลุ่ม	247	581.196	2.353		
รวม	249	717.013			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 17

ตาราง 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุชาวไทยที่อาศัยตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส		โสด	เคยมีคู่	มีคู่
	M	2.52	2.85	4.27
โสด	2.52	-	0.32*	1.75*
เคยมีคู่	2.85	-	-	1.42*
มีคู่	4.27	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9

ตอนที่ 12 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 14 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 18

ตาราง 18 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	52.457	26.228	10.752*	.000
ภายในกลุ่ม	247	602.526	2.439		
รวม	249	654.983			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 19

ตาราง 19 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
ชาวไทลื้อตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส	M	โสด	เคยมีคู่	มีคู่
		2.10	3.59	3.66
โสด	2.10	-	1.49*	1.56*
เคยมีคู่	3.59	-	-	0.69
มีคู่	3.66	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่และมีคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่มีความแตกต่าง

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 14 และไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่จะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่

ตอนที่ 13 การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรสถานภาพสมรส

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 19 ผู้วิจัยได้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจอำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ปรากฏผลดังตารางที่ 20

ตาราง 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	98.320	49.160	14.616*	.000
ภายในกลุ่ม	247	830.757	3.363		
รวม	249	929.077			

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 20 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตารางที่ 21

ตาราง 21 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อตามตัวแปรสถานภาพสมรสเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส		มีคู่	เคยมีคู่	โสด
	M	2.38	3.11	4.51
มีคู่	2.38	-	0.73*	2.13*
เคยมีคู่	3.11	-	-	1.39*
โสด	4.51	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ .05

เมื่อพิจารณาตารางที่ 21 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดและเคยมีคู่ มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดและเคยมีคู่ มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19

ตอนที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานข้อที่ 21, 22, 23 โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปรากฏผลดังตารางที่ 22

ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
1.ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	.698**
2.ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	.526**
3.ความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ	-.878**

** มีนัยสำคัญที่ .01

เมื่อพิจารณาตารางที่ 22 พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 21

เมื่อพิจารณาตารางที่ 22 พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 22

เมื่อพิจารณาตารางที่ 22 พบว่า ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 จึงสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 23

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่
3. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปรทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยด้านชีวสังคม ซึ่งได้แก่

1.1 เพศ

1.1.1 ชาย

1.1.2 หญิง

1.2 ระดับการศึกษา

1.2.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ

1.2.2 ต่ำกว่าประถมศึกษา

1.2.3 ระดับประถมศึกษา

1.3 รายได้

1.3.1 ไม่พอใช้

1.3.2 พอใช้

1.4 สถานภาพสมรส

1.4.1 โสด

1.4.2 มีคู่

1.4.3 เคยมีคู่

1.5 ลักษณะความเป็นอยู่

1.5.1 อยู่ตามลำพัง

1.5.2 อยู่กับบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง

2. ตัวแปรตาม คือ

2.1 ความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ

- ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
- ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ
- ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือเคยมีคู่
5. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
6. ผู้สูงอายุเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
7. ผู้สูงอายุที่มีการระดับศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้

9. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่
10. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
11. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
12. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า
13. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้
14. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่มิมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่
15. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือ ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
16. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
17. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า
18. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้
19. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่มิมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่
20. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง
21. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
22. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
23. ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวไทลื้อซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พ.ศ.2551ซึ่งได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 250 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะความเป็นอยู่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ ของวอลสตัน (Wallston, 1978:160-170) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2527:158-161) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของ วณิตา กองแก้ว (2549:150)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551- มกราคม 2552 ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุทำด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสายตาหรืออ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยการอ่านข้อคำถามให้ฟัง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งหมด 280 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 260 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92 และนำไปวิเคราะห์จำนวน 250 ฉบับ ซึ่งเป็นฉบับที่มีข้อมูลครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร เพศ รายได้ ลักษณะความเป็นอยู่ โดยใช้สถิติที่ แบบเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 3 และ 5

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Anova) และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4

4. เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร เพศ รายได้ ลักษณะความเป็นอยู่ โดยใช้สถิติที่ แบบเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18 และ 20

5. เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Anova) และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7, 9, 12, 14, 17 และ 19

6. คำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 21, 22 และ 23

ผลการวิจัย

ในการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยจำแนกตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะความเป็นอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีคู่และเคยมีคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับผลการทดสอบสมมติฐานมีรายละเอียด ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

สมมติฐานข้อที่ 5 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

สมมติฐานข้อที่ 6 ผู้สูงอายุเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

สมมติฐานข้อที่ 7 ผู้สูงอายุที่มีการระดับศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

สมมติฐานข้อที่ 8 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8

สมมติฐานข้อที่ 9 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9

สมมติฐานข้อที่ 10 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10

สมมติฐานข้อที่ 11 ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11

สมมติฐานข้อที่ 12 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 12

สมมติฐานข้อที่ 13 ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 13

สมมติฐานข้อที่ 14 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 14 และไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่จะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่

สมมติฐานข้อที่ 15 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือ ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15

สมมติฐานข้อที่ 16 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16

สมมติฐานข้อที่ 17 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 17 เพียงบางส่วน

สมมติฐานข้อที่ 18 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18

สมมติฐานข้อที่ 19 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ มีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19

สมมติฐานข้อที่ 20 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 20

สมมติฐานข้อที่ 21 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานข้อที่ 22 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 22

สมมติฐานข้อที่ 23 ความเชื่ออำนาจโชคลชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทลื้อในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากทางศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อได้มีการส่งเสริมและกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย โดยมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายในตอนเย็นของทุกวัน อีกทั้งมีการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ โดยมีการประชาสัมพันธ์การตรวจร่างกายประจำปีและทั้งยังจัดให้มีหนังสือ แผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีบุคลากรทางการคอยให้ความรู้อบรมด้านสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน ยกเว้น ในช่วงใดที่มีการระบาดของโรคก็จะมีการจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม(การรายงานประจำปีของศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ.2551: 1)

2.การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

ผลการวิจัย กลับกันกับสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงมีความรู้สึกรู้ว่าระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีภาระหน้าที่ในการทำกิจวัตร

ประจำวันมากกว่าเพศชาย (วณิตา กองแก้ว.2549:60; อ้างอิงจาก ภัทรพร ไพเราะ.2539: 26-27) นอกจากนี้ชาวไทลื้อได้กำหนดให้เพศหญิงเป็นแม่บ้าน ทำให้มีการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าเพศชาย(อรุณรัตน์ วิเชียรเขียว.2540:36) และจะต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุชาวไทลื้อเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนไม่มากนัก ผลการศึกษานี้จึงพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 133) ที่พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 96) พบว่า ผู้สูงอายุชายจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ส่วนการศึกษาของลูบเบน ไวเลอร์ และชาย (วณิตา กองแก้ว.2549:61; อ้างอิงจาก Lubben, Weiler and Chi. 1989: 725-731) พบว่าเพศชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีกว่า
ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการศึกษาคือพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถแสวงหาข้อมูล เพื่อนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีทักษะในการแสวงหาความรู้หรือรู้จักวิธีการดูแลสุขภาพตลอดจนผลเสียที่เกิดขึ้นจากการขาดการดูแลสุขภาพมากกว่า ผลการศึกษานี้จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของคอคเกอร์แฮม (อัจจรา จังพานิช. 2541: 43; อ้างอิงมาจาก Cockerham.1982: 90) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า ส่วนผลการวิจัยของวิริยา สุขวงศ์ (2545: 69) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนนพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540:110) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับ

ต่างกันมีการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง (วณิดา กองแก้ว.2549:64) บุคคลที่มีรายได้พอใช้จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นมากกว่า สามารถใช้เวลาเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากกว่า ในขณะที่บุคคลที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะใช้จ่ายรายได้เพื่อสิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิตและจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อหารายได้และประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่มากนัก ผลการศึกษาจึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยซึ่งสอดคล้องกับอัสรา อวารณ (2540: 98) พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือเคยมีคู่

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือเคยมีคู่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ส่วนผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะเกิดความรู้สึกอบอุ่นที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียง นอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

(ภัทรพร ไพเราะ.2539: 27) ผลการศึกษาจึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือเคยมีคู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวณิตา กองแก้ว (2549) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก

สมมติฐานข้อที่ 5 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่ผู้สูงอายุอยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลาน ญาติ พี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัว จึงน่าจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติพี่น้องมีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกว่าตนเองมีค่านี้น่าจะทำให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพเอาใจใส่ตนเองในเรื่องต่างๆ รวมทั้งเรื่องสุขภาพด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยา สุขวงศ์ (2545: 70) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับลูกหลานจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า

สมมติฐานข้อที่ 6 ผู้สูงอายุเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าระบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและควรให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ซึ่งความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ทำให้เพศชายมีการพึ่งพาตนเองมากกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย.2535:133) การ

พึ่งพาตนเองของเพศชายจึงน่าจะทำให้เพศชายมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่ามีผลลัพธ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น หรือมีผลมาจากการกระทำของตนเอง เพศชายจึงมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับประภาพร ดำรงค์สุข (2541: 82) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในการควบคุมกับรูปแบบการใช้อำนาจของผู้ได้บังคับบัญชาและความผูกพันต่องานของผู้ได้บังคับบัญชา: ศึกษากรณี ธนาคารนครธน จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันควบคุมตนเอง โดยที่มีผู้บังคับบัญชาเพศชายมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่า

สมมติฐานข้อที่ 7 ผู้สูงอายุที่มีการระดับศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการระดับศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ อย่างเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น (กรรณิการ์ กันธะรักษา.2527: 115) และคนที่มีการศึกษาสูง จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้ตนเองเสมอ ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น (จรรยา สุวรรณทัต.2526) นอกจากนี้ การศึกษายังเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถของผู้สูงอายุซึ่งจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 115) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่า ส่วนสุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539:145-146) พบว่า สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพสูง ส่วนปณภัท ตูละเสถียร (2550: 82) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายในตนแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง

สมมติฐานข้อที่ 8 ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูง พอใช้ หรือเหลือเก็บ จะมีศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับสูง ซึ่งบุคคลที่พึ่งพาตนเองได้มีแนวโน้มที่จะรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นผลมาจากการกระทำของตนหรือความเชื่ออำนาจภายในตน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้จึงมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการวิจัยของกรรณิการ์ กันธรักษา (2527: 115-116) พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า ย่อมได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมที่กระทำด้วยตนเองย่อมมีมากกว่า การจะพึงพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้เกิดสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามที่ตนต้องการย่อมมีน้อย ส่วนบุญภัก ทุลละเสถียร (2550: 83) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายในตนแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ารายจ่ายมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่า

สมมติฐานข้อที่ 9 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดหรือเคยมีคู่

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงให้กำลังใจให้คำปรึกษา จึงน่าจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสเกิดความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จึงมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการวิจัยของเคจีเลสและคนอื่น ๆ (สุรวีวรรณ กิจสมักร.2529:50; อ้างอิงจาก Kegeles and others.1965) พบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

สมมติฐานข้อที่ 10 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ผลการวิจัย ไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุชาวไทย ลื้อซึ่งมาปฏิบัติงานที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ เป็นผู้สูงอายุที่มีสังคมและการรวมกลุ่ม อีกทั้งยังมีการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ซึ่งอาจจะอาศัยอยู่ตามลำพัง ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องก็ไม่ได้เกิดความรู้สึกว่าเหงา เพราะยังคงมีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนในวัยเดียวกันในศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อเป็นประจำและยังเป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองในการประกอบอาชีพและหารายได้ ดังนั้นแม้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้จะอาศัยอยู่ตามลำพัง แต่ยังคงมีการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่นและยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ซึ่งผล การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความ เชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพ ยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาลที่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับสูง

สมมติฐานข้อที่ 11 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศ ชาย

ผลการวิจัย ไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงและผู้สูงอายุเพศชาย มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้าน สุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่ ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา แสดงให้เห็นถึงการ พึ่งพาตนเองในการประกอบอาชีพและหารายได้ ไม่ได้เป็นผู้หญิงที่ไร้ความสามารถหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำ ให้ผู้สูงอายุเพศหญิงกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่ได้แตกต่างจากเพศชาย ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงไม่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิลาสินี แก้วชนะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 12 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

ผลการวิจัย กลับกันกับสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แกชีวิตช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ บุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่าจะสามารถแสวงหาข้อมูลและพิจารณาตัดสินใจทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น(จรรยา สุวรรณทัต.2526) ผู้ที่ขาดโอกาสทางการศึกษามักจะปล่อยปละละเลยการรักษาสุขภาพของตน ไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพของตน ส่งผลให้ไม่ไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ทำให้บุคคลเหล่านั้นมองไม่เห็นว่าคุณค่าอื่น โดยเฉพาะแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะเกี่ยวข้องหรือมีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองอย่างไร ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

สมมติฐานข้อที่ 13 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้

ผลการวิจัย กลับกันกับสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ การวิจัยในครั้งนี้จะเห็นได้ว่าข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพจะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล การที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าอาจเป็นเพราะว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง บุคคลที่มีรายได้สูง พอใช้ หรือเหลือเก็บจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การ

ดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้จะมีโอกาสในการรับบริการทางสาธารณสุข มีโอกาสได้รับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาสุขภาพของตน ทำให้มีโอกาสดูแลถึงประโยชน์หรือข้อดีจากการดูแลรักษาสุขภาพของตนภายใต้คำแนะนำของแพทย์พยาบาล ทำให้มีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าสุขภาพของตนเองเกิดขึ้นจากผู้อื่น โดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ(2534:29) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีโอกาสเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้

สมมติฐานข้อที่ 14 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่

ผลการวิจัย กลับกันกับสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่กลับกันกับสมมติฐานข้อที่ 14และไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่จะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียง ให้กำลังใจให้คำปรึกษา (ภัทรพร ไพเราะ .2539: 27) บุคคลที่มีคู่สมรสย่อมได้รับการดูแลเอาใจใส่ รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ จากคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีโอกาสพึ่งพาผู้อื่นมากกว่า รวมถึงการให้ความสำคัญและเชื่อฟังปฏิบัติตามคำแนะนำของคู่ชีวิต (สุวิมล พนาวัฒน์กุล.2534: 42; อ้างอิงจาก วณิดา กองแก้ว.2549: 122) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อย ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสมีแนวโน้มที่จะเชื่อบุคคลอื่นน้อยกว่า ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดจึงมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนผลการวิจัยซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีคู่นั้นได้ผ่านการใช้ชีวิตแบบสถานภาพสมรสคู่มาก่อน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ซึ่งมีการแสดงถึงการพึ่งพาและช่วยเหลือตนเองเช่นกัน จึงทำให้ มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับจากการศึกษาของ

เคจีเลสและคนอื่น ๆ (สุวารีวรรณ กิจสมักร.2529:50; อ้างอิงจาก Kegeles and others.1965) ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากรและความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพโสดจะมีความเชื่อในอำนาจผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

สมมติฐานข้อที่ 15 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือ ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ผลการวิจัย

สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งได้แก่ บุตรหลานหรือญาติพี่น้องจะมีโอกาสในการพึ่งพาอาศัยคนในครอบครัวในด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองในระดับสูงและมีโอกาสในการพึ่งพาบุตรหลานหรือญาติพี่น้องในการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้องมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าบุคคลอื่นมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือ ญาติพี่น้องมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัยชรพยาบาล ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง โดยเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้องจะเป็นผู้ควบคุมและดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีอีกทางหนึ่งด้วยนอกเหนือจากการดูแลตนเอง จึงมักปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล การขอความช่วยเหลือในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผู้สูงอายุชาวไทยที่เชื่อในความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุตรหลาน ญาติ พี่น้อง จะช่วยทำให้ตนมีสุขภาพที่ดีจะเห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทาง

ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์หอผ้าชาวไทลื้อจัดขึ้นเป็นประจำ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมการอบรม ให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ การรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น (การรายงานประจำปีของศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์หอผ้าชาวไทลื้อ.2551:1)

สมมติฐานข้อที่ 16 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้หญิงชาวไทลื้อถูกกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน (อรุณรัตน์ วิเชียรเขียว.2540:36) ทำให้ผู้หญิงชาวไทลื้อมีโอกาสในการเข้าถึงหรือได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ต่าง ๆ น้อยกว่าเพศชาย ทำให้มีโอกาสที่จะเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญในเรื่องต่าง ๆ มากกว่าเพศชาย รวมทั้งเรื่องสุขภาพของตนเองด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลาสินี แก้วชนะ (2541) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญสูงกว่าเพศชาย

สมมติฐานข้อที่ 17 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

ผลการวิจัย สอดคล้องเพียงบางส่วน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา แต่ไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา จะมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการศึกษเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ผู้ที่ขาดโอกาสทางการศึกษามีโอกาสเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เชื่อในโชคลະตามากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา เพราะขาดการรับความรู้ที่เป็นเหตุเป็นทาง

วิทยาศาสตร์ ทำให้โลกทัศน์แคบไม่มีความมั่นคงในตนเองและถูกชักจูงง่าย บุคคลที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีโอกาสที่จะเชื่อในสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้หรือไม่มีเหตุผลมากกว่าผู้ที่มีโอกาสในการศึกษาเล่าเรียน ผลการศึกษานี้จึงพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสปีค(กรรณิการ์ พัฒนผดุง วิทยา.2542: 37; อ้างอิงจาก Speak.1987:25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อยมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคลະตาหรือความบังเอิญ ส่วนจิตรา ยอดอินทร์ พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญและโชคลະตามากกว่าระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีตามลำดับ ส่วนกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 115) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถม 4 ถึง 7 มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญและโชคลະตาสูงกว่าระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้มีโอกาสได้เรียนหนังสือเหมือนกันและบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาซึ่งในการศึกษานี้ คือ บุคคลที่เรียนจบต่ำกว่า ป.4และบุคคลที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาซึ่งในการศึกษานี้ คือ บุคคลที่เรียนจบ ป.4-ป.6 ก็ไม่น่าจะมีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ความคิดหรือความเชื่อมากนัก ทำให้ไม่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมากกว่าระดับประถมศึกษา

สมมติฐานข้อที่ 18 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีผล

ต่อความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค กล่าวคือ ถ้ามีรายได้ไม่พอใช้ ก็จำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อการหารายได้หรือประกอบอาชีพ ขาดโอกาสในการรับรู้ รับฟังข่าวสารหรือแสวงหาความรู้ต่างๆ จึงอาจทำให้มีความเชื่อและการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องและมีโอกาสถูกชักจูงได้ง่ายกว่า(วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน.2547:116) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้จึงมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ ซึ่งผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการักษ์รักษา (2527: 115-116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำกว่ามีโอกาสที่จะเชื่อในเรื่องโชคลະตา และคอยความช่วยเหลือจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เนื่องจากฐานะที่ยากจนทำให้ไม่มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองได้มากเท่ากับผู้ที่มีความฐานะเศรษฐกิจสูงกว่า การได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมที่กระทำด้วยตนเองย่อมมีน้อย การจะพึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้เกิดสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามที่ตนต้องการก็มีมากและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน (2547:116) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพผิวพรรณที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A จำนวน 300 คน พบว่า ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพผิวพรรณที่มีรายได้ไม่พอใช้มีโอกาสเชื่ออำนาจความบังเอิญมากกว่า

สมมติฐานข้อที่ 19 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ชีวิตทั้งสถานภาพโสดและเคยมีคู่มักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดกำลังใจ จึงทำให้ขาดกำลังใจในการดำรงชีวิตอาจส่งผลให้ดำเนินชีวิตไปตามโชคลະตาดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดและเคยมีคู่มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสปีค (กรรณิการักษ์พัฒนาคุณวิทยา.2542: 38; อ้างอิงจาก Speak.1987: 25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจ

ภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดีจะมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคชะตาหรือความบังเอิญ

สมมติฐานข้อที่ 20 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมักขาดคนดูแลเอาใจใส่ ทำให้มองคุณค่าตนเองลดลง ทำให้มีโอกาสเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญมากกว่า ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลานหรือญาติพี่น้อง ซึ่งผลการศึกษาแล้วยังสอดคล้องกับการศึกษาของสปีค (กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา.2542: 38; อ้างอิงจาก Speak.1987:25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคชะตาหรือความบังเอิญ

สมมติฐานข้อที่ 21 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะรับรู้สุขภาพของตนเองจะเป็นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงด้วย บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเมื่อได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพอนามัยจะสนใจและเห็นคุณค่าของการรักษาสุขภาพ ตลอดจนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยได้ด้วยตนเอง(กรรณิการ์ กันธะรักษา.2527: 36) ซึ่งสอดคล้องกับ สตรีกลแลนด์

(กรรณิการ์ กันธะรักษา.2527: 133; อ้างอิงจาก Strickland.1978:1192-1211) กล่าวว่า เมื่อบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต้องการมีสภาวะสุขภาพที่ดี ก็จะได้รับรู้ว่า สภาวะสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับกระทำการของตนเอง ผู้ใดต้องการจะดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี ก็ต้องมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องด้วยตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวก คือเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ดังนั้น ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: 136-137) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ วรรณีย์ วงศ์บา (2537: บทคัดย่อ) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 84) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ศีลธรรม เสริมฤทธิ์วงศ์ (2543: 54-55) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วย จิตรา ยอดอินทร์ (2549: 88-95) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

สมมติฐานข้อที่ 22 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ผลการวิจัย กลับกันสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพจึงเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย แม้ว่าจะดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีก็ตาม จึงจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อรับการรักษาและรับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของตน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพหรือเชื่อว่าสุขภาพของตนเองจะเป็นอย่างไรนั้นจะขึ้นอยู่กับผู้อื่น โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะพบแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในลักษณะต่าง ๆ ดังนั้น ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้อง

กับการศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความเชื่อเป็นอย่างมาก ว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือ สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้องจะเป็นผู้ควบคุมและดูแลสุขภาพ ตนเองให้มีสุขภาพดีอีกทางหนึ่งด้วยนอกเหนือจากการดูแลตนเอง จึงมักปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของ พยาบาล การขอความช่วยเหลือในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และพบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาของทรรศนีย์ วงศ์บา (2537: บทคัดย่อ) พบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537:57; อ้างอิงจาก กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา.2542:42) ได้ศึกษาความเชื่อ อำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาล น้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 23 ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการวิจัย สอดคล้อง

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจ โชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ เชื่อว่าสุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคละตาที่ไม่ อาจควบคุมได้ การที่มีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคละตา ความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมบันดาลให้ เป็นไป มักจะเฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี(กรรณิการ์ กันธะ รักษา.2527: 134-135) ดังนั้น ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทาง ลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุ วารีวรรณ กิจสมักร (2539:145) และทรรศนีย์ วงศ์บา (2537: 63) พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดใน โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์จากค่าย สมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัด พิษณุโลก วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน (2547:118) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกในด้านสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพผิวพรรณที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A พบว่า ความเชื่ออำนาจโชคละตา ความบังเอิญ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผิวพรรณ การศึกษาของจิตรา ยอดอินทร์ (2549: 95) พบว่า ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มีอิทธิพลเชิงลบต่อการทำนวยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงสุดและพบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนบุคคลใกล้ชิดผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ตลอดจนการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลใกล้ชิดผู้สูงอายุชาวไทลื้อ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ

2. ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงควรพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพหรือเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่กำหนดภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ เนื่องจาก การใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุและเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดทางด้านการศึกษา ซึ่งส่วนมากจะไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาซึ่งอาจจะส่งผลต่อความเข้าใจข้อคำถามในแบบสอบถามได้ ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์จึงมีความเหมาะสมมากกว่า

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2527). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- กรรณิการ์ พัฒนผลงวิทยา. (2542). *ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร*.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- กรรณิกา กิจชัยน. (2517). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ความมีวินัยแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและคุณธรรมแห่งพลเมืองดี*. ปริญญาานิพนธ์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จิตรา ยอดอินทร์. (2549). *ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลรามาริบัติ*.
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). *ความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก*. (เอกสารประกอบการสอน) กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. จัดสำเนา.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ. *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จอนณะจง เพ็งจาด. *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ*
ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาลัยมหิดล, 2533. จัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2549). *เทคนิค การเขียนเค้าโครงการวิจัย : แนวทางสู่ความสำเร็จ*. กรุงเทพฯ:
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2531). *การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน*. กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและ*
การรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

- ดุจเดือน พ้นอุณนาวิน. (2549) . *หลักและวิธีการประมวลเอกสาร เพื่อความเป็นเลิศ ในการวิจัยทางจิต
พฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ตริณัฐ วิไล. (2532). *ศิลปวัฒนธรรมไทลื้อ(ไตลื้อ)สิบสองปันนา*. กรุงเทพฯ: ความรู้คือประทีป
ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม.
- ทัศนาก ทอภักดี. (2528). *ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลกับความเชื่ออำนาจ
ภายในตนของวัยรุ่นไทย*. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทรรชนี วงศ์ปา. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่มความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก
ตนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์
ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3*. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
บทคัดย่อ.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ปิยะเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิรนาท วิทไชยศิริคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ปริบุญณ พรพิบูลย์. (2535) . *โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
ข้าวฟ่าง
- บุญช่วย ศรีสวัสดิ์. (2543). *ไทยสิบสองปันนา*. กรุงเทพฯ
- บรรลุ ศิริพานิช. (2526). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ปุกนัท ตูละเยียร. (2550). *ความเชื่ออำนาจภายในตนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ใน
ชมรมผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประภาพร ดำรงค์สุข. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในการควบคุมและรูปแบบของ
ผู้บังคับบัญชากับความผูกพันต่องานผู้ใต้บังคับบัญชา: ศึกษาเฉพาะกรณีธนาคาร
นครธน จำกัด(มหาชน)*. ปรินญาณินพนธ์ ศศ.ม. (การบริหารบุคคล) กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. (2536) . พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ
 สุขศึกษา.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- พรรณี ปานเทวัญ. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ
 อนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงาน
 อุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ . วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรพร ไพเราะ.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
 ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม.วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร
- รัตนา พรหมพิชัย.(2540). แอ้วบ้านไถลื้อ(บทความ).กรุงเทพฯ: อนุสาร อสท.ปีที่ 38, ฉบับที่ 4
 เดือนพฤศจิกายน.
- วณิดา กองแก้ว (2549). ลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแล
 สุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ:
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน. (2547). ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ กับ
 การดูแลสุขภาพผิวพรรณ ของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A. กรุงเทพฯ:
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรวิทย์ วิชาตะวงษ์. (2544).ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาภาควิชาการ
 โรงแรมและการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยสยาม. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ:
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิศญา บางศรี. (2546). ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และการ
 ดูแลตนเองของตำรวจจราจร ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิเชียร เกตุสิงห์.(2530).หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.กรุงเทพฯ:
 ไทยวัฒนาพานิช.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
 กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิลาลินี แฝวชนะ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วีรบุษ ไตรรัตน์ภาส.(2545).พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี.ปริญญาานิพนธ์ กศม.(สุขศึกษา).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2543).ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการโรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ .ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ.(2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง.วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล.อัดสำเนา.

ศูนย์วัฒนธรรมและศูนย์ทอผ้าชาวไทลื้อ.(2551).การรายงานข้อมูลประจำปี.จังหวัดพะเยา.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2542).ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนูกิจเจริญกุล. (2540).การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 5 . กรุงเทพฯ:หจก.วี เจ พรินติ้ง.

สมหมาย วงษ์กระสัน. (2543). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี. สระบุรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริพร กาญจนะประโชติ.(2546).ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุจินต์ ปรีชามารณ.(2535).สุขภาพจิตเบื้องต้น.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

สุพัตรา สุภาพ.(2531).สังคมและวัฒนธรรมไทย:ค่านิยม ครอบครั้ว ศาสนา ประเพณี.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุรกุล เจนอบรม. (2534).วิทยาการผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวารีวรรณ กิจสัมพันธ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุโท เจริญสุข. (2520). *จิตวิทยาวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *การสำรวจสำมะโนประชากรและการเคหะ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ*. จังหวัดพะเยา: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- อรุณรัตน์ วิเชียรเขียว. (2540). *ไทลื้อในสิบสองปันนาและล้านนา (บทความ)*. กรุงเทพฯ: วารสาร สถาบัน ปีที่ 11, ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน.
- อาภากร ชัยสุริยา. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(สังคมประยุกต์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อัฉรา จังพานิช. (2540). *แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล*. ปรินูญานิพนธ์. กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- อัศรา อารณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- อังคณา วิทย์วิรัตน์. (2534). *การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และการควบคุมตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ วบ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Achenbaum, W.A., & Bengston, V.L (1994). *Re-engaging the disengagement theory of aging On the history and assessment of theory development in gerontology*. The Gerontologist 34, 756-763.
- Kutner, N.G. and M.H. Kutner. (1979, February). "Race and Sex as Variables Affecting Reaction to Disability," *Archives of Physical Medical and Rehabilitation*. 60:62-66.
- Orem, D.E. *Nursing: Concept of practice*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1991.

Rotter ,Julian B.(1996)“ *Generalization Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement,*” Psychological Monographs: General and Applied.80 (1).

Wallston,K.A.,B.S. Wallston and R.Devellis. “*Development of the multimentional health locus of control (MHCL) scales, ” Health Education Monographs.*46(6):160-169;Spring,178.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ ศธ 0519.12/1๕๐8๕



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุโขทัย 23 กรุงเทพฯ 10110

ป, พฤศจิกายน 2551

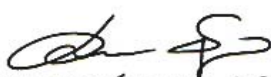
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าศูนย์ทอผ้าไทลื้อ

เนื่องด้วย นางสาววิภาวัน ปัญญาเรณิ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา” โดยมี และ อาจารย์วิรัชญา วัฒนะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน ตอบแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในระหว่างเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววิภาวัน ปัญญาเรณิ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081-884-6215

ที่ ศร 0519.12/1๐๔๕๕



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1/ พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าศูนย์วัฒนธรรมไทย

เนื่องด้วย นางสาววิภาวัน ปัญญาเรณิ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์เรื่อง “ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย ในเขตอำเภอเชิงคำ จังหวัดพะเยา” โดยมี และ อาจารย์วิวิธญา วัฒน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้สูงอายุชาวไทยที่ร่วมกิจกรรมของศูนย์วัฒนธรรมไทย และศูนย์หอผ้าไทย ลอบแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 - มกราคม 2552

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววิภาวัน ปัญญาเรณิ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081-884-6215

ภาคผนวก ข

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถาม

เรื่อง “ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา”

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา

☐ ระดับประถมศึกษา

3. รายได้

☐ ไม่พอใช้

☐ พอใช้

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ มีคู่

☐ เคยมีคู่

5. ลักษณะความเป็นอยู่

☐ อยู่ตามลำพัง

☐ อยู่กับบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายความว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยปานกลาง	หมายความว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายความว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายความว่า	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายความว่า	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายความว่า	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเลย

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วยปานกลาง (2)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วยปานกลาง (5)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6)
1. เมื่อฉันเจ็บป่วย การกระทำของฉันจะเป็นตัวกำหนดว่าฉันจะหายเร็วหรือช้า						
2. ไม่ว่าฉันจะทำตัวของฉันอย่างไรก็ตาม ถ้าถึงเวลาที่ฉันจะเจ็บป่วยแล้ว ฉันก็ต้องเจ็บป่วย						

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วยปาน กลาง (2)	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย (3)	เห็นด้วย เล็กน้อย (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (5)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (6)
3. การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับฉันที่จะช่วย ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น						
4. สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของฉันโดย ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นโดย บังเอิญ						
5. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันควรจะ ไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล						
6. ฉันดูแลสุขภาพด้วยตัวฉันเอง						
7. ครอบครัวของฉันมีส่วนอย่าง มากที่จะทำให้ฉันเจ็บป่วยหรือมี สุขภาพดี						
8. เมื่อฉันเจ็บป่วยฉันต้องโทษ ตัวเอง						
9. โชคชะตาจะเป็นตัวกำหนดว่า ฉันจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็ว หรือช้า						
10. แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ ควบคุมภาวะสุขภาพของฉัน						
11. การที่ฉันมีสุขภาพดี เป็นเพราะ ฉันโชคดี						

ข้อความถาม	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วยปาน กลาง (2)	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย (3)	เห็นด้วย เล็กน้อย (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (5)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (6)
12. สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของ ฉันคือการกระทำของตนเอง						
13. ถ้าฉันดูแลสุขภาพของฉันดีพอ ฉันก็คงจะไม่เจ็บป่วย						
14. การที่ฉันหายจากการเจ็บป่วย ได้นั้นเป็นเพราะแพทย์ พยาบาล ญาติพี่น้องในครอบครัว และเพื่อน						
15. ไม่ว่าฉันจะทำตัวของฉัน อย่างไรก็ตาม ฉันก็ดูเหมือนว่า จะต้องเจ็บป่วย						
16. ฉันจะมีสุขภาพดีถ้าเผื่อมัน จะต้องเป็นเช่นนั้น (ถ้าจะต้องป่วย มันก็ต้องป่วยไม่มีทางหลีกเลี่ยง)						
17. ถ้าฉันปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
18. ในเรื่องของสุขภาพอนามัย ฉันจะปฏิบัติทุกอย่างตามที่แพทย์ สั่งเท่านั้น						

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้น ท่านทำไม่สม่ำเสมอ
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่ได้ทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
<u>ด้านการรับประทานอาหารและโภชนาการ</u>			
1. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ			
2. ท่านควบคุมในการเลือกที่จะรับประทานอาหารประเภท แป้ง น้ำตาล และไขมัน			
<u>ข้อความ</u>	<u>ปฏิบัติประจำ</u>	<u>ปฏิบัติบางครั้ง</u>	<u>ไม่เคยปฏิบัติ</u>
<u>ด้านการรับประทานอาหารและโภชนาการ(ต่อ)</u>			
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวโพด ถั่ว ผักผลไม้ต่างๆ			
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ปรุงดอง ผลไม้ดอง หรือ ผลไม้แช่อิ่ม			
6. ท่านรับประทานอาหารรสจัดๆ เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลาแทนเนื้อสัตว์ เพราะย่อยง่าย			
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นํ้านมถั่วเหลือง/นํ้าผัก/นํ้าสมุนไพร			
<u>ด้านการออกกำลังกาย</u>			
1. ก่อนออกกำลังกายท่านอบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที			
2. ท่านออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็นวันละประมาณ 20-30 นาที			
3. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ววิ่ง เหยาะๆ รำไทเก็ก เป็นต้น			
4. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายสู่ภาวะปกติก่อนหยุดออกกำลังกาย			
5. ท่านเลือกออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง			
6. ท่านสวมชุดที่ รัดกุม เหมาะสมในการออกกำลังกาย			
<u>ด้านการออกกำลังกาย(ต่อ)</u>			
7. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก และหัวใจเต้นเร็ว			
<u>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</u>			
1. ก่อนนอนท่านสวดมนต์ไหว้พระหรือทำสมาธิ			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
2. ท่านนอนในห้องนอนที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
3. ท่านนอนหลับตอนบ่ายวันละ 1-2 ชั่วโมง แทนการทำกิจกรรมอื่นๆ			
4. ท่านนอนบนที่นอนที่สะอาด และสุขสบาย			
5. ท่านนอนหลับตอนกลางคืนวันละประมาณ 6-8 ชั่วโมง			
6. ก่อนเข้านอนท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ หรือเช็ดตัว			
7. ท่านดื่มยาสะอาด นม หรือไอวอลตินก่อนนอน			
8. ท่านออกกำลังกายให้เหนื่อยเพื่อจะได้นอนหลับสบาย			
<u>ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ</u>			
1. ท่านตรวจอุปกรณ์ของใช้ภายในบ้านให้มีสภาพดีตามอายุการใช้งาน			
2. ท่านไม่สวมรองเท้าขณะเดินเล่นบนพื้นดิน หรือสนามหญ้า			
3. ท่านเปิดไฟหรือหน้าต่างในห้องน้ำ หรือ ห้องส้วมเมื่อรู้สึกว่างแสงสว่างไม่เพียงพอหรืออากาศถ่ายเทไม่ดี			
4. ท่านขึ้นบันไดโดยการเกาะราวบันไดด้วยความระมัดระวัง			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ(ต่อ) 5. ในห้องน้ำของท่านจะมีราวสำหรับยึดเกาะ หรือมีที่กันลื่น			
6. ท่านเก็บของมีคมไว้ในที่ปลอดภัยและมีดขีด			
7. ท่านเอาเอกสารกำกับยาหรือให้ผู้อื่นช่วยอ่านเอกสารกำกับยาก่อนหยิบยารับประทาน			
ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ 1. ท่านซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง เช่น ทัมใจ ปวดหาย ประสาทนอแรด			
2. ท่านเลิกทั้งยาที่มีสียเปลี่ยนไปจากเดิมหรือเสื่อมคุณภาพ			
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้า เป็นต้น			
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กะทิแดง ลิโพ เอ็มร้อย เป็นต้น			
5. ท่านระมัดระวังเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ			
6. ท่านเก็บยาสำหรับรับประทาน และยาที่ใช้ภายนอกไว้รวมกัน			
7. ท่านสูบบุหรี่			
8. ท่านดื่มชา หรือกาแฟ			

ตาราง 23 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจ
ภายในตนด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1. เมื่อฉันเจ็บป่วย การกระทำของฉันจะเป็นตัวกำหนดว่า ฉันจะหายเร็วหรือช้า	.968
2. ฉันดูแลสุขภาพด้วยตัวฉันเอง	.915
3. เมื่อฉันเจ็บป่วยฉันต้องโทษตัวเอง	.914
4. สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของฉันคือการกระทำของตนเอง	.984
5. ถ้าฉันดูแลสุขภาพของฉันดีพอ ฉันก็คงจะไม่เจ็บป่วย	.984
6. ถ้าฉันปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ฉันจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ	.961
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบาค) = .983	

ตาราง 24 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1.การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุด สำหรับฉันที่จะช่วยไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น	.959
2.เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันควรจะไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล	.955
3.ครอบครัวของฉันมีส่วนอย่างมากที่จะทำให้ฉันเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดี	.832
4.แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพของฉัน	.891
5.การที่ฉันหายจากการเจ็บป่วยได้นั้นเป็นเพราะแพทย์ พยาบาล ญาติพี่น้องในครอบครัว และเพื่อน	.950
6.ในเรื่องของสุขภาพอนามัย ฉันจะปฏิบัติทุกอย่างตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น	.945
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบาค) = .967	

ตาราง 25 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจโชคลະตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1.ไม่ว่าฉันจะทำตัวของฉันอย่างไรก็ตาม ถ้าถึงเวลาที่ฉันจะเจ็บป่วยแล้วฉันก็ต้องเจ็บป่วย	.987
2.สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของฉันโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นโดยบังเอิญ	.977
3.โชคลະตาจะเป็นตัวกำหนดว่าฉันจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า	.951
4.การที่ฉันมีสุขภาพดี เป็นเพราะฉันโชคดี	.998
5.ไม่ว่าฉันจะทำตัวของฉันอย่างไรก็ตาม ฉันก็ดูเหมือนว่าจะต้องเจ็บป่วย	.998
6.ฉันจะมีสุขภาพดีถ้าเผื่อมันจะต้องเป็นเช่นนั้น (ถ้าจะต้องป่วยมันก็ต้องป่วยไม่มีทางหลีกเลี่ยง)	.964
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบราค) = .987	

ตาราง 26 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและโภชนาการ

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ	.889
2. ท่านควบคุมในการเลือกที่จะรับประทานอาหาร ประเภท แป้ง น้ำตาล และไขมัน	.884
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	.884
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวโพด ถั่ว ผักผลไม้ต่างๆ	.769
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ปูดอง ผลไม้ดอง หรือ ผลไม้แช่อิ่ม	.572
6. ท่านรับประทานอาหารรสจัดๆ เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด	.777
7. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลาแทนเนื้อสัตว์ เพราะย่อยง่าย	.740
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นานมถั่วเหลือง/น้ำผัก/น้ำสมุนไพร	.839
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบราค) = .935	

ตาราง 27 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ด้านการออกกำลังกาย

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1.ก่อนออกกำลังกายท่านอบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที	.886
2.ท่านออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็นวันละประมาณ 20-30 นาที	.936
3.ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่ง เหยาะๆ รำไทเก็ก เป็นต้น	.874
4.หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายสู่ภาวะปกติ ก่อนหยุดออกกำลังกาย	.862
5.ท่านเลือกออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง	.837
6.ท่านสวมชุดที่ รัดกุม เหมาะสมในการออกกำลังกาย	.896
7.ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก และหัวใจเต้นเร็ว	.860
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบราค) = .920	

ตาราง 28 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อนนอนหลับ

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1.ก่อนนอนท่านสวดมนต์ไหว้พระ หรือทำสมาธิ	.907
2.ท่านนอนในห้องนอนที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	.951
3.ท่านนอนหลับตอนปลายวันละ 1-2 ชั่วโมง แทนการทำกิจกรรมอื่นๆ	.267
4.ท่านนอนบนที่นอนที่สะอาด และสุขสบาย	.907
5.ท่านนอนหลับตอนกลางคืนวันละประมาณ 6-8 ชั่วโมง	.916
6.ก่อนเข้านอนท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ หรือเช็ดตัว	.817
7.ท่านดื่มน้ำสะอาด นม หรือโอวัลตินก่อนนอน	.900
8.ท่านออกกำลังกายให้เหนื่อยเพื่อจะได้นอนหลับสบาย	.600
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบราค) = .900	

ตาราง 29 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพ ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1.ท่านตรวจอุปกรณ์ของใช้ภายในบ้านให้มีสภาพดีตามอายุการใช้งาน	.817
2.ท่านไม่สวมรองเท้าขณะเดินเล่นบนพื้นดิน หรือสนามหญ้า	.859
3.ท่านเปิดไฟหรือหน้าต่างในห้องน้ำหรือ ห้องส้วมเมื่อรู้สึกว้าวแสงสว่าง ไม่เพียงพอหรืออากาศถ่ายเทไม่ดี	.780
4.ท่านขึ้นบันไดโดยการเกาะราวบันไดด้วยความระมัดระวัง	.758
5.ในห้องน้ำของท่านจะมีราวสำหรับยึดเกาะ หรือมีที่กันลื่น	.737
6.ท่านเก็บของมีคมไว้ในที่ปลอดภัยและมิดชิด	.834
7.ท่านเอาเอกสารกำกับยาหรือให้ผู้อื่นช่วยอ่านเอกสารกำกับยาก่อนหยิบยารับประทาน	.903
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบราค) = .923	

ตาราง 30 แสดงค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ด้านการรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ

ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับคะแนนรวม
1. ท่านซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง เช่น พาราเซตามอล ปรอสตาโนล	.888
2. ท่านเลิกทิงยาที่มีสีเปลี่ยนไปจากเดิมหรือเสื่อมคุณภาพ	.759
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้า เป็นต้น	.306
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็มร้อย เป็นต้น	.200
5. ท่านระมัดระวังเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ	.709
6. ท่านเก็บยาสำหรับรับประทาน และยาที่ใช้ภายนอกไว้รวมกัน	.699
7. ท่านสูบบุหรี่	.294
8. ท่านดื่มชา หรือกาแฟ	.255
α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาของครอนบราค) = .736	

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient)
ของครอนบราค ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ .977

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อชื่อสกุล	นางสาววิภาวัน ปัญญาเริน
วันเดือนปีเกิด	30 สิงหาคม 2523
สถานที่อยู่	37/3 ตำบลห้วยซ้อ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ 57140
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2536	ประถมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนบ้านเกียง
พ.ศ.2542	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนห้วยซ้อวิทยาคม รัชมง์คลาภิเษก
พ.ศ.2546	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2552	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ